

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Maria Joana Moreira
dos Santos, Ferreira Gomes/AP**

Osmundo Almaguel Speck

Pelotas, 2015

OSMUNDO ALMAGUEL SPECK

**Melhoria da Atenção dos Hipertensos e Diabéticos da UBS Maria Joana
Moreira dos Santos, Ferreira Gomes/AP**

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

Orientador: Aline Gomes de Oliveira Nascimento

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S741m Speck, Osmundo Almaguel

Melhoria da Atenção dos Hipertensos e Diabéticos da UBS Maria Joana Moreira dos Santos, Ferreira Gomes/AP / Osmundo Almaguel Speck; Aline Gomes de Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

115 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. Nascimento, Aline Gomes de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho de intervenção ao povo Brasileiro.

Agradecimentos

Agradeço às minhas orientadoras, professora Maria Marta Amancio Amorim, professora Fabiane Vargas de Vargas e professora Aline Gomes de Oliveira Nascimento que acompanharam, conduziram e guiaram este trabalho. Obrigado por seus ensinamentos, apoio incondicional, paciência e carinho.

Obrigado aos meus colegas, profissionais que colaboraram e equipe de saúde sem o quais não seria possível a criação e implementação deste projeto.

Agradeço ao povo Brasileiro e ao Brasil que me acolheu com muito amor. Agradeço também a meu povo e Pátria Cubana que deram a possibilidade de compartilhar e ajudar a população mais necessitada.

Resumo

Almaguel Speck, Osmundo. **Melhoria da atenção dos hipertensos e diabéticos da UBS Maria Joana Moreira dos Santos, Ferreira Gomes/AP**. 2015. 113f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, a condição da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante da atenção primária e porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a coloca como locus privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Nesse contexto, a ESF configura-se como elemento chave no desenvolvimento dessas ações que através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a comunidade. O objetivo desse estudo é melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Joana Moreira dos Santos, Ferreira Gomes/AP. O uso do Caderno de Ações Programáticas (CAP) ferramenta para a análise situacional permitiu dar conta do principal problema de saúde da população que atendemos, relacionado com o indicador de cobertura e com os indicadores de qualidade da atenção de usuários hipertensos e diabéticos. Interatuamos entre eles utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções, nos responsabilizando pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 213 usuários hipertensos e 80 usuários diabéticos respectivamente 36,7% e 48,2% de cobertura. Não atingimos a meta da cobertura proposta para os hipertensos e diabéticos. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, foi possível melhorar os indicadores de qualidade e estender essa melhoria a 100% dos usuários atendidos durante a intervenção. Não foi possível alcançar a totalidade nos indicadores de qualidade: exame clínico apropriado nos hipertensos que alcançou um 99,5% (212) e nos diabéticos um 98,8% (79). Os exames complementares em dia nos usuários hipertensos chegaram a 99,5% (212) e os diabéticos 97,5% (78). A priorização na prescrição de medicamentos da farmácia popular 99,1% (209) nos hipertensos e 100% nos diabéticos (80). Hoje a intervenção foi incorporada as atividades de rotina da unidade, pretendemos expandir as atividades para outros programas. Os profissionais da unidade, ao final da intervenção demonstraram satisfação com o trabalho desenvolvido e pelo retorno positivo recebido da comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuários Hipertensos na unidade de saúde. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	71
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário Diabético na unidade de saúde. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	71
Figura 3	Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	72
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	73
Figura 5	Proporção de Hipertenso com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	74
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	74
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada para hipertensos, UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	75
Figura 8	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada para hipertensos, UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	77
Figura 9	Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	77
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	77
Figura 11	Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	78
Figura 12	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	80
Figura 13	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	80
Figura 14	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá	81
Figura 15	Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	82

Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	83
Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabaquismo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	84
Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DST	Doenças sexualmente transmitidas
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia de saúde da família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
ACS	Agente comunitário da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas.	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	53
2.3.3 Logística.....	58
2.3.4 Cronograma.....	61
3 Relatório da Intervenção.....	64
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	64
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	65
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	67
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados	69
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores	92
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	95
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
Referências	99
Apêndices.....	101
Anexos	109

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, é produto de um conjunto de atividades, resultado de um processo ensino-aprendizagem, desenvolvido durante o curso. Teve por objetivo melhorar a cobertura e os indicadores de qualidade da atenção dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que são atendidos e acompanhados na UBS Maria Joana Moreira dos Santos, no município Ferreira Gomes/AP. O Caderno de Ações Programáticas permitiu a identificação do principal problema de saúde da população que é atendida em nossa unidade e melhorar as estratégias para um projeto de intervenção nestes usuários.

Assim, o presente volume apresenta os resultados deste processo em sete seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pela Avaliação da Intervenção e, a quinta pelo Relatório da intervenção para Gestores, sexta por o Relatório da intervenção da comunidade sétima por pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Em março do ano 2014 comecei a trabalhar na unidade de saúde da montanha, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Joana Moreira dos Santos, do Município de Ferreira Gomes, localizado ao sul do estado do Amapá (micro região sul), há 132 km da capital Macapá, cortado pelo rio Araguari, dentro de seus limites, situa-se a hidroelétrica Coaracy Nunes. O acesso pode ser feito de duas formas: via fluvial e rodoviária. O município tem dois distritos: Ferreira Gomes correspondente á zoa urbana e Paredão correspondente á zoa rural. Os sistemas de abastecimento de água tratada e de esgotamento sanitário não atendem toda a população, sendo disponibilizados apenas na sede do município e em algumas localidades isoladas, constituindo um problema higiênico sanitário.

A UBS atende uma população de 3300 pessoas, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento de esta população. Para desenvolver o trabalho contamos com uma Equipe de Saúde da Família, composta de uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Também contamos com uma equipe odontológica formada por dois odontólogos e dois Técnicos Higiene Dental (THD). A unidade tem a seguinte estrutura: três consultórios (um odontológico, um de enfermagem e um médico), possui sala de vacinação, além de uma sala de triagem, banheiros para funcionários e para público geral, incluindo o de portadores de necessidades especiais. Além disso contamos com sala de espera e sala de reunião, local de esterilização e cozinha.

Participam no processo de construção da agenda de trabalho todos os profissionais da equipe de saúde. As atividades são distribuídas em: “acolhimento”, consultas programadas, atendimento de urgência, grupos educativos/operativos e reuniões de equipe. Fazemos o planejamento levando em conta as necessidades da

população e os equipamentos sociais disponíveis nesta comunidade, com o objetivo de melhorar a saúde da população e fazer as mudanças necessárias neste cenário. Na unidades básicas de saúde o objetivo é descentralizar o atendimento, dar à população o acesso aos serviços de saúde e desafogar os hospitais.

O ACS é indutor de cidadania e, para que exerça plenamente seu trabalho, ele tem um programa de educação permanente voltado a ele, de forma que seu trabalho seja potencializado. O ACS desenvolve suas atribuições sempre sobre orientação da equipe de saúde da família, do gerente da unidade de saúde e a supervisão da enfermeira.

A programação de consulta ocorre da seguinte forma: na segunda-feira atendem-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) durante todo o dia. Pela alta incidência dessas doenças, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetiva de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes e doença respiratórias crônicas. Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool. Na terça-feira atende-se a livre demanda de manhã e à tarde ocorre a visita às famílias; grávidas são consultadas na quarta-feira durante todo o dia; a pediatria na quinta-feira de manhã e à tarde visita às famílias; o estudo é realizado na sexta-feira. Esta programação pode sofrer alteração dependendo da demanda da população, também depende da morbidade das doenças da população servida.

É um de nossos propósitos fundamentais fazer um diagnóstico de saúde da área em atendimento baseado na identificação dos problemas e necessidades da população, com ajuda dos líderes formais e informais e com o objetivo de melhorar os problemas de saúde da população, estimulando às pessoas a serem construtoras de sua própria saúde.

Depois de fazer um estudo e análise dos principais problemas de saúde desta população, o foco do nosso trabalho será na prevenção e promoção de saúde para realizar mudanças no estilo de vida dessa comunidade e que as pessoas sejam protagonistas da construção de sua própria saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A Unidade de Saúde da Montanha está localizada no município Ferreira Gomez, que está localizado ao sul do estado do Amapá (micro região sul), a 132 km da capital Macapá e possui dois distritos: Ferreira Gomes e Paredão. O município é cortado pelo rio Araguari e dentro de seus limites, situa-se a hidroelétrica Coaracy Nunes. O acesso pode ser feito de duas formas, via fluvial e rodoviária. A economia da região depende da agricultura, a pesca, o comércio e o turismo, a maior parte da população é de baixos ingressos.

A população do município é de 6714 habitantes, mas esta análise só foi realizada no distrito Ferreira Gomes que é o distrito que é atendido por a UBS Maria Joana Moreira dos Santos, o distrito Paredão que corresponde à área rural, atendida por outra equipe.

Na UBS trabalha um ESF, composto por uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, seis ACS, dois odontólogos e duas técnicas odontológicas. Não há disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Existem dificuldades também com atendimento especializado, contamos com um ginecologista que presta serviço uma vez na semana e não contamos em nosso município com a presença de especialistas, por este motivo os usuários tem que ser encaminhados para avaliação em outros municípios. Os casos com complicações são encaminhados para sua avaliação à unidade mista do hospital municipal e o hospital encaminha à capital do estado Macapá aos hospitais de média e alta complexidade, por muitas vezes estes usuários retornam sem ter concluído o tratamento e sem ficha de contra-referência para que seja dada continuidade ao que já foi iniciado. Existe um serviço hospitalar que conta com 10 macas, mas não tem condições de infraestrutura nem os recursos e equipamentos necessários. Existe pouca disponibilidade de exames complementares por falta de reativos. Por todas essas razões é deficiente o serviço de urgência e o serviço hospitalar.

A UBS é urbana, em todas suas ações está integrado com e-SUS e não têm relações com outras instituições de ensino superior. Dentro de sua estrutura são três consultórios (um odontológico, um de enfermagem e um do médico), sala de vacinação além de uma sala de triagem, também têm banheiros para funcionários, público geral, incluindo o de portadores de necessidades especiais. Contamos ainda

com sala de espera e um local de reunião, esterilização e cozinha. A unidade é o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando e atendendo suas necessidades de saúde. Ela é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população que atende. Existem problemas com os equipamentos da sala de procedimentos e curativos, que traz dificuldade na atenção aos usuários, também temos dificuldade com banheiro da consulta e o destino final de lixo.

A nossa equipe atende 3300 pessoas, segundo o cadastro feito pelos ACS, a população que nossa equipe atende tem uma alta vulnerabilidade, devemos então atender muito menos população que a que atendemos para melhorar a qualidade da atenção. O número de equipe x tamanho da USB não é adequado ao tamanho da população, mais nos esforçamos em oferecer um serviço de qualidade. A distribuição por sexo da população é de: 1822 homes (55,2%) e 1478 mulheres (44,7%). E de acordo com os estimados do (CAP) a partir da distribuição da população da área por idade e sexo é a seguinte: Mulheres em idade fértil, de 10-49 anos: 1122 (34%); mulheres entre 25-64 anos: 699 (21,1%); mulheres entre 50-69 anos: 144 (4,3); gestantes na área: 50 (1,5%); menores de 1 ano: 70; menores de 5 anos: 140; crianças entre 5 a 14 anos: 748; pessoas de 15 a 59 anos: 2038; pessoas com 60 anos ou mais: 168; pessoas entre 20 e 59 anos: 1677; pessoas com 20 anos ou mais: 1845; pessoas com 20 anos ou mais com HAS: 581, pessoas com 20 anos ou mais com diabetes: 166.

Cada um dos profissionais da equipe assume suas atribuições conforme estabelecido no manual de Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), as consultas são realizadas por médico e enfermeiro, a recepcionista é responsável pelo acolhimento, assim como os técnicos de enfermagem, os ACS ficam responsáveis pelas visitas domiciliares. São atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, para traçar objetivos de trabalho. Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, e dentro de estes grupos estão os usuários hipertensos e diabéticos.

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais,

econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. O cadastramento e preenchimento de todos os dados permitirem poder desenvolver este projeto e nossa atuação.

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Ainda realizamos ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe, assim como participar das atividades de educação permanente, promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, além de identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais; e realizar outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais.

Alguma das atribuições específica de membros da equipe, por exemplo, no âmbito das funções de enfermeiros: participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, sem dúvidas é de vital importância, para isso é preciso conhecer bem as necessidades e o planejamento, sendo de grande importância que a secretaria de saúde garanta os mesmos, mais não sempre acontece assim. Todos estão participando do processo de construção da agenda de trabalho todos os profissionais da equipe de saúde, atividades que são distribuídas em: “acolhimento”, consultas programadas, atendimento de urgência, grupos educativo-operativos e reuniões de equipe. Fazemos o planejamento tendo em conta as necessidades da população e os equipamentos sociais que tem esta comunidade, com o objetivo de mudar as realidades de saúde.

Em relação à atenção da demanda espontânea, os usuários devem ser devidamente direcionados, escutar demandas que surgem sem os agendamentos prévios e ter capacidade de analisá-las, identificando riscos e analisando vulnerabilidades, clareza de ofertas de cuidado em UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas e algum grau de resolutividade. Realizamos intervenções, por exemplo, teste de gravidez quando temos uma usuária com atraso menstrual, sem precisar atendimento específico para pegar um medicamento encaminhamos à farmácia, um curativo encaminhamos a sala de procedimento, vulnerabilidade

psicossocial, solicitamos ao ACS visitar a família. O fluxograma tem a característica que é adaptada, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar para facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade.

Em nossos registros temos um total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS 70 (100%), 53 com consulta em dia de acordo ao protocolo do ministério (76%), 15 em atraso de consulta agendada em mais de 7 dias (21%), todos (100%) realizaram teste de pezinho antes dos 7 dias, com monitoramento do crescimento na ultima consulta, com monitoramento do desenvolvimento na ultima consulta, com vacina em dia, com orientação para aleitamento materno exclusivo, com orientação para prevenção de acidentes, 52 com primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias (74%), nenhum (0%) fez triagem auditivo e avaliação da saúde bucal. Dentre essas ações temos também a visita domiciliar à puérperas e ao recém-nascido (RN) nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar, para a melhora do vínculo com a família; para avaliar precocemente dificuldades na amamentação, observar a interação da família com a criança e orientar outros familiares que convivem com a criança, que geralmente não vão à consulta individual. Na escola realizamos avaliação das condições de saúde: acuidade visual, avaliação antropométrica, saúde bucal e verificação da situação vacinal, juntamente com toda a equipe de saúde, professores e pais. Trabalhamos com orientação de alimentação saudável. Realizamos visitas à escola para Identificar educandos com possíveis sinais de alteração de audição e linguagem oral. Além de Identificar educandos com doenças negligenciadas ou com doenças em eliminação.

Realizamos busca ativa de parasitismo intestinal com diagnóstico por meio de exames parasitológicos de fezes, realizamos visitas domiciliares e consultas médicas nas quais falamos para as mães ou outro familiar como prevenir o parasitismo intestinal. São realizadas palestras informativas reavivando a importância da suplementação do sulfato ferroso para as crianças e os cuidados higiênicos com os alimentos e o corpo, e assim também temos prevenido as verminoses.

Em relação ao pré-natal, as ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, ou seja, nosso serviço adota um protocolo ou manual técnico, conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas

ações. De acordo ao caderno de ações programáticas devíamos ter 49 gestantes y temos 43, o indicador de cobertura está em 87%, indicador que corresponde a um bom controle preconcepcional. Cerca do 86% das gestantes são captadas no 1º trimestre, indicador que devemos melhorar com atividades educativas, 35 consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde (81%), que poderá melhorar com atividades educativas e aumentando o trabalho em visitas domiciliares. Somente 47% tiveram avaliação de saúde bucal, devido a deficiências no serviço que dependem da melhoria, como o investimento de mais recursos, maior formação de profissionais para a atenção básica.

Como aspectos positivos temos que 100% das gestantes tiveram solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, outro aspecto positivo é que 100% das gestantes tem vacina antitetânica e vacina contra hepatite B conforme protocolo 100% tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e 100 % das gestantes tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, as ações estão estruturadas de forma programática, ou seja, nosso serviço adota um protocolo ou manual técnico, conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações, o que permitiu conhecer como se desenvolve a prevenção do câncer de colo de útero e de mama em nossa UBS.

Na prevenção do câncer de colo de útero temos exame citopatológico em dia para 588 mulheres (90%), exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso temos 64 mulheres (10%). Com avaliação de risco para câncer de colo de útero temos 171 mulheres, representando 26%. Temos que trabalhar mais para manter todas nossas mulheres com os exames em dia, assim como a avaliação do risco.

Não temos mulheres com o exame alterado. Todas as mulheres tem orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, no total de 652 (100%), todas tem orientação sobre doenças sexualmente transmitida (DST), com indicador de 100%. Em relação aos exames coletados com amostras satisfatórias, temos 588, com um indicador de 90%, temos que ainda melhorar a coleta das amostras. Para exames coletados com células representativas da junção escamo colunar temos 588, representando 90%.

Quanto ao programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acompanhamos 209 usuários, 36% segundo a estimativa do CAP, todos os 209 (100%) tem

avaliação de risco cardiovascular, com alimentação saudável e avaliação bucal em dia, 10 (5%) dos usuários estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias e 199 (95%) estão com exames complementares periódicos em dia e com orientação sobre prática de atividade física regular.

Em relação aos usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) acompanhamos 85 (51%) da população estimada pelo CAP, destes usuários todos (100%) realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular, 5 (6%) com atraso em consulta agendada em mais de 7 dias e 80 (94%) com exames complementares periódicos em dia.

A atenção às doenças crônicas não transmissíveis é uma prioridade em nosso trabalho cotidiano pela alta incidência e prevalência, por ser uma das primeiras causas de morte e incapacidade na população. O nosso serviço propõe pesquisar toda a população, para poder diagnosticar os hipertensos e diabéticos que não estão registrados e atendidos.

Em relação à cobertura da atenção aos usuários idosos, temos realizadas 98 avaliações multidimensionais rápidas (58%), avaliação do risco para morbimortalidade, realizada em 100 idosos (60%). São realizadas as investigações de indicadores de fragilização, as orientações nutricionais a 100 idosos (60%), as avaliações de saúde bucal em dia alcançam somente 36%. Em nossa área de saúde existem 80 idosos com HAS para um total de 48% e 22 com diabetes mellitus, com um total 3%.

Os maiores desafios que a nossa equipe de saúde tem é ir pouco a pouco melhorando todos os indicadores que ainda não estão bem em relação à atenção de nossa população. O melhor recurso que temos é o recurso humano e a vontade política do governo federal do Brasil para que o povo tenha uma saúde com mais qualidade.

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

O texto inicial agrupava informações gerais da unidade de saúde, da população e contexto nas quais se desenvolviam todos os processos de saúde doença.

O relatório de Análise situacional contém toda a informação dos problemas de saúde identificados, a partir do preenchimento do CAP, as necessidades da população e os equipamentos sociais que tem esta comunidade para trabalhar em conjunto com a equipe de saúde e transformar essa situação, mudar as realidades atuais.

Podemos dizer que eu aprendi muito sobre a situação do nosso serviço, dos problemas de saúde e como enfrentá-los. Inicialmente não conhecia todas as dificuldades nem as carências de recursos, os problemas com a capacitação dos agentes, que interfere no trabalho da equipe, outra coisa que não conhecia bem eram os protocolos de trabalho, assim como os programas e caderno de ações programáticas, com base nas ações programáticas, os denominadores para os indicadores de cobertura das ações programáticas, os indicadores de cobertura e os indicadores de qualidade. Todo o aprendido possibilita realizar um melhor trabalho e melhorar os indicadores de saúde da população, sobre tudo o trabalho com as doenças crônicas não transmissíveis e a prevenção da diabetes e hipertensão arterial onde vou realizar meu projeto de intervenção.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal, com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (Pressão Arterial 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

Nossa UBS conta em sua estrutura com três consultórios: um odontológico, um de enfermagem e do médico, têm ademais uma sala de vacinação, uma sala de triagem, três banheiros um para funcionários e dois para o público geral, incluindo o de portadores de necessidades especiais. Contamos ainda com salão de espera e um local de reunião, esterilização e cozinha. A unidade esta classificada como UBS tradicional, com uma ESF onde trabalha um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis agentes de saúde dois odontólogos e duas técnicas odontológicas.

A unidade presta atendimento a uma população urbana de cerca de 3300 pessoas, com um total de 209 usuários hipertensos e 85 usuários diabéticos de acordo com o CAP, a nossa estimativa deve ser de 581 usuários hipertensos, e a cobertura atual é de 209 (36%) usuários; com os usuários diabéticos a estimativa era 166, e a cobertura atual são de 85 (51%) usuários. Os indicadores de qualidade não alcançam os níveis esperados a o 100% e os indicadores de qualidade tampouco são os esperados.

O nosso principal objetivo de trabalho melhorar a situação da atenção à saúde da população, no âmbito de nossa unidade, nos propusemos em um prazo de 3 meses melhorar os indicadores na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, referentes a o indicador de cobertura e a os indicadores de qualidade. Iniciaremos uma intervenções com ações de promoção de saúde com palestras, dinâmicas grupais e mutirões com apoio dos equipamentos sociais e os líderes.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Maria Joana Moreira dos Santos, no município Ferreira Gomes/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

Relativas ao objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e 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 os hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

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

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

Relativas ao objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas (Quatro meses), na USF Maria Joana Moreira dos Santos, no Município de Ferreira Gomes Estado Amapá, porém teve que ser reduzida para 12 semanas (três meses), conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos e 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: A enfermeira junto com e a técnica de enfermagem monitorará mensalmente o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, utilizando a planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL.

Organização e gestão

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

Detalhamento da ação: Os ACS, a técnica de enfermagem e a enfermeira registrarão todos os hipertensos e diabéticos cadastrados da área de abrangência.

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

Detalhamento da ação: Cada membro da equipe garantirá um correto acolhimento dos portadores de HAS e DM, atendendo a cada um de suas necessidades identificadas. Para isso, a equipe aperfeiçoará as técnicas de acolhimento tanto individuais como em grupos, aproveitando cada espaço de atendimento aos hipertensos e diabéticos com o objetivo de poder conhecer as demandas, necessidades e queixas. Este tema será abordado nas capacitações da equipe onde será intercalada com outros temas de interesse, focando a importância da escuta qualificada, sendo que o médico e enfermeira serão os responsáveis.

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

Detalhamento da ação: Durante o primeiro mês do projeto o médico e a enfermeira capacitarão a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará solicitação para a Secretaria de Saúde todo o material necessário para aferir a pressão arterial, e todo o equipamento necessário para desenvolver a atenção e cuidado ao usuário hipertenso como: esfigmomanômetro de adulto, manguitos, fita métrica, balança, além de isso exigirá que dê resposta e garanta os mesmos sem demora.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará solicitação à Secretaria de Saúde todo o material necessário para hemoglicoteste e capacitarem a toda a equipe para sua realização.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Durante o primeiro mês do projeto o médico capacitará todos os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde com todas as informações que são necessárias no registro.

Os ACS mantiverem o 100% de registro atualizado na Ficha A-HIP e Ficha B-DIA e no sistema de informação da atenção básica de forma mensal do número

de hipertensos e diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários e sexo, além da planilha e ficha-espelho.

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 da ação: A equipe realizará mensalmente atividades de promoção e educação para a saúde mediante palestras, dinâmicas grupais, mutirões e utilizará como apoio materiais educativos, onde informará sobre o programa de atenção à HAS e DM, seu funcionamento e a importância da adesão, além disso, estas informações serão realizadas nos atendimentos e consultas. Efetuarem reunião com as lideranças comunitárias onde solicitarão apoio para difundir informação sobre Programa na UBS, também informarão durante as consultas e os atendimentos.

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

Detalhamento da ação: Todos os membros da equipe nas atividades educativas de promoção e educação para a saúde e durante as consultas informarão aos usuários e comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento da ação: Todos os membros da equipe nas atividades educativas de promoção e educação para a saúde e nas consultas informarão a todos os usuários e comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Enfatizem na importância de ter um bom estilo de vida. Eles se apoiarão em materiais informativos para realizar palestras e mutirões mensais. Aproveitarão todos os espaços da UBS na sala de espera, as consultas e outros espaços como a igreja e a escola, com o apoio dos equipamentos sociais.

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 da ação: O médico e a enfermeira revisarão periodicamente as planilhas de coleta de dados e, se necessário, os prontuários para ver se tem registrado o exame clínico apropriado aos hipertensos.

Organização e gestão.

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

Detalhamento da ação: As atribuições ficarão definidas da seguinte forma:

Médico: realizar consulta para exame clínico e confirmação diagnóstica.

Enfermeiro: realizar consulta de enfermagem abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos

Técnico de enfermagem: verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal.

ACS: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.

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

Detalhamento da ação: Capacitar à equipe de acordo com os protocolos preconizados na UBS. Tal ação será organizada pelo profissional médico e enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;

Detalhamento da ação: A atualização dos profissionais acontecerá a cada mês na UBS, aproveitando todas as reuniões da equipe para oferecer temas de atualização. O profissional médico e enfermeiro serão responsáveis pela discussão.

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

Detalhamento da ação: Solicitar a Secretaria de Saúde a impressão da versão atualizada do protocolo e que possa ser utilizada por toda a equipe. Esta solicitação será realizada pelo profissional médico.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância

de examinar os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente em os usuários diabéticos.

Detalhamento da ação: Serão realizadas palestras com orientações à comunidade pela equipe de saúde, mensalmente, sobre as complicações neurológicas e cardiovasculares que acontecem em hipertensos e a importância de examinar os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades, avaliadas periodicamente nos usuários diabéticos. Além disso, as orientações serão prestadas rotineiramente nos atendimentos e durante as consultas. Esta ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeiro capacitarão a equipe para o exame clínico apropriado, durante as atualizações mensais nas reuniões de equipe.

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

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

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira revisarão periodicamente as planilhas de coleta de dados e, se necessário, os prontuários para ver se tem registrado o exame clínico apropriado aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento da ação: Na reunião com equipe ficara definido suas atribuições no projeto.

Médico: realizar consulta para exame clínico e confirmação diagnóstica.

Enfermeiro: realizar consulta de enfermagem abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos

Técnico de enfermagem: verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal.

ACS: Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.

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

Detalhamento da ação: Capacitar à equipe de acordo com os protocolos preconizados na UBS. Tal ação será organizada pelo profissional médico e enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento da ação: A atualização dos profissionais acontecerá a cada mês na UBS, aproveitando todas as reuniões da equipe para oferecer temas de atualização. O profissional médico e enfermeiro serão responsáveis pela discussão.

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

Detalhamento da ação: Solicitar a Secretaria de Saúde a impressão da versão atualizada do protocolo e que possa ser utilizada por toda a equipe. Esta solicitação será realizada pelo profissional médico.

Engajamento público.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e diabetes mellitus sobre a importância de o exame físico dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente no diabético.

Detalhamento da ação: Serão realizadas palestras, dinâmicas grupais com orientações à comunidade pela equipe de saúde, acontecerão mensalmente, sobre riscos decorrentes destas doenças. Além disso, as orientações serão prestadas rotineiramente nos atendimentos e durante as consultas. Esta ação será desenvolvida pelo toda a equipe.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeiro capacitarão a equipe para o exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, durante as atualizações mensais nas reuniões de equipe.

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 com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: No registro por meio da planilha de coleta de dados a enfermeira irá monitorar semanalmente se todos os usuários hipertensos estão com exames indicados com a periodicidade recomendada.

Organização e serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares aos usuários hipertensos.

Detalhamento da ação: A garantia da solicitação dos exames complementares aos hipertensos será realizada pelo médico e a enfermeira durante as consultas na UBS.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira exigirá ao gestor a agilidade necessária para a realização dos exames complementares.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: Cada hipertenso antes de sair da UBS passará com a enfermagem para anotar os exames indicados e identificar os que faltam para ser indicados.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: A equipe de saúde nas atividades de educação e promoção de saúde dará orientações sobre a importância e necessidade de realizar os exames complementares. Serão orientados durante as consultas e atendimentos. Esta ação será realizada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe de saúde nas atividades de educação e promoção de saúde dará orientações sobre a periodicidade da realização dos exames complementares. Serão orientados durante as consultas e atendimentos. Esta ação será realizada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: A equipe receberá capacitações dentro das atualizações mensais para seguir o protocolo adotado pela unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Esta capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da UBS.

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

Detalhamento da ação: A equipe será capacitada quanto ao protocolo adotado na UBS para a solicitação de exames complementares durante as atualizações mensais da reunião de equipe. Esta capacitação será realizada pelo profissional médico.

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 da ação: No registro por meio da planilha de coleta de dados a enfermeira irá monitorar semanalmente se todos usuários diabéticos que estão com exames indicados com a periodicidade recomendada.

Organização e serviço.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares aos usuários diabéticos.

Detalhamento da ação: A garantia da solicitação dos exames complementares aos diabéticos será realizada pelo médico e a enfermeira durante as consulta na UBS.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira exigira ao gestor quanto à agilidade necessária para a realização dos exames complementares.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação: Cada diabético antes de sair da UBS passará com a enfermagem para anotar os exames indicados e identificar os que faltam para ser indicados.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: A equipe de saúde nas atividades de educação e promoção de saúde dará orientações sobre a importância e necessidade de realizar os exames complementares. Serão orientados durante as consultas e atendimentos. Esta ação será realizada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe de saúde nas atividades de educação e promoção de saúde dará orientações sobre a periodicidade da realização dos exames complementares. Serão orientados durante as consultas e atendimentos. Esta ação será realizada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: A equipe receberá capacitações dentro das atualizações mensais para seguir o protocolo adotado pela unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Esta capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da UBS.

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 da ação: Será levantado o registro dos medicamentos usados pelos hipertensos, além da utilização da planilha de coleta de dados e do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, este registro será controlado pela enfermagem, sendo que será mostrado para os ACS demonstrando cada usuário.

Organização e serviço.

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão o controle de estoque (incluindo validade) de todos os medicamentos dos hipertensos de forma mensal na UBS e também registrarão as necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Detalhamento da ação: Será realizado mensalmente um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos pela Técnica de Farmácia.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Será desenvolvido em cada mês atividades de promoção e educação para a saúde para dar orientações aos usuários e a comunidade quanto ao direito do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Além disso, estas informações serão realizadas diariamente durante os atendimentos e consultas. Tal ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissionais médicos.

Qualificação clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento da ação: No programa de capacitação mensal para a equipe se planejará dar atualização no tratamento, realizada pelo médico.

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

Detalhamento da ação: Nas capacitações mensais se incluirá as orientações sobre as alternativas para obter 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 da ação: Será levantado o registro dos medicamentos usados pelos diabéticos, além da utilização da planilha de coleta de dados e do acesso aos

medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, este registro será controlado pela enfermagem, sendo que será mostrado para os ACS demonstrando cada usuário.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento da ação: A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão o controle de estoque (incluindo validade) de todos os medicamentos dos diabéticos de forma mensal na UBS e também registrarão as necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Detalhamento da ação: Será realizado mensalmente um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos pela Técnica de Farmácia.

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 da ação: Será desenvolvido em cada mês atividades de promoção e educação para a saúde para dar orientações aos usuários e a comunidade quanto ao direito do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Além disso, estas informações serão realizadas diariamente durante os atendimentos e consultas. Tal ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissionais médicos.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento da ação: No programa de capacitação mensal para a equipe se planejará dar atualização no tratamento, realizada pelo médico.

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

Detalhamento da ação: Nas capacitações mensais se incluirá as orientações sobre as alternativas para obter 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 da ação: Por meio da planilha de coleta de dados será realizado monitoramento semanal, pela enfermeira, dos hipertensos que precisam de atendimento odontológico para ser priorizados.

Organização e serviço.

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

Detalhamento da ação: A equipe organizará as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico de todos os hipertensos, coordenado pelo odontólogo e técnicos em saúde bucal.

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

Detalhamento da ação: A agenda de trabalho de saúde bucal será organizada priorizando as necessidades de atendimento dos hipertensos provenientes da necessidade de atendimento odontológico realizada por outros profissionais. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Nas atividades planejadas mensalmente pela equipe de saúde serão incluídas as orientações sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal em hipertensos. Além disso, estas orientações serão diariamente ofertadas durante atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Dentro do programa de capacitação mensal da equipe será incluída a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos a qual será desempenhada pelo odontólogo da UBS.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: Por meio da planilha de coleta de dados será realizado monitoramento semanal, pela enfermeira, dos diabéticos que precisam atendimento odontológico para ser priorizados.

Organização e serviço.

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

Detalhamento da ação: A equipe organizará as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico de todos os diabéticos, coordenado pelo odontólogo e técnicos em saúde bucal.

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

Detalhamento da ação: A agenda de trabalho de saúde bucal será organizada priorizando as necessidades de atendimento dos diabéticos provenientes da necessidade de atendimento odontológico realizada por outros profissionais. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Nas atividades planejadas mensalmente pela equipe de saúde serão incluídas as orientações sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal em diabéticos. Além disso, estas orientações serão diariamente ofertadas durante atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Dentro do programa de capacitação mensal da equipe será incluída a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos a qual será desempenhada pelo odontólogo da UBS.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos/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 da ação: A equipe organizará visitas domiciliares semanais para buscar todos os hipertensos faltosos e a enfermeira organizará a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Organização e gestão.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação: A equipe planejará na agenda de trabalho semanal as visitas aos faltosos à consulta médica programada que serão feitas pelos ACS.

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

Detalhamento da ação: Dentro da agenda de trabalho de cada semana a equipe incluirá no final do mês os hipertensos novos identificados nas buscas domiciliares.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Serão efetuados em cada mês palestras, conversas e dinâmicas grupais para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas realizadas pelos ACS. Além disso, tais informações ocorrerão durante os atendimentos e consultas dos profissionais da UBS.

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

Detalhamento da ação: Serão realizados encontros ao final de cada semana pelos ACS com a população alvo, portadora de HAS para conhecer suas opiniões de como poderia oferecer atenção, quais os dias seriam melhor e os horários para evitar evasão.

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

Detalhamento da ação: Nos encontros e conversas programados mensalmente para os portadores de HAS as quais são realizadas pelos ACS, os mesmos esclarecerão sobre a periodicidade preconizada para a 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 da ação: Será oferecido pelo médico capacitações aos ACS em técnicas de educação popular em saúde, semanalmente, para que eles possam dar orientação aos hipertensos na realização das 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 da ação: A equipe organizará visitas domiciliares semanais para buscar todos os diabéticos faltosos e a enfermeira organizará a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Organização e gestão.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento da ação: A equipe planejará na agenda de trabalho semanal as visitas aos faltosos à consulta médica programada que serão feitas pelos ACS.

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

Detalhamento da ação: Dentro da agenda de trabalho de cada semana a equipe incluirá no final do mês os diabéticos novos identificados nas buscas domiciliares.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Serão efetuados em cada mês, palestras, conversas e dinâmicas grupais para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas realizadas pelos ACS. Além disso, tais informações ocorrerão durante os atendimentos e consultas dos profissionais da UBS.

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

Detalhamento da ação: Serão realizados encontros ao final de cada semana pelos ACS com a população alvo, portadora de DM para conhecer suas opiniões de como poderia oferecer atenção, quais os dias seriam melhor e os horários para evitar evasão.

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

Detalhamento da ação: Nos encontros e conversas programados mensalmente para os portadores de DM as quais são realizadas pelos ACS, os mesmos esclarecerão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Será oferecido pelo médico capacitações aos ACS em técnicas de educação popular em saúde, semanalmente, para que eles possam dar orientação aos diabéticos na realização das 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 acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A equipe manterá as informações do SIAB atualizadas mensalmente de todos os hipertensos. Na UBS será implantada a ficha de acompanhamento/planilhas de coleta de dados que será preenchida pelos membros da equipe com o registro das informações de forma coordenada. Os responsáveis em monitorar os registros serão a enfermeira e a técnica de enfermagem. O sistema de registro será organizado para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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 de forma mensal.

Organização e gestão.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação: Os ACS deverão manter atualizadas essas informações que ajudarão a qualidade da atenção. Ao final de cada mês e início de outro os ACS e o restante da equipe manterão as informações atualizadas para todos os hipertensos.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação: As informações serão introduzidas nas fichas de cadastramento e acompanhamento, Ficha B-HA e Ficha B-DIA as quais já são utilizadas rotineiramente pela equipe, as fichas-espelhos e planilha de coleta de dados serão implantadas e serão de responsabilidade da técnica de enfermagem e da enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Ao terminar o preenchimento de cada mês dos hipertensos e diabéticos, os ACS comunicarão a equipe às informações mais relevantes, como a coleta dos dados, as quantidades, os novos usuários entre outros dados. Quanto às planilhas de coleta de dados, as mesmas serão preenchidas rotineiramente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: Os responsáveis de monitorar os registros serão a enfermeira e a técnica de enfermagem, semanalmente. Além da planilha, os registros de atendimentos aos usuários serão buscados mensalmente.

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 da ação: Será construído um registro com o nome de cada hipertenso; dia da consulta que corresponde ao acompanhamento; exames complementares, quando necessário; realização da estratificação de risco; avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. Tal ação será responsabilidade do médico e enfermeira.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Nas consultas médicas com os hipertensos e em conversas com a comunidade pela equipe, a comunidade será comunicada quanto a seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Em cada semana serão efetuadas capacitações aos ACS sobre o preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários, assim como aos demais membros da equipe. Esta ação será desenvolvida pela equipe de enfermagem.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão efetuadas capacitações à equipe de saúde da UBS realizadas pelo médico e a enfermeira sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento da ação: A equipe manterá as informações do SIAB atualizadas mensalmente de todos os diabéticos. Na UBS será implantada a ficha de acompanhamento/planilhas de coleta de dados que será preenchida pelos membros da equipe com o registro das informações de forma coordenada. Os responsáveis em monitorar os registros serão a enfermeira e a técnica de enfermagem. O sistema de registro será organizado para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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 de forma mensal.

Organização e gestão.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação: Os ACS deverão manter atualizadas essas informações que ajudarão a qualidade da atenção. Ao final de cada mês e início de outro os ACS e o restante da equipe manterão as informações atualizadas para todos os diabéticos.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação: As informações serão introduzidas nas fichas de cadastramento e acompanhamento, Ficha A-HIP e Ficha B-DIA as quais já são utilizadas rotineiramente pela equipe, as fichas-espelhos e planilha de coleta de dados serão implantadas e serão de responsabilidade da técnica de enfermagem e da enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Ao terminar o preenchimento de cada mês dos hipertensos e diabéticos, os ACS comunicarão a equipe às informações mais relevantes, como a coleta dos dados, as quantidades, os novos usuários entre outros dados. Quanto às planilhas de coleta de dados, as mesmas serão preenchidas rotineiramente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: Os responsáveis de monitorar os registros serão a enfermeira e a técnica de enfermagem, semanalmente. Além da planilha, os registros de atendimentos aos usuários serão buscados mensalmente.

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 da ação: Será construído um registro com o nome de cada diabético; dia da consulta que corresponde ao acompanhamento; exames complementares, quando necessário; realização da estratificação de risco; avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. Tal ação será responsabilidade do médico e enfermeira.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Nas consultas médicas com os diabéticos e em conversas com a comunidade pela equipe, a comunidade será comunicada quanto seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Em cada semana serão efetuadas capacitações aos ACS sobre o preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários, assim como aos demais membros da equipe. Esta ação será desenvolvida pela equipe de enfermagem.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão efetuadas capacitações à equipe de saúde da UBS realizadas pelo médico e a enfermeira sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos diabéticos.

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 da ação: A equipe priorizará o atendimento de todos os hipertensos avaliados como de alto risco. E a equipe de enfermagem organizará a agenda para o atendimento desta demanda mensalmente.

Organização e gestão.

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

Detalhamento da ação: Dentro da agenda de trabalho da equipe serão priorizados pela equipe de enfermagem os hipertensos classificados de alto risco e aos quais serão atendimentos pelo profissional médico.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: A equipe de enfermagem será responsável por organizar a agenda dos usuários hipertensos avaliados como sendo de alto risco, os quais terão atendimento imediato pelo médico.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: A equipe dará orientações de acordo com o risco de cada hipertenso, informando-lhes a importância do acompanhamento regular, para detectar possíveis complicações, avaliar o tratamento e realizar exame clínico. Estas orientações serão dadas em consulta e em atividades de educação popular em saúde mediante conversas e dinâmicas grupais pela equipe de saúde todo mês. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: Nas atividades de educação em saúde mensais oferecidas pela equipe de saúde serão esclarecidos aos hipertensos e à comunidade a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Estarão envolvidos nesta atividade ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: No programa de capacitação planejado para a equipe será abordado a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários hipertensos, sendo ofertada pelo profissional médico.

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

Detalhamento da ação: Incluir na capacitação sobre a importância do registro da avaliação dos hipertensos, sendo desenvolvida pela enfermeira.

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

Detalhamento da ação: Nas capacitações planejadas para a equipe de saúde serão incluídas as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos hipertensos, sendo abordada pelo profissional médico e enfermeiro.

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 da ação: A equipe priorizará o atendimento de todos os diabéticos avaliados como de alto risco. A equipe de enfermagem organizará a agenda para o atendimento desta demanda mensalmente.

Organização e gestão.

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

Detalhamento da ação: Dentro da agenda de trabalho da equipe serão priorizados pela equipe de enfermagem os diabéticos classificados de alto risco e aos quais serão atendimentos pelo profissional médico.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: A equipe de enfermagem será responsável por organizar a agenda dos usuários diabéticos avaliados como sendo de alto risco, os quais terão atendimento imediato pelo médico.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: A equipe dará orientações de acordo com o risco de cada diabético, informando-lhe a importância do acompanhamento regular, para detectar possíveis complicações, avaliar o tratamento e realizar exame clínico. Estas orientações serão dadas em consulta e em atividades de educação popular em saúde mediante conversas e dinâmicas grupais pela equipe de saúde todo mês. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: Nas atividades de educação em saúde mensais oferecidas pela equipe de saúde serão esclarecidos aos diabéticos e à comunidade a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Estarão envolvidos nesta atividade ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: No programa de capacitação planejado para a equipe será abordada a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários diabéticos, sendo ofertada pelo profissional médico.

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

Detalhamento da ação: Incluir na capacitação sobre a importância do registro da avaliação dos diabéticos, sendo desenvolvida pela enfermeira.

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

Detalhamento da ação: Nas capacitações planejadas para a equipe de saúde serão incluídas as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos diabéticos, sendo abordada pelo profissional médico e enfermeiro.

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 da ação: A enfermeira monitorará a realização da orientação nutricional aos hipertensos semanalmente por meio da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: A equipe organizará atividades semanais de educação popular em saúde aos hipertensos, por meio de conversas e dinâmicas grupais, onde serão ensinados como melhorar as práticas de alimentação. Esta ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente, a enfermeira junto com a Secretaria de Saúde providenciará a participação da nutricionista nas atividades de educação popular em saúde aos hipertensos.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde na UBS pela equipe de saúde com os hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Essas orientações serão reforçadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente durante as capacitações serão ofertadas orientações pelo médico e nutricionista aos demais membros da equipe sobre práticas de alimentação saudável aos hipertensos.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento da ação: A enfermeira monitorará a realização da orientação nutricional aos diabéticos semanalmente por meio da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: A equipe organizará atividades semanais de educação popular em saúde aos diabéticos, por meio de conversas e dinâmicas grupais, onde serão ensinados como melhorar as práticas de alimentação. Esta ação será desenvolvida pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente, a enfermeira junto com a Secretaria de Saúde providenciará a participação da nutricionista nas atividades de educação popular em saúde aos diabéticos.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde na UBS pela equipe de saúde com os diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudáveis. Essas orientações serão reforçadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente durante as capacitações serão ofertadas orientações pelo médico e nutricionista aos demais membros da equipe sobre práticas de alimentação saudável aos diabéticos.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos diabéticos.

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 usuários hipertensos.

Detalhamento da ação: O monitoramento da realização da orientação de atividade física será realizado, por meio da planilha de coleta de dados, semanalmente pela enfermeira.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação: Serão organizadas práticas educativas semanalmente para orientação da prática de atividade física regular aos hipertensos, além das orientações prestadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida por ACS, equipe de enfermagem e o médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente enfermeira junto a Secretaria de Saúde providenciará a participação do educador físico nas capacitações para orientar atividades físicas aos hipertensos.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde com os hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Essas orientações serão reforçadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente durante as capacitações serão ofertadas orientações pelo médico e, se possível, educador físico, aos demais membros da equipe sobre prática de atividade física regular.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos hipertensos.

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 usuários diabéticos.

Detalhamento da ação: O monitoramento da realização da orientação de atividade física será realizado, por meio da planilha de coleta de dados, semanalmente pela enfermeira.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação: Serão organizadas práticas educativas semanalmente para orientação da prática de atividade física regular aos diabéticos, além das orientações prestadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida por ACS, equipe de enfermagem e o médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente enfermeira junto a Secretaria de Saúde providenciará a participação do educador físico nas capacitações para orientar atividades físicas aos diabéticos.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde com os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Essas orientações serão reforçadas durante e os atendimentos e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente durante as capacitações serão ofertadas orientações pelo médico e se possível educador físico aos demais membros da equipe sobre prática de atividade física regular.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação para o abandono do hábito de fumar nos usuários hipertensos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela enfermeira semanalmente por meio da planilha de coleta de dados quanto à realização de orientação do abandono ao tabagismo.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Serão organizadas atividades semanais de educação e promoção para a saúde, efetuando-se conversas e dinâmicas grupais na unidade de saúde pela equipe de saúde para orientar sobre os riscos do tabagismo a todos os hipertensos, além das orientações prestadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida por ACS, equipe de enfermagem e o médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente enfermeira junto a Secretaria de Saúde providenciará a participação de psicólogo nesta atividade.

Engajamento público.

Ação: Orientar hipertensos da comunidade sobre a importância do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde com os hipertensos e a comunidade sobre a importância do abandono do tabagismo, além das orientações oferecidas durante as consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre a promoção do abandono do tabagismo.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar a realização de orientação para o abandono do hábito de fumar nos usuários diabéticos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela enfermeira semanalmente por meio da planilha de coleta de dados quanto à realização de orientação do abandono ao tabagismo.

Organização e gestão.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Serão organizadas atividades semanais de educação e promoção para a saúde, efetuando-se conversas e dinâmicas grupais na unidade de saúde pela equipe de saúde para orientar sobre os riscos do tabagismo a todos os diabéticos, além das orientações prestadas durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desenvolvida por ACS, equipe de enfermagem e o médico.

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

Detalhamento da ação: A equipe, especialmente enfermeira junto a Secretaria de Saúde providenciará a participação de psicólogo nesta atividade.

Engajamento público.

Ação: Orientar diabéticos da comunidade sobre a importância do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Planejar semanalmente atividades de educação popular em saúde com os diabéticos e a comunidade sobre a importância do abandono do tabagismo, além das orientações durante os atendimentos e consultas.

Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção do abandono do tabagismo.

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre a promoção do abandono do tabagismo.

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

Detalhamento da ação: Durante as capacitações semanais, a enfermeira e o médico abordarão junto aos demais membros da equipe sobre as metodologias de educação popular em saúde, com técnicas participativas para poder exercer suas práticas educativas com qualidade aos diabéticos.

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 da ação: O monitoramento semanal será realizado pela enfermeira, por meio da planilha de coleta de dados quanto à realização de orientação de higiene bucal.

Organização e gestão.

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

Detalhamento da ação: A equipe irá planejar o tempo médio da consulta para poder garantir orientações em nível individual para todos os hipertensos quanto à higiene bucal. Tal ação será desempenhada pela enfermeira, médico e odontólogo.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão realizadas atividades de educação popular em saúde para orientar todos os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, além das orientações durante os atendimentos e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico e odontólogo.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão realizadas capacitações à equipe envolvidas pelo médico e/ou odontólogo para que se possam dar orientações a todos os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Meta 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 da ação: O monitoramento semanal será realizado pela enfermeira, por meio da planilha de coleta de dados quanto à realização de orientação de higiene bucal.

Organização e gestão.

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

Detalhamento da ação: A equipe irá planejar o tempo médio da consulta para poder garantir orientações em nível individual para todos os diabéticos quanto à higiene bucal. Tal ação será desempenhada pela enfermeira, médico e odontólogo.

Engajamento público.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão realizadas atividades de educação popular em saúde para orientar todos os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, além das orientações durante os atendimentos

e consultas. Esta ação será desempenhada pelos ACS, equipe de enfermagem e profissional médico e odontólogo.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento da ação: Semanalmente serão realizadas capacitações à equipe desenvolvidas pelo médico e/ou odontólogo para que se possam dar orientações a todos os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 2

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4

Meta 4.1: Manter a 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 a 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

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Para realizar a intervenção no programa Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus foi necessário o Manual Técnico do Ministério da Saúde de Brasília (BRASIL, 2013), o registro do programa HAS e DM, os prontuários, o SIAB, o livro de registro de atendimentos, a ficha espelho disponibilizada pelo curso (ANEXO 1). Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO 3), alguns instrumentos como medidor de pressão, estetoscópio, medidor de glicose digital, balança de adulto, fita métrica ou estadiômetro, materiais de escritório. Todos os materiais utilizados na intervenção foram responsabilidade de cada dos membros da equipe tanto em seu cuidado, proteção e conservação.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, e implantar as fichas espelhos dos usuários com HAS e DM ou ficha de acompanhamento efetuo se contato com o gestor municipal para imprimir as fichas espelho e as fichas complementares (ANEXO 2) que foram anexadas às fichas espelho.

O gestor municipal a disponibilizará o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica) e o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, a disponibilização das condições da consulta para a realização do exame físico na UBS a todos os usuários com Hipertensão e diabetes. Demandamos, também, ao gestor municipal a solicitação de medicamentos do programa HAS e DM e abandono ao tabagismo e parcerias institucionais para envolver nutricionistas em na realização de atividades de promoção e educação para a saúde nas práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira registrou se no livro de registro todos os usuários com HAS e DM que chegam ao serviço, além disso, os ACS realizarão também uma busca ativa de todos os usuários com HAS e DM da área. Assim que forem detectados usuários faltosos, será organizadas visitas domiciliares para buscar estes usuários. Para agendar, esses usuários provenientes da busca ativa será disponibilizadas vagas, como prioridade, toda segunda-feira. Estabeleceremos todos os registros necessários para os sistemas de alerta e controle de dados. Todos os dados qualitativos foram coletados por meio da ficha de espelho e da planilha de coleta de dados e os dados qualitativos foram coletados por meio do diário da intervenção.

Organizou se um sistema de registro que viabilizava as 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, estado de compensação da doença e acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Em toda consulta a enfermeira e o medico procuraram os prontuários revisando os mesmos e assinalaram sim ficava faltando exames complementares, estratificação do risco, e avaliação de comprometimento de órgãos alvo para complementar.

Para oferecer atendimento odontológico serão realizadas ações para avaliar as necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e será organizada a agenda de saúde bucal para o atendimento dos hipertensos e diabéticos. A agenda para garantir a primeira consulta odontológica será realizada pelo odontólogo existente na UBS. Os usuários sairão da consulta odontológica com a próxima consulta marcada, sem precisar agendar. O odontólogo registrará os dados na ficha adjunta no prontuário.

Para organizar um sistema de alerta para controle de medicamentos, revisaram prontuários a enfermeira e o medico, para visualizar quais medicamentos o paciente tomava e qual ficava faltando na farmácia popular, desta forma monitoraram o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia o que já ficaram registrados, e informados ao gestor municipal para a gestão dos mesmos. Levaram um controle na unidade por a técnica de enfermagem e os ACS dos medicamentos que toma cada usuário, também a técnica de enfermagem realiza o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e mantiveram um registro

das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde para retroalimentar a informação.

Logo na primeira semana de intervenção será iniciada a capacitação sobre o manual técnico de HIPERDIA (BRASIL, 2013), para que toda a equipe utilize esta referência, cada um em sua área de atuação. Esta capacitação será realizada na própria UBS, para o qual utilizou-se 1 hora quinzenal, após atendimento, cada membro da equipe estudou um tema, e expôs o conteúdo ao resto da equipe, logo fizeram o debate do tema. Logo desenvolveram capacitações sobre metodologias de educação em saúde para que a equipe contasse com as ferramentas necessárias para executar todas as atividades de promoção e educação para a saúde programada na intervenção em cada temática planejada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, para apresentar o projeto, esclarecendo a importância do apoio e ajuda dos moradores das comunidades para a realização do mesmo. Efetuaram palestras específicas para estes temas, onde foram convidados também os familiares.

2.3.4 Cronograma

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS													
ATIVIDADES		SEMANA DE INTERVENÇÃO											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.	Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3.	Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e portadores de diabetes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.	Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica) e hemoglicoteste na unidade de saúde.	X											
5.	Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6.	Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários, com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e periodicidade recomendada e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.	Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.	X											
8.	Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer a periodicidade das capacitações.	X											
9.	Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.	X											
10.	Garantir a solicitação dos exames complementares .	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11.	Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12.	Estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13.	Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.		X				X				X		
14.	Organizar as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e organizar a agenda de saúde bucal dos hipertensos e diabéticos.			X	X	X							

15.	Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16.	Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17.	Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18.	Organizar visitas domiciliares para buscar usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta e organizar a agenda para acolher os provenientes destas buscas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19.	Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20.	Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21.	Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e definir responsável pelo monitoramento dos registros.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22.	Manter as informações do SIAB atualizadas.				X				X			X
23.	Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.	X										
24.	Orientar usuários e comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso se necessário.	X										
25.	Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26.	Priorizar o atendimento de hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco e organizar agenda para o atendimento desta demanda.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
27.	Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28.	Esclarecer os usuários e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
29.	Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física.		X		X		X		X		X	
30.	Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades.		X		X		X		X		X	

31.	Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".	X				X			X				
32.	Apresentar resultados obtidos com a intervenção para equipe e comunidade												X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Concluimos nossa intervenção, de acordo com o tempo ajustado para a apresentação do TCC de 12 semanas, a intervenção foi atrasada em duas semanas em as quais não se prorrogaram a coleta de todos os dados, para ir adiantando se foi tomando alguns dados de pacientes que eram sendo atendidos na unidade .

O trabalho foi desenvolvido para melhorar os indicadores de cobertura e os indicadores de qualidade dos hipertensos e diabéticos. Nossa equipe desenvolveu em doze semanas a intervenção e essa está incorporada à rotina do serviço. Apesar da equipe não ter alcançado os resultados previstos no período da intervenção, as ações permanecem junto à população alvo e a busca e pesquisa de hipertensos e diabéticos.

As Ações previstas foram desenvolvidas, uma grande vantagem foi ter planejado todas as atividades relacionadas ao projeto de intervenção, ter preparado todos os recursos necessários para sua implementação, ter definido as atribuições de cada membro da equipe em cada tarefa individual e coletiva, o que culminou com as possibilidades de realizar todas as atividades.

A atualização dos profissionais com capacitações permitiu o preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e demais ações a desenvolver com eles. Implementou-se o registro de todas as ações e terminou de implantar a ficha de acompanhamento. Os dados qualitativos foram coletados por meio do diário de intervenção e os quantitativos pela ficha de espelho e da planilha de coleta de dados. Além de capacitar a equipe em todos os temas planejados para poder desenvolver o projeto com a participação de todos seus membros, cada um teve uma responsabilidade nas capacitações garantindo a execução das mesmas. Nossa equipe ganhou em preparação, por

exemplo, as capacitações da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, realização do hemoglicoteste, as capacitações para poder oferecer atividades de promoção e educação para a saúde.

Foram ofertadas atividades de educação à população e aos hipertensos e diabéticos. Outro fator que ajudou a desenvolver o projeto esteve relacionado com a melhoria do acolhimento para com os hipertensos e diabéticos utilizando melhores técnicas de conversa assim como também o aumento de todas as atividades de promoção a saúde da comunidade e público alvo.

No segundo mês de intervenção foi constituído o equipe da NASF com a incorporação de uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, que apoiaram o trabalho da intervenção, assim como também incorporou uma nova odontóloga e a equipe odontológica.

Para poder apreciar como se desenvolviam as ações, houve o monitoramento de todas as atividades planejadas no projeto. Este período transcorrido teve uma grande importância para a equipe de aprendizagem da etapa de trabalho onde aprendemos a trabalhar com novas estratégias e a comunidade participou sugerindo algumas delas ,aprendemos a trabalhar com mais união e solidariedade já que cada membro da equipe apoiou e participou em ações de outros colegas para o avanço do projeto nos atrasos, trabalho em equipe foi fundamental para a implementação do projeto.

Manteve-se o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, além da garantia das ações administrativas das necessidades do projeto. As ações de caráter administrativo deram resolutividade às necessidades dos recursos materiais que precisamos, dando todo o apoio que demandavam.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas dificuldades impediram o cumprimento dos propósitos do projeto, como foi à demora em começar a intervenção porque o projeto não estava concluído e ainda houve período de férias. Inicialmente alguns membros da equipe não compreendiam que tinham que assumir novas responsabilidades em seu trabalho que retardou a realização das tarefas individuais e o resultado coletivo do trabalho e atrasaram as metas. Utilizamos duas semanas para capacitação o que ocupou bastante tempo que ocasionaram também atrasos das atividades planejadas.

Não conseguimos cadastrar os 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, não obtendo os 100% de cobertura e tampouco mais captações de hipertensos e diabéticos.

Com a equipe odontológica também existiram dificuldades que não permitiram chegar à meta proposta dos 100% dos usuários com avaliações odontológicas. Essas dificuldades produziram atrasos na avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico, isso ocorreu devido à falta de comunicação entre a equipe de saúde da família e a equipe odontológica a qual posteriormente foi superada.

O clima chuvoso de forma permanente limitou o trabalho da equipe no projeto de intervenção, além da tragédia da grande inundação quando foram abertas as comportas da hidrelétrica que afetou toda a população e aos trabalhadores da equipe. Também sofreu atrasos por feriados.

A busca ativa dos usuários com atraso nas consultas apresentou dificuldade, primeiro pelas necessidades das capacitações as quais deixavam pouco tempo para buscar os faltosos. Logo começou o período de chuva e todos os dias ficava chovendo de forma contínua, isso afetou a busca de usuários e também que os mesmos fossem à consulta.

Dificuldades com os exames complementares em dia porque os usuários não se conscientizaram da importância dos mesmos, as quais foram trabalhadas com as atividades educativas. Também não foi possível garantir em uma etapa do projeto os medicamentos do programa de HIPERDIA aos usuários hipertensos, mas isso foi solucionado com os medicamentos da farmácia da UBS. Constituiu uma dificuldade não ter em nosso município Farmácia Popular.

Na realidade não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos na intervenção por que tanto a ficha de espelho e a planilha de dados tiveram um bom desenvolvimento e foi desenvolvido um bom planejamento de como se registrariam e revisariam os dados. Estas ferramentas permitiram os cálculos dos indicadores e ficou muito melhor para poder olhar como evoluíam os mesmos, isso não constituiu um problema e sim uma grande vantagem.

A maior dificuldade esteve fundamentalmente no momento em que terminou o primeiro mês que não sabíamos como continuar no segundo mês, como transportar os dados. Fiquei com essas e outras dúvidas que foram

esclarecidas pela minha orientadora, também tive alguns erros que foram corrigidos gentilmente também pela orientadora do projeto de intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação à organização dos registros, antes de começar o projeto de intervenção primeiro fizemos os registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS. Para poder coletar os dados foi anexada uma ficha espelho no prontuário, os dados foram registrados ali pelo médico, logo foram examinadas e revisadas pelo médico e pela enfermeira que identificaram aquelas que ficavam com consultas em atraso para fazer a busca ativa por parte dos ACS e a visita domiciliar pela equipe, a técnica de enfermagem se responsabilizou pelas mensurações. Esta ficha espelho junto aos prontuários e a planilha de dados nos permitiu também fazer os monitoramentos.

Além disso, foi confeccionada uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A agenda de acordo com o planejado foi realizada pelos odontólogos da UBS. Os odontólogos fizeram isso para garantir a primeira consulta odontológica e logo registraram os dados na ficha adjunta no prontuário.

Nosso objetivo geral foi melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Maria Joana Moreira dos Santos, no município Ferreira Gomes/AP. Apesar de não conseguir atingir o indicador de cobertura proposto, os usuários incluídos no projeto tiveram uma atenção mais qualificada e resolutiva.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É um alívio que a intervenção já está incorporada à rotina da UBS e que nossa equipe poderá realizar as ações que ficaram faltando e traçou o compromisso de continuar com qualidade e dedicação do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos.

Muitas das ações implementadas no projeto serão levadas a outros programas, como as ações educativas, os monitoramentos das ações planejadas, as atividades de capacitação, o trabalho interdisciplinar com outros profissionais e com

a NASF e o trabalho coordenado com a secretaria de saúde para o apoio e implementação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na USB Maria Joana Moreira dos Santos, no município Ferreira Gomes/AP, tivemos uma população alvo de 213 hipertensos e 80 diabéticos. Não sendo possível alcançar uma cobertura significativa da população alvo, tão pouco alcançar as meta pactuadas, esta missão ficará para ser alcançada com a incorporação das ações na rotina do serviço.

Metas propostas

- Relativas ao objetivo 1 “Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos”:

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

Sendo que a estimativa do CAP a população de hipertensos com 20 anos ou mais deveria ser de 581 pessoas, mas tínhamos cadastrados 209 usuários, 36% dessa população estimada. Para os usuários diabéticos a estimativa era de 166 usuários, no entanto, tínhamos cadastrados 85 usuários, 51% dessa estimativa. Ao final da intervenção as coberturas na área adstrita chegaram a 213 hipertensos (36,7 %) e 80 diabéticos (48,2%).

A meta alcançada foi menor que meta encontrada anteriormente a intervenção porque a meta anterior trata se de um ano de trabalho e a meta atual apenas trata-se de 3 meses de intervenção com problemas que limitaram seu avance.

No primeiro mês foram acompanhados 58 hipertensos (10%), neste mês tivemos atrasos importantes, pois tivemos que ampliar o período de capacitação para duas semanas que afetou o início da intervenção propriamente dita. No segundo mês se alcançou a cobertura de 13,4% com 78 hipertensos acompanhados e o terceiro mês da intervenção acompanhou 213 usuários hipertensos (37%). Neste último mês a equipe fez um grande esforço para alcançar os objetivos propostos de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos traçando-se a meta de cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência (Figura 1).

Os resultados com os usuários diabéticos em relação ao indicador de cobertura foram melhores, mas tão pouco se chegou à meta proposta. No primeiro mês foram incorporados ao projeto 29 usuários (17,5%), no segundo mês aumentou para 34 usuários (20,5%) e no último mês conseguimos alcançar 80 usuários diabéticos acompanhados no programa (48,2%) de uma meta proposta de 85% dos diabéticos (Figura 2).

Não foi possível conseguir novas captações de hipertensos e diabéticos devido a todos os problemas apresentados com o clima chuvoso, na emergência da hidroelétrica, e o curto tempo da intervenção. Um fator muito importante é a cultura e as costumes da população, os quais levam muito mais tempo mudar, em relação a aprendizagens para os cuidados de sua saúde, já que não é um costume ter um acompanhamento periódico e continuado, eles buscaram ajuda só quando precisaram de medicamentos ou tinham sintomas de descompensação de sua doença. Influíram também alguns problemas de organização tanto da equipe como dos gestores, além disso, alguns usuários fazem acompanhamento em outro local dentro ou fora da área, por exemplo em outro município, na capital ou com médicos privados. Poder mudar as realidades atuais leva tempo educando a população e durante uma intervenção de tão curto tempo é difícil lograr.

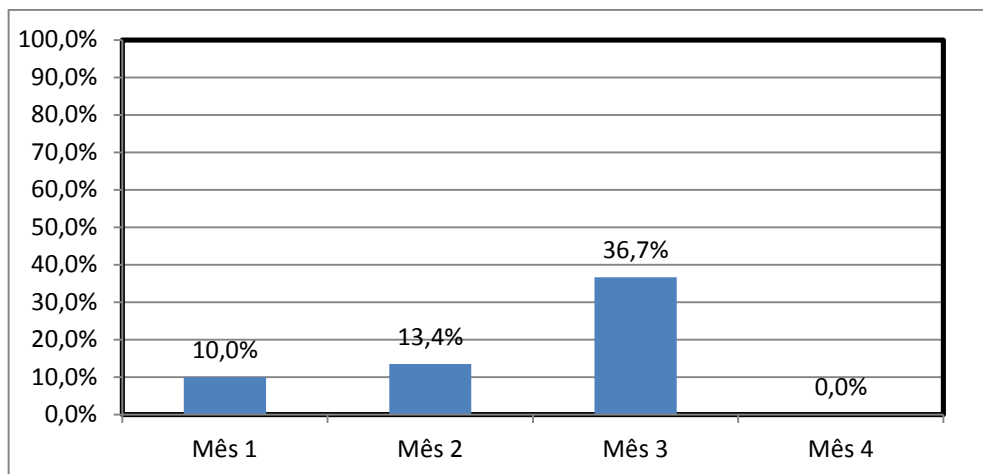


Figura 1: Cobertura do programa de atenção aos usuários Hipertensos na unidade de saúde. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

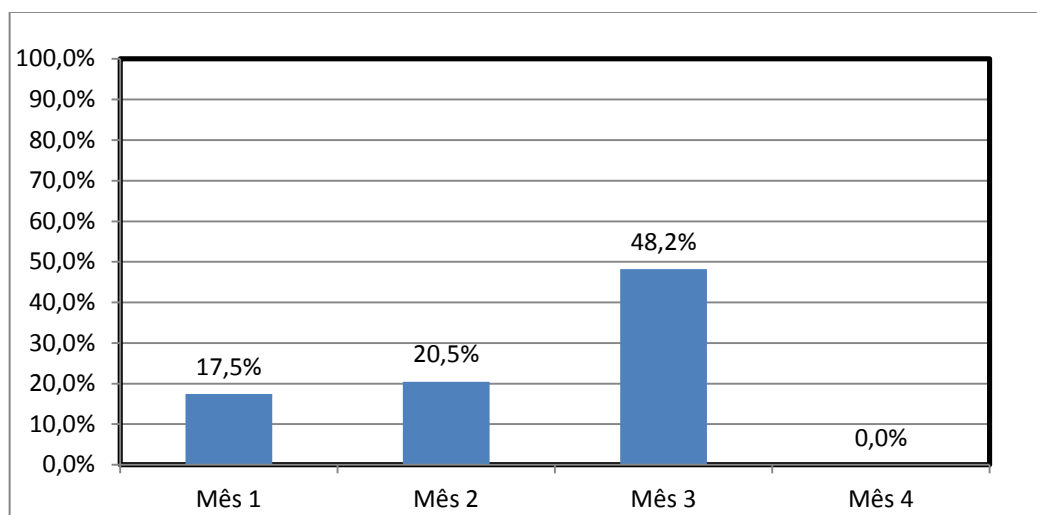


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário Diabético na unidade de saúde. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

- 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.

Realizamos exame clínico apropriado em 212 usuários hipertensos (99,5%). No primeiro mês 57 usuários (98,3%), segundo mês 77 usuários (98,7%) e o terceiro mês 212 (99,5%) (Figura 3).

A intervenção proposta tratou ao máximo melhorar a qualidade da atenção dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica que participaram no projeto, o exame clínico apropriado foi feito pelo médico e pela enfermeira de acordo com o

protocolo preconizado da UBS, que antes da intervenção não era utilizado. Não alcançamos os 100% por existir usuários que ficaram faltosos à consulta por encontrar-se fora do município.

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

Realizamos exame clínico apropriado em 79 usuários diabéticos (98,8%). No primeiro mês realizamos este exame em 29 usuários (100%), no segundo mês em 33 usuários (97,1%) e no terceiro mês em 79 usuários (98,8%) (Figura 4).

A intervenção foi proposta e implementada para melhorar a qualidade da atenção dos portadores de Diabetes Mellitus que participaram no projeto, o exame clínico foi feito também por o médico e na enfermeira de acordo a protocolo preconizado UBS, que antes da intervenção não era utilizado. Não atingimos a cobertura total dessa meta porque o usuário se encontrava faltoso a consulta por ficar fora do município.

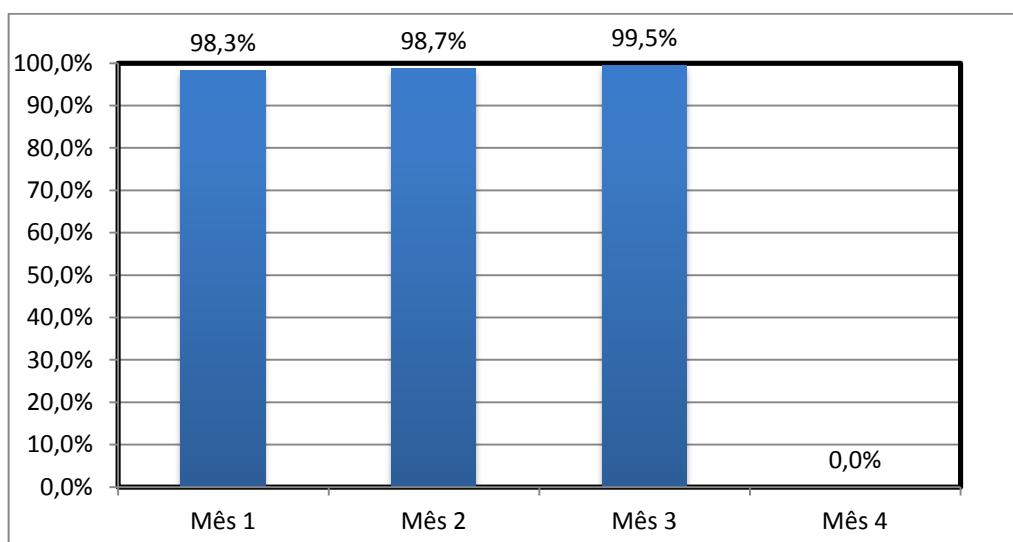


Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

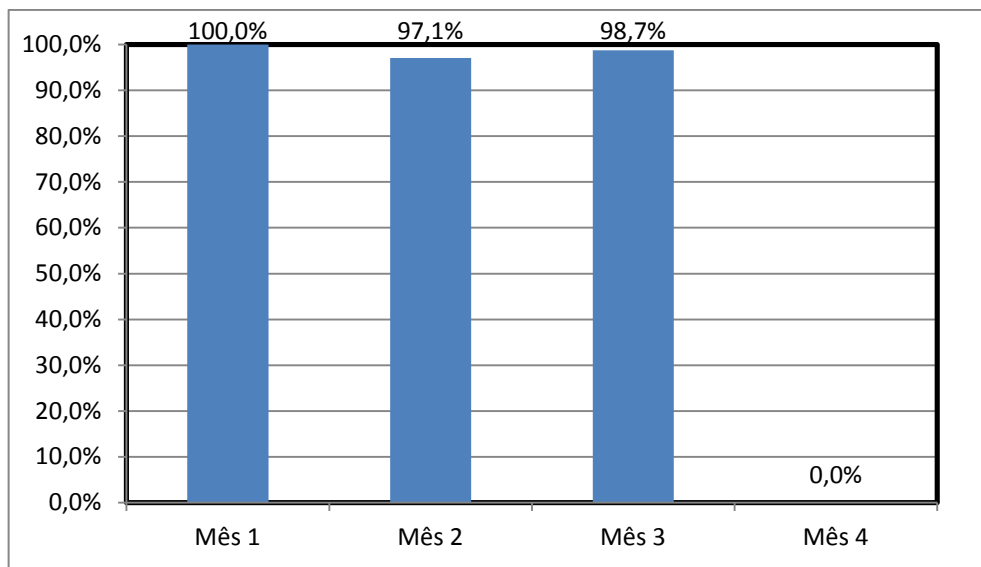


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

No primeiro mês 30 usuários hipertensos tinham realizado exames (51,7%), no segundo 75 usuários (96,2%) e no terceiro mês 212 usuários (99,5%) (Figura 5). Observe que entre o segundo e terceiro mês recuperamos este indicador, isso foi possível devido ao esforço e dedicação dos técnicos do laboratório.

Os atrasos existentes em exames complementares em dia de acordo com o protocolo ocorreram pela não conscientização dos usuários de sua importância, o que foi resolvido com atividades educativas. Influenciou também a falta de fornecimento de energia no município o que afetou o serviço do laboratório.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares.

No primeiro mês tiveram exames complementares em dia 18 usuários (62,1%), no segundo mês 31 usuários (91,2%) e no terceiro mês 78 usuários (97,5%), não se alcançou os 100% mais se superou este indicador em relação ao período anterior da intervenção (Figura 6). O que influenciou na obtenção da totalidade deste indicador foi a falta de fornecimento de energia elétrica no município o que afetou o serviço do laboratório.

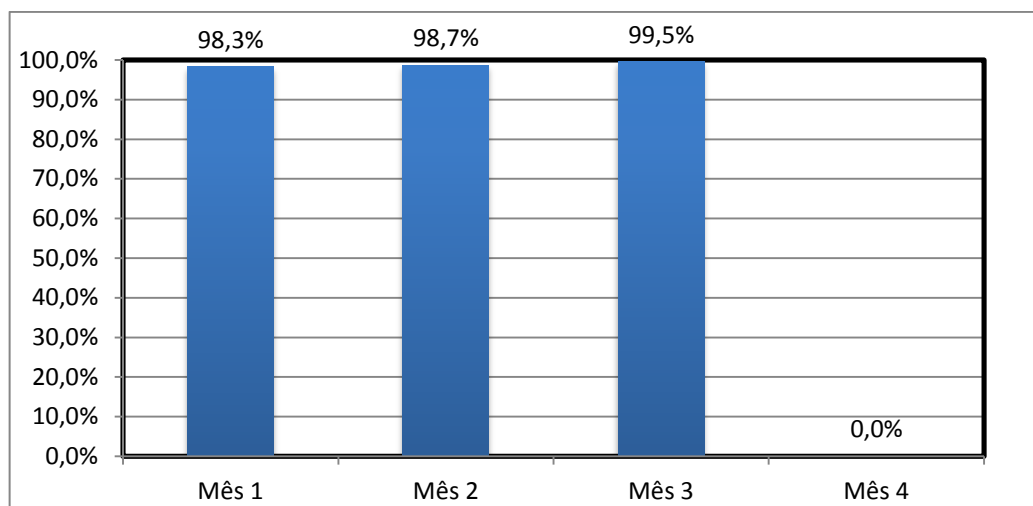


Figura 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

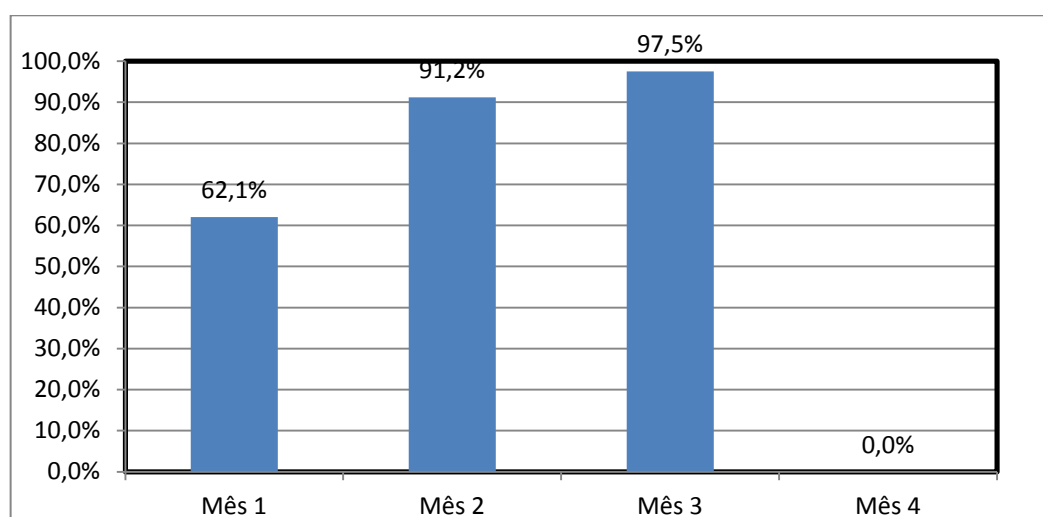


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

Durante a intervenção conseguimos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 209 usuários hipertensos, 99,1% da população que participou da intervenção. No primeiro mês foi prescrito esses medicamentos a 54 usuários (96,4%), isso ocorreu devido a dificuldades que o município enfrentava no recebimento dos medicamentos para hipertensão, o que afetava a distribuição deste na USB, e também o fato de não ter farmácia popular no município. No segundo

mês se priorizou a 75 usuários (98,7%) e o terceiro mês a 209 usuários (99,1%), neste último mês já não tínhamos dificuldades e quase chegamos ao 100% de cobertura neste indicador (Figura 7).

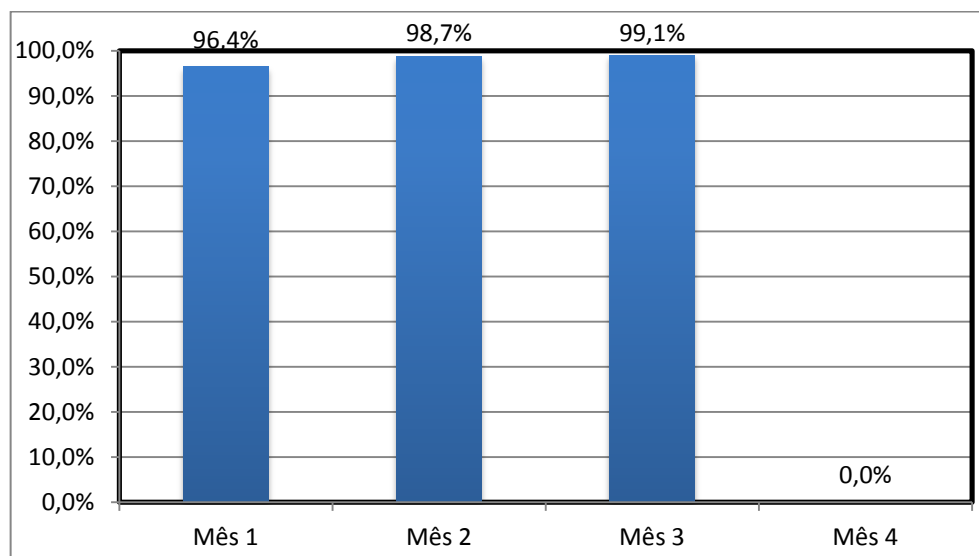


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada para hipertensos, UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

Foi priorizada a prescrição de medicamentos farmácia popular para 80 usuários diabéticos chegando aos 100% destes, no primeiro mês foram 29 usuários, no segundo mês aumentou para 34 usuários e no último mês conseguimos alcançar os 80 usuários diabéticos acompanhados no programa, nos três meses 100% deles com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Foi garantida aos usuários diabéticos a prescrição de medicamentos do programa de HIPERDIA, disponíveis na unidade de saúde, a estes não faltaram os medicamentos prescritos e ao final da intervenção se atingiu a meta dos usuários intervindos.

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

Aos usuários portadores de hipertensão foi possível observar um crescente avanço na cobertura deste indicador, no primeiro mês foi possível avaliar a 17 usuários (29,3%), no segundo melhorou essa avaliação atingindo 70 usuários

(89,7%) e no terceiro conseguimos avaliar 198 usuários (93,%) (Figura 8). Apesar do grande esforço no último mês foi impossível chegar à meta proposta.

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

Durante toda intervenção conseguimos avaliar 74 usuários quanto às necessidades de atendimento odontológico, num total de 92,5% da meta proposta. No primeiro mês só foram avaliados 11 usuários diabéticos (37,9%), melhorando no segundo 32 usuários (94,1%) e no terceiro mês 74 usuários alcançando 92,5%, dentro de pouco tempo atingiremos a meta proposta (Figura 9).

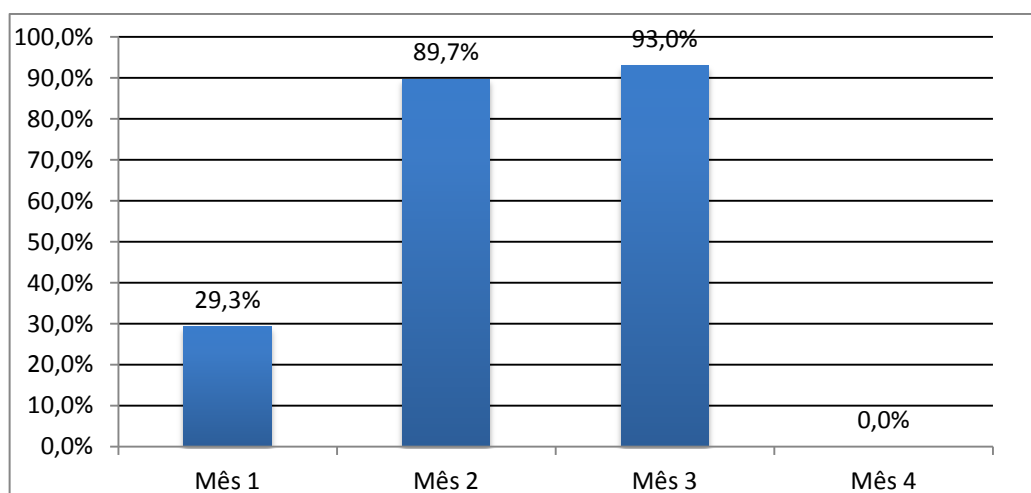


Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

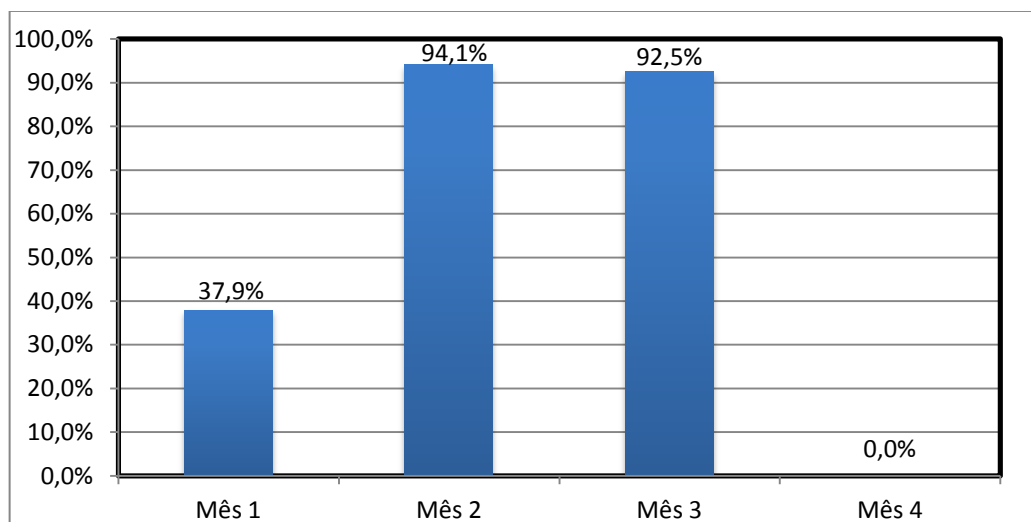


Figura 9: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

Não conseguimos atingir 100% dos usuários hipertensos e diabéticos para estes indicadores, pois no início da intervenção não existia união entre a equipe odontológica e a equipe da UBS. Inicialmente eles não identificaram a importância do projeto, não deram prioridade necessária a este e ainda tivemos interrupções no fornecimento de energia no município.

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.

No primeiro mês a proporção de hipertensos faltosos à consulta com busca ativa foi de 16 (45,7%), no segundo mês foi de 10 usuários (100%), e no terceiro mês 33, onde a busca ativa de hipertensos faltosos à consulta de 59 faltosos do total se buscaram 58 (98,3%) (Figura 10).

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

No primeiro mês a busca ativa foi de 11 (57,9%), o segundo mês foi de 5 (100%) e o terceiro mês buscamos 27 (100%). Conseguimos fazer busca ativa a 100% dos usuários diabéticos faltosos à consulta médica (Figura 11).

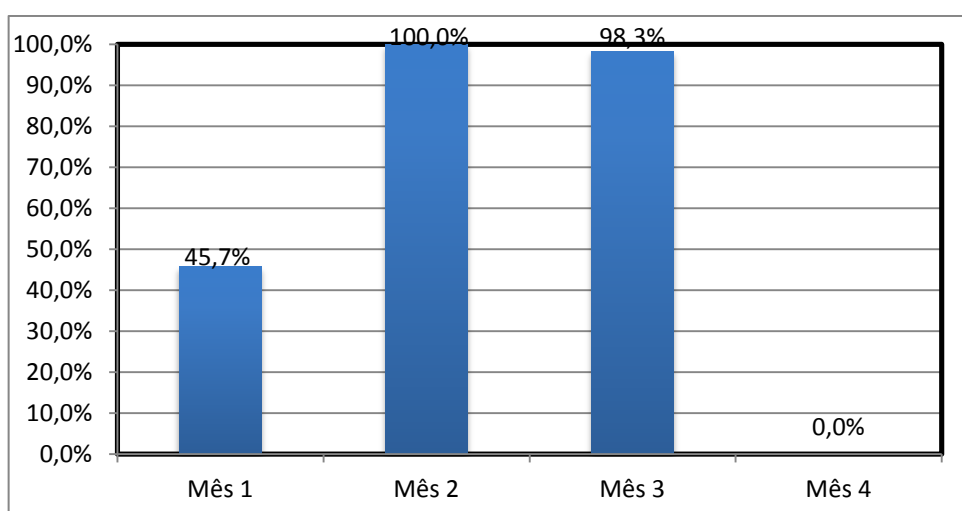


Figura 10: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

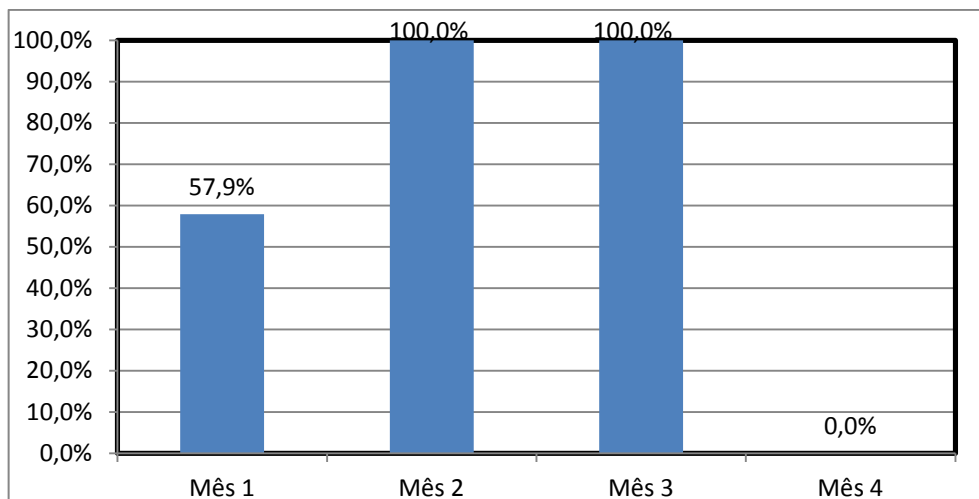


Figura 11: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

No primeiro mês não foi possível atingir a meta, pois as duas primeiras semanas de intervenção foram realizadas as capacitações propostas em nosso cronograma, porém essas atrasaram todas as atividades planejadas, ocuparam muito tempo, incluindo a busca dos usuários faltosos À consulta, além do clima chuvoso que limitava a busca destes usuários em visita domiciliar pelos ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Ao longo da intervenção foi possível manter ficha de acompanhamento atualizada dos 213 usuários hipertensos acompanhados, no primeiro mês foram acompanhados 58 usuários com ficha de acompanhamento para um total de 100%, no segundo mês foram acompanhados 78 usuários com ficha de acompanhamento para um total de 100% e no terceiro mês foram acompanhados 77 usuários com ficha de acompanhamento, ou seja, os 213 usuários cadastrados com ficha de acompanhamento para um 100%.

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

Ao longo da intervenção foi possível manter ficha de acompanhamento atualizada dos 80 usuários diabéticos cadastrados, no primeiro mês se cadastraram 29 usuários diabéticos e os 29 com sua ficha de acompanhamento para um total de

100%, no segundo mês se cadastraram 34 com sua ficha de acompanhamento para um total de 100% e no terceiro mês se cadastraram 17 usuários diabéticos, os 17 tiveram registro adequado da ficha de acompanhamento para um total de 100%. Ao finalizar o projeto de intervenção os 80 diabéticos cadastrados foram acompanhados com sua ficha para um 100%.

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

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

Conseguimos realizar a estratificação do risco cardiovascular nos 213 usuários hipertensos ao final da intervenção. No primeiro mês foi realizada a estratificação do risco cardiovascular em apenas 24 usuários hipertensos (41,4%), no segundo mês foi realizada em 75 usuários (96,2%), onde nesse mês os atrasos foram recuperados, e no terceiro mês foi realizada em 114 usuários hipertensos alcançando a realização dos 213 usuários a estratificação do risco cardiovascular, conquistando o percentual de 100%. Podemos verificar que existiam uma grande quantidade de usuários sem esta avaliação antes de começar o programa mais médicos no município (Figura 12).

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

Conseguimos realizar a estratificação do risco a todos os usuários diabéticos. No primeiro mês foi realizada a estratificação do risco cardiovascular a apenas 9 usuários diabéticos (31,0%), no segundo mês foi realizada em 32 usuários (94,1%) e no terceiro mês foi realizada em 39 usuários diabéticos, alcançando-se os 80 usuários diabéticos que tiveram realizada a estratificação do risco cardiovascular para um total de 100% (Figura 13).

O primeiro mês não apresentou a cobertura deste indicador, pois como já foi mencionado antes, este mês corresponde a capacitação dos profissionais que demorou um pouco mais do que planejado inicialmente, o que atrasou todo o planejamento incluindo as consultas médicas. Julgo importante salientar que antes

do início da intervenção muitos dos usuários hipertensos e diabéticos nunca haviam realizado essa avaliação antes de começar o programa mais médicos no município.

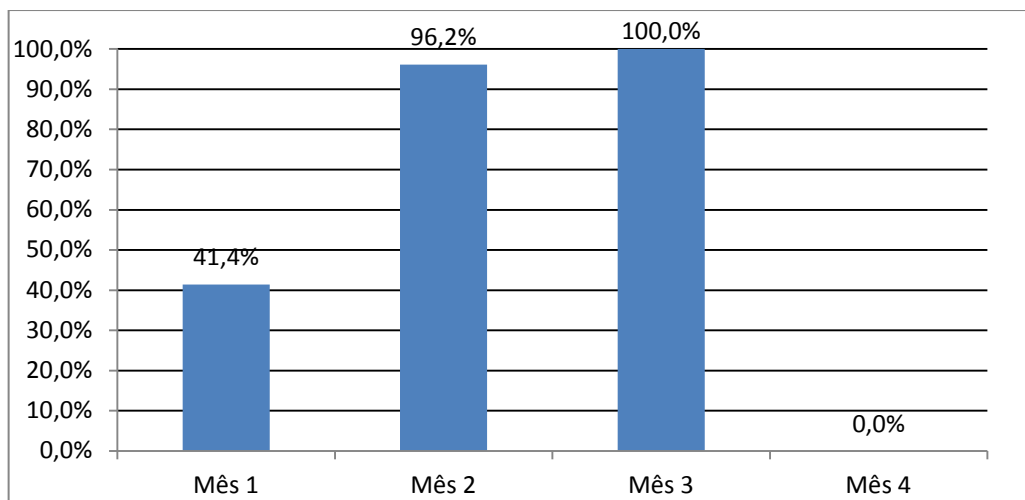


Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

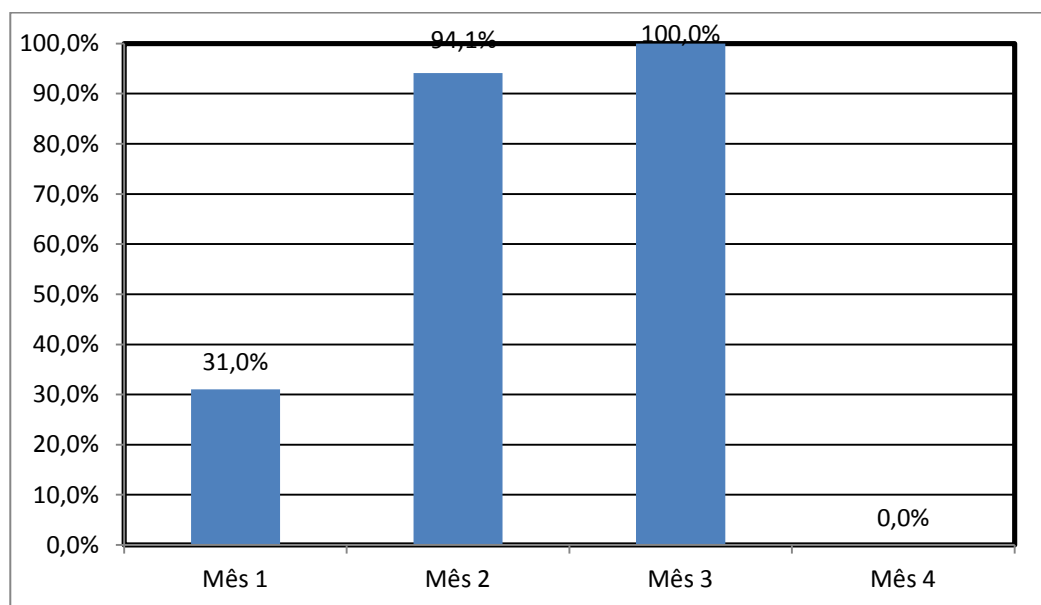


Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Foi possível realizar orientação nutricional a o 100% dos usuários hipertensos, ou seja, aos 213 usuários intervindos. No primeiro só se dera orientação nutricional a 22 usuários (37,9%), no segundo mês receberam um total

de 67 usuários (85,9%) e pelo esforço realizado por toda a equipe no terceiro mês os 213 usuários hipertensos receberam orientação nutricional (100%) (Figura 14).

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

Alcançamos a orientação nutricional de 100% dos usuários diabéticos, ou seja, aos 80 usuários intervindos. No primeiro mês só se deu orientação nutricional a 10 usuários (34,5%), no segundo mês receberam um total de 25 usuários (75%) e pelo esforço realizado por toda a equipe no terceiro mês, os 80 usuários diabéticos receberam orientação nutricional para um 100% (Figura 15).

No início da intervenção não tínhamos nutricionista, este indicador esteve bastante atrasado, quando a nutricionista começou, houve atrasos e problemas de coordenação, organização e cumprimento da tarefa por ela. Nas atividades educativas participou toda a equipe, agora com mais preparação para ensinar aos usuários como cuidar deles para evitar as complicações.

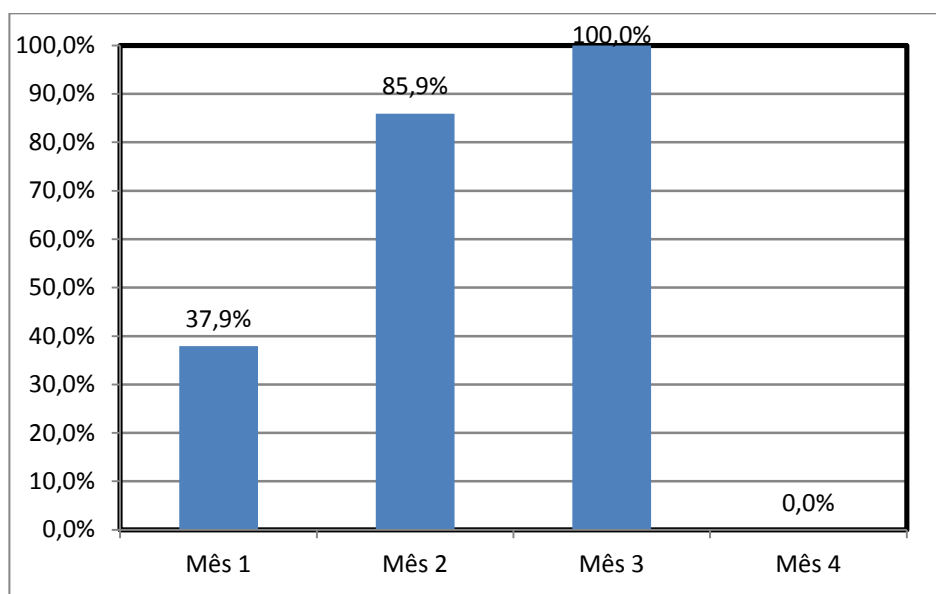


Figura 14: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá

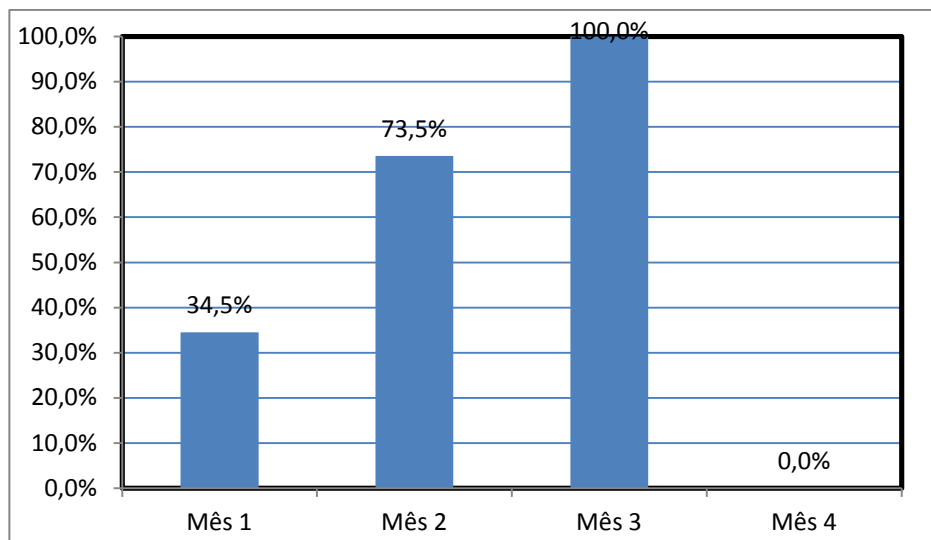


Figura 15: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

Descrição quantitativa.

No primeiro mês foram orientados 57 usuários (98,3%), no segundo mês foram orientados 77 usuários (98,7%) e no terceiro mês foram orientados 79 usuários hipertensos alcançando-se que os 213 usuários hipertensos intervindos tinham recebido orientação sobre prática regular de exercícios físicos para um 100% (Figura 16).

Esta meta teve uma boa evolução durante a intervenção. Logra-se que aos 213 hipertensos intervindos se deram orientação sobre a prática de exercícios físicos, obtendo-se um 100% da meta proposta.

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

Com os usuários diabéticos, o primeiro mês logra-se que os 29 usuários acompanhados receberam orientação sobre atividade física regular para um (100%), no segundo mês os 34 acompanhados receberam também orientação (100%) e no terceiro mês os 17 acompanhados igualmente receberam a orientação (100%). Ao finalizar o projeto de intervenção os 80 diabéticos intervindos tinham recebido orientação sobre a prática de exercícios físicos, obtendo-se um 100% da meta proposta.

Esta meta também teve uma boa evolução durante a intervenção não se apresentando problemas para seu alcance. Os 80 diabéticos que participaram do projeto receberam orientação sobre prática regular de exercícios físicos.

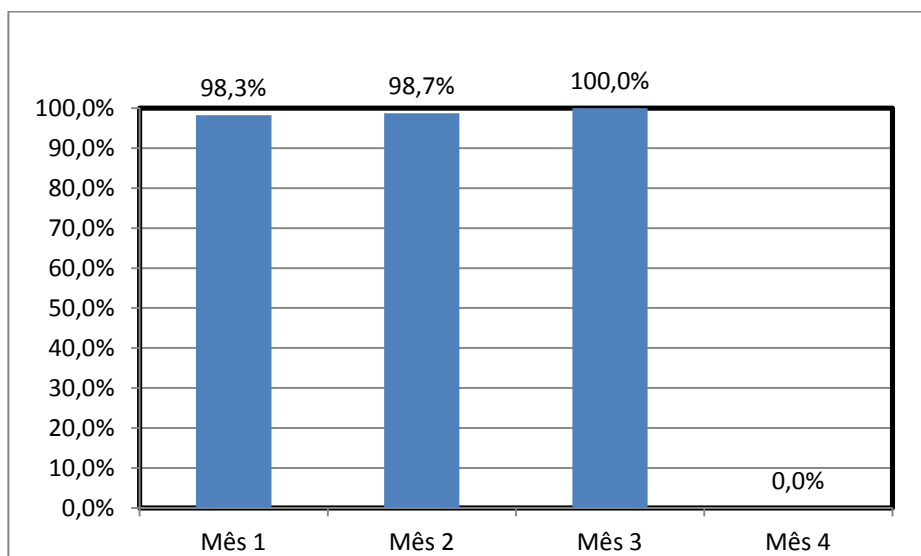


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

No primeiro mês 57 usuários hipertensos receberam orientação para um 98,3%, no segundo mês 77 usuários hipertensos receberam orientação para um 98,7 e no terceiro mês 79 usuários hipertensos a receberam, logra-se que os 213 usuários hipertensos ao final do projeto receberam orientação sobre os riscos do tabagismo para um 100%, atingindo-se a meta proposta (Figura 17).

Esta meta também teve uma boa evolução durante a intervenção. Não se alcançou o 100% porque corresponderam ao primeiro e segundo mês a usuários faltosos à consulta.

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

No primeiro mês os 29 usuários diabéticos atendidos receberam a orientação para um 100%, no segundo mês os 34 a receberam para um 100% e no terceiro mês os 17 usuários diabéticos também receberam para um 100%. Logra-se que os 80 usuários diabéticos ao final do projeto receberam orientação sobre os riscos do tabagismo para um 100%, atingindo-se a meta proposta.

Esta meta também teve uma melhor evolução, atingindo se a meta proposta.

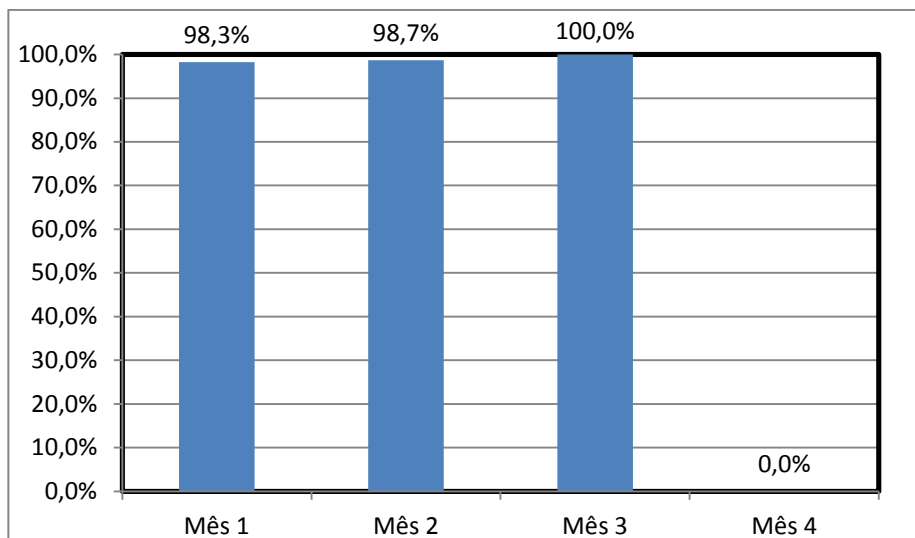


Figura 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os ricos do tabagismo. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

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

No primeiro mês de 58 hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal (98,3%), no segundo mês 77 hipertensos (98,7%) e no terceiro mês 78 usuários hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal, completando-se os 213 para um 100% e atingindo assim a meta proposta (Figura 18).

Esta meta teve uma boa evolução durante a intervenção. Só foi afetada pelos usuários faltosos a consulta.

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

No primeiro mês receberam orientação 29 (100%), no segundo mês receberam 24 (100%) e no terceiro mês 27, ao finalizar o projeto de intervenção os 80 diabéticos tinham recebido orientação sobre higiene bucal alcançando-se o 100% e atingindo assim a meta proposta (Figura 19).

Esta meta teve uma melhor evolução durante a intervenção não apresentou problemas.

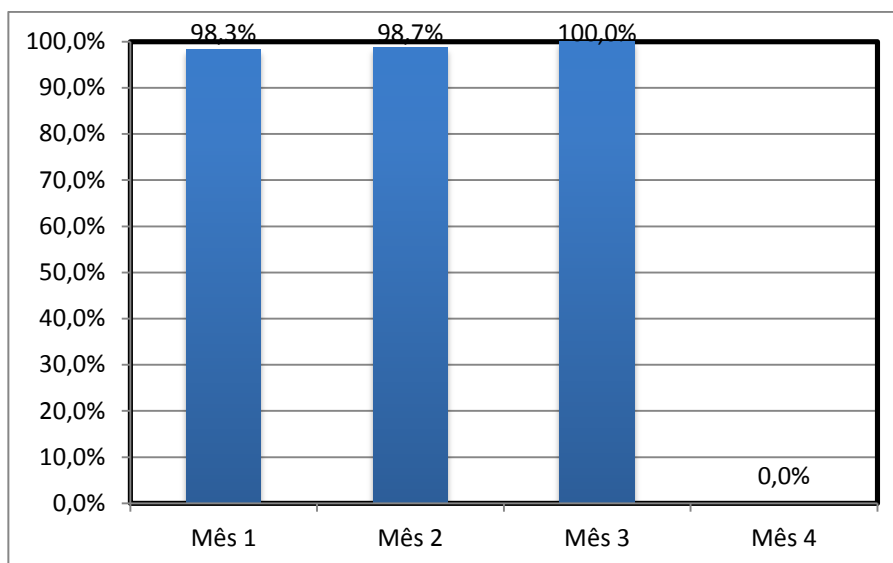


Figura 18: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá.

4.2 Discussão

Todo trabalho feito por nossa equipe tem uma utilidade, um significado e uma importância. Dentro dos significados dessa intervenção está a satisfação da comunidade pela melhoria alcançada na saúde de nossos usuários hipertensos e diabéticos, e a importância não só é para a equipe, também é para nosso serviço e para toda a comunidade. Além disso, ganhamos como profissionais em aprendizagem, experiência no sistema de saúde de Brasil que tem muitas potencialidades de desenvolvimento.

A intervenção foi realizada na unidade de UBS Maria Joana Moreira dos Santos, cidade de Ferreira Gomes, Amapá, no período de 12 semanas, finalizou com o acompanhamento de 213 hipertensos e 80 diabéticos com 20 anos ou mais. Na área de abrangência da UBS inicialmente tinham 581 hipertensos e 166 diabéticos residentes na área adstrita segundo a estimativa do CAP. Assim as coberturas finais perfizeram 36,7% no programa de atenção ao hipertenso na UBS (213 usuários acompanhados) e 48,2% no programa de atenção ao diabético na UBS (80 usuários acompanhados). Para o alcance das metas de cobertura foi possível identificar várias dificuldades, não conseguindo atingir a proposta inicial de cadastrar 90% dos hipertensos e cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da

unidade de saúde, ou seja, não conseguimos a ampliar da cobertura da atenção destes usuários.

Um fator que limitou este alcance é que não foi possível conseguir mais captações de hipertensos e diabéticos devido a todos os problemas apresentados com o clima muito chuvoso de forma permanente, o evento intempestivo com a hidroelétrica que abriu as comportas bruscamente trazendo grandes inundações no município com afetação de toda a população e donde tive que intervir a defesa civil, nos ficamos todo um mês no hotel e todo demorou em recuperar se. Outro fator importante foi o curto tempo da intervenção, assim como a cultura e costumes da população em relação a cuidados em saúde. Influenciaram também alguns problemas organizativos, por exemplo, a equipe em geral teve que centrarem-se em novas tarefas e no início alguns membros da equipe não compreendiam que tiveram novas responsabilidades em seu perfil de trabalho, e não completaram algumas delas, foi necessário fazer conscientização, mas depois pouco a pouco, foram entendendo a importância de cada tarefa para conseguir os objetivos da intervenção, e incluo, entusiasmar-se com ela. Com a equipe odontológica também existiram dificuldades já que não dava prioridade á intervenção, e existiam dificuldades na comunicação desta equipe com a equipe de saúde da família, assim como com a equipe da NASF, sobre tudo com a nutricionista que tampouco deu prioridade a o trabalho assinado ocasionando atrasos na avaliação nutricional. Podemos sinalizar que alguns dos usuários fazem acompanhamentos em outro local dentro ou fora da área, por exemplo, em outro município ou na capital e com médicos privados.

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas foi possível alcançar a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a classificação de risco de ambos os grupos e a melhoria o acolhimento dos portadores de HAS e DM. Algumas metas de qualidade conseguiram atingir quase 100% como: O exame clínico apropriado nos hipertensos que alcançou um 99,5% e nos diabéticos um 98,8%. Os exames complementares em dia nos usuários hipertensos chegaram a 99,5% e os diabéticos 97,5%. A priorização na prescrição de medicamentos da farmácia popular 99,1% nos hipertensos e 100% nos diabéticos. Em relação a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários hipertensos chegaram a 93,0% e 94,1% os diabéticos. Este indicador sempre apresentou dificuldades que se superaram, mas não totalmente. Na busca

dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada alcançou 98,3% nos usuários hipertensos o seja de 59 faltosos logrou-se buscar 58, e nos usuários diabéticos de 27 faltosos lograrem buscar os 27 mas alcançando-se o 100% .

Tiveram metas de qualidade que atingiram o 100% como: Manter ficha de acompanhamento, realizar estratificação do risco cardiovascular, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e garantir orientação sobre higiene bucal.

Os usuários e a comunidade em geral aprenderam quanto aos riscos de desenvolver doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas enfermidades. Os diabéticos aprenderam sobre a importância de examinar os pés, aferir os pulsos e explorar a sensibilidade de extremidades e como devem ser avaliadas periodicamente pelo médico acompanhante. A ampliação do exame dos pés foi um avanço importante.

Para a equipe a intervenção foi um período de trabalho e de aprendizagem, que ensinou como estabelecer melhorias no serviço, e fazer um melhor trabalho na atenção primária de saúde no Brasil. Foi preciso para dar andamento á intervenção que cada membro da equipe tivesse atribuições específicas, por exemplo, as atividades de capacitação, no exame clínico de usuários hipertensos, nas atividades de promoção e educação em saúde, os registros e os monitoramentos. As orientações a estes usuários serão prestadas rotineiramente durante nos atendimentos e durante as consultas.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem os ACS e da recepção, assim como a de outros profissionais como o equipe odontológico e o equipe da NASF.

Nossa equipe ficou muito melhor preparada para o desenvolvimento de seu trabalho, aprendeu a trabalhar com novas estratégias e a comunidade participou nelas. Aprendeu a trabalhar com mais união e solidariedade e incorporou a intervenção à rotina do serviço. O desenvolvimento e implementação do projeto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como as visitas

domiciliares, as atividades de promoção e educação para a saúde e as reuniões da equipe.

No que tange às melhorias alcançadas no serviço, antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção ajudou a distribuir entre todos os membros da equipe as atribuições relacionadas a o programa de HIPERDIA.

O serviço ganhou em organização, disciplina e qualidade. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e conseguiu melhorar o planejamento das consultas. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Como a intervenção já está incorporada à rotina da UBS nossa equipe poderá realizar as ações que ficaram faltando e aplicar a intervenção nos usuários que não participaram, e ademais ele traçou o compromisso de continuar com qualidade e dedicação o programa de atenção aos a essas doenças.

O impacto da intervenção na comunidade foi percebido pela equipe que escudou comentários muito favoráveis e parabéns por muitos usuários. Os usuários demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas a equipe explicou a eles os motivos e eles foram entendendo. E a satisfação não se deve só à prioridade do atendimento, também a sua qualidade, a todas as ações desenvolvidas durante na intervenção, como as atividades educativas, as visitas domiciliares por os ACS, atenção médica e da enfermeira, a atenção odontológica, a atenção da equipe NASF, e as ações em geral de toda a equipe.

Como não se alcançou a meta proposta de cobertura temos muitos usuários que não receberam os benefícios desta intervenção e a meta da equipe agora é fazer todo o possível por chegar a uma cobertura dos 100% e também o s100% nos indicadores de qualidade quando termine o ano.

A intervenção demorou a começar devido a que estávamos aguardando a aprovação do projeto de intervenção, além de meu período de férias. Um fator que também limitou o avance da intervenção no inicio foi devido a que alguns membros da equipe no inicio não compreendiam que tiveram novas responsabilidades em seu trabalho, e por esta causa precisou se de um período para este processo, onde

tivemos que explicar e conscientizar a eles da importância de aporte coletivo, do trabalho grupal, dos benefícios para eles como profissionais e os benefícios para a população atendida.

Também influenciou as condições do clima já mencionadas e a tragédia da hidroelétrica, o que impediu que os usuários agendados fossem à consulta. Com essas faltas foi difícil o encontro com eles, assim como também a pesquisa de novos usuários. Esta situação em geral limitou o trabalho da equipe no projeto de intervenção, e afetou também aos trabalhadores da equipe. O trabalho de intervenção sofreu atrasos também por os dias feriados.

A pesar de as limitantes tivemos grandes vantagens para fazer a intervenção de ordem organizativo, em primeiro lugar foi de grande importância: Ter planejado todas as atividades relacionadas ao projeto de intervenção e ter preparado todos os recursos necessários para sua implementação. Os fatores organizativos tiveram seu papel, como dar a cada membro da equipe suas atribuições em cada tarefa individual e coletiva.

Impulso a primeira etapa que ficou com dificuldades consegui conscientizar a equipa na importância da intervenção e na importância de sua participação, além de terminar o período de capacitação onde a equipe contava com mais aprendizagem e ferramentas para seu trabalho, melhorando o acolhimento a os hipertensos e diabéticos utilizando melhores técnicas de conversa. Outra aprendizagem que aportou a intervenção em seu desenvolvimento foi do trabalhar com novas estratégias que inclui a participação da comunidade.

A equipe aprendeu a trabalhar com mais união e solidariedade, onde cada membro da equipe apoiou e participou em ações de outros colegas para o avanço da intervenção nos atrasos, possibilitando o trabalho em equipe e isso foi fundamental para os logros obtidos, o trabalho em equipe foi fundamental para as atividades de intervenção.

Apresentou-se durante a intervenção alguns atrasos na avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos devido ao início que a equipe odontológica não deu a prioridade necessária ao projeto e por outra parte e já mencionado as grandes afetações por falta de fornecimento de energia elétrica no município.

Tivemos também atrasos na priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e para organizar a agenda para o atendimento desta

demanda. Atrasou a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico e atrasou ter o exame clínico em dia, os exames complementares em dia de acordo ao protocolo. Atrasou a orientação sobre alimentação saudável e avaliação nutricional, a nutricionista não superava da forma esperada o planejado em seu dia de consulta (sexta-feira de cada semana). Mas esta atividade foi complementada por toda a equipe.

A não existência de farmácia popular no município trouxe afetações neste indicador de qualidade nos usuários hipertensos, e foi resolvido com os medicamentos da farmácia da UBS, mais posteriormente tivemos dificuldades também com os medicamentos do programa de HIPERDIA de nossa farmácia que posteriormente foi solucionado pela secretaria de saúde.

Existiram fatores que contribuíram a os bons resultados da intervenção como: Ter planejado todas as atividades relacionadas ao projeto de intervenção e ter preparado todos os recursos necessários para sua implementação. Um fator com importância organizativa foi que cada membro da equipe teve suas atribuições em cada tarefa individual e coletiva e o logro de conscientizar a equipa na importância do projeto e a participação de cada membro.

A atualização da equipe no preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e demais ações a desenvolver com eles. As capacitações foram uma grande fortaleza para nossa equipe que ganhou em preparação, (por exemplo, aprender a verificar a pressão arterial de forma criteriosa, realizar hemoglicoteste e melhoraram as técnicas para poder oferecer atividades de promoção e educação para a saúde).

Durante este período aumentaram todas as atividades de promoção e educação para a saúde na comunidade e público alvo permitindo que os usuários melhorassem seu estilo de vida e sua qualidade de vida.

Ter completado a equipe do NASF e vinculá-los no projeto assim como ter médico complementou e fortaleceu o trabalho na USB. O monitoramento de todas as atividades planejadas no projeto permitiu avaliar o desenvolvimento e implementação da intervenção.

Caso a intervenção fosse iniciar agora, começaria modificando a elaboração do projeto de intervenção, além das ações programáticas utilizaria também a análise situacional, a qual identifica os principais problemas de saúde da comunidade e

facilitaria o desenho de estratégias, porque a comunidade é parte de esse diagnóstico e participaria dele.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, unida, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, ele terá condições de superar a maior parte das dificuldades encontradas. Podemos dizer que nossa intervenção é viável por sua grande utilidade, pelos resultados alcançados e pelo trabalho da equipe unida, sem o qual não teriam sido possíveis os resultados alcançados, além do apoio da secretaria de saúde.

A equipe fica mais preparada, conhece como executar as ações e podem incorporar à rotina do serviço às mesmas, só seria completar a intervenção com outras ações que entendemos importantes incorporar, como ampliar o trabalho de conscientização e educação da comunidade e dos usuários em relação à necessidade de atenção destas doenças a priorização delas, em especial os usuários de alto risco, para que sua doença seja controlada e evitem as complicações.

Outro aspecto importante é que notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando o estudo em questão, por exemplo, não ter coletado o dado referente à presença de complicações relacionadas com sua doença, perguntar se praticaram ou não exercícios físicos e não só registrar que sim ou não foi orientada a prática de eles, perguntar se o usuário tem hábitos tóxicos e quais, e apoio familiar para cumprir o tratamento e cuidados. Essas novas informações permitiriam avaliar melhor em que grau as novas orientações ajudaram as mudanças no estilo de vida e a melhorar a qualidade de vida. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto mais os que mencionamos.

A partir do próximo mês, quando tenhamos disponíveis ACS para as demais microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar em outros programas como o programa de pré-natal da UBS, no programa de outras doenças crônicas não transmissíveis como o asma bronquial, no programa da atenção à mulher, no programa de incapacidade, no programa de saúde mental e pouco a pouco em todos os programas de saúde .

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores,

Foi desenvolvida uma intervenção para a apresentação de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, onde após a análise situacional, foi escolhido o foco de hipertensão e diabetes, devido ao fato de necessitar melhorias em sua atenção. Ainda não foram obtidas todas as mudanças esperadas mais o equipe ficou com mais preparação para continuar melhorando a atenção de estes pacientes com a incorporação das ações á rotina do serviço.

A partir da planilha eletrônica observamos as mudanças nos dados obtidos durante o período da intervenção e comparamos com as metas propostas, como evoluíam e onde enfatizar mais o trabalho, buscar novas estratégias para poder alcançar essas metas. O diário da intervenção foi também uma ferramenta muito importante que permitiu também identificar as facilidades e as dificuldades encontradas neste período de trabalho, o diário, além disso, permitiu conhecer os efeitos da intervenção sobre a unidade de saúde, da equipe e a população.

Foi um período de trabalho e de aprendizagem para toda a equipe que ensinou como estabelecer melhorias no serviço e fazer um melhor trabalho na atenção primaria de saúde no Brasil.

A intervenção iniciou no mês de março e estendeu até o mês de junho de 2015, seu objetivo fundamental foi melhorar indicadores de cobertura e qualidade da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de UBS Maria Joana Moreira dos Santos, Ferreira Gomes, Amapá. Para que o objetivo fosse cumprido toda equipe trabalhou arduamente, no início e decorrer da intervenção com muitas dificuldades, mais foram vencidas e agora ao final é possível perceber o quanto melhorou a assistência a esse grupo de usuários.

Foi necessário capacitar a equipe para desenvolver cada ação na parte clínica, para o desenvolvimento das atividades de promoção e educação para a saúde com os usuários e a comunidade, para poder oferecer cada orientação seguindo a proposta do Ministério da Saúde (MS). Houve ademais capacitações sobre o manual técnico de Hipertensão e Diabetes do MS 2013, assim como para fazer os monitoramentos das ações e preencher os registros necessários no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Foi possível perceber durante a intervenção a melhoria do acolhimento para os hipertensos e diabéticos. A inserção da equipe do NASF integrada por um nutricionista, a psicóloga e o assistente social, ajudou no alcance das metas de qualidade proposta pela equipe, também recebemos mais uma odontóloga para somar a equipe odontológica.

A intervenção finalizou com o acompanhamento de 213 hipertensos e 80 diabéticos. O nosso objetivo inicial para a intervenção foi de ampliar o indicador de cobertura a hipertensos e/ou diabéticos e para alcançarmos traçou-se a meta de cadastrar 523 (90%) dos hipertensos e 141 (85%) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Infelizmente não se obteve esse resultado estimado para o indicador de cobertura, as coberturas finais perfizeram 36,7% de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS e 48,2% de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS. O tempo planejado para a intervenção que inicialmente foi de 16 semanas e reduziu a 12 semanas, não permitia esse alcance, constituiu um propósito muito ambicioso. Mas conseguimos melhorar a qualidade do atendimento, quase todos os indicadores de qualidade atingiram a totalidade da comunidade assistida no período da intervenção.

Existiram ao início dificuldades na estratificação do risco cardiovascular pelo exame clínico e na realização de exames complementares em dia, também com a avaliação odontológica por a falta de compromisso da equipe odontológica. Por outra parte o clima chuvoso de forma permanente limitou o trabalho da equipe na busca ativa dos faltosos à consulta e a assistência dos usuários à unidade de saúde. Em uma etapa da intervenção não conseguimos garantir os medicamentos do programa de HIPERDIA aos usuários hipertensos e o fato complicador foi que o município não tem farmácia popular, o qual foi solucionado com o abastecimento da farmácia da UBS com os medicamentos do programa.

O apoio da secretaria de saúde foi importante mais infelizmente existiram dificuldades provocadas por a falta de gestão sobre todo com medicamentos, a gestão foi demorada.

Os líderes comunitários devem ganhar mais em protagonismo e apoiar mais as ações de saúde.

Hoje a intervenção foi incorporada as atividades de rotina da unidade, pretendemos expandir as atividades para outros programas. Os profissionais da unidade, ao final da intervenção demonstraram satisfação com o trabalho desenvolvido e pelo retorno positivo recebido da comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários,

Iniciamos no mês de março que se estendeu até junho de 2015, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes na unidade de UBS Maria Joana Moreira dos Santos, Ferreira Gomes, Amapá. Para que o objetivo fosse cumprido toda equipe trabalhou arduamente, no início com muitas dificuldades, mas ajustamos e agora ao final é possível perceber o quanto melhorou a assistência a esse grupo de usuários.

No decorrer da intervenção foi possível perceber a melhoria do acolhimento para os hipertensos e diabéticos utilizando, a inserção da equipe do NASF composta por nutricionista, psicóloga e assistente social também ajudou no alcance das metas de qualidade proposta pela equipe em seu projeto, por fim também recebemos mais uma odontóloga para somar a equipe odontológica. Em fim nas atividades de forma geral foram organizadas para ser desenvolvidas conforme os protocolos do Ministério da Saúde (MS).

A intervenção finalizou com o acompanhamento de 213 hipertensos e 80 diabéticos. O nosso objetivo inicial para a intervenção foi de ampliar o indicador de cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para alcançarmos traçou-se a meta de 553 (90%) dos hipertensos e 141 (85%) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, mas não se obteve esse resultado, as coberturas finais perfizeram 36,7% de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS e 48,2% de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS. Tiveram também melhoria os indicadores de qualidade.

A partir de agora a intervenção será incorporada à rotina do serviço e beneficiará a todos os usuários com hipertensão e diabetes mellitus, e pouco a pouco a outras doenças e programas de saúde. Acreditamos que a comunidade pode

apoiar o trabalho na USB e em todos os serviços que oferecemos para que a saúde da população seja cada vez melhor.

Ficamos entusiasmados com a satisfação da comunidade com a atenção recebida nestas semanas, muitas coisas mudaram na atenção; os usuários intervindos aprenderam a conhecer melhor suas doenças e a cuidar mais de sua saúde, seus familiares aprenderam como apoiar lhos nos cuidados da doença e a comunidade em geral também aprendeu a como viver mais saudavelmente com outro estilo de vida valorando a importância da prática de exercícios físicos e uma alimentação saudável, as consequências do tabagismo assim como seus efeitos negativos sobre a saúde. Os usuários hipertensos e diabéticos conheceram também melhor o programa de HIPERDIA, como funcionam, os benefícios do programa, os medicamentos que podem obter através deste, como deve ser o acompanhamento, quando deveram voltar a consulta e com que periodicidade fazer os exames complementares. Toda a comunidade está agradecida pelo empenho demonstrado pela a equipe de saúde, por seu comprometimento com a saúde da população e sua dedicação.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o período de especialização em saúde da Família na modalidade a distancia oferecida pelo programa Mais Médico para o Brasil e com a condução da Universidade Federal de Pelotas, consegui aumentar meus conhecimentos médicos com a Especialização em Saúde da Família modalidade a distância.

No início meu objetivo era aumentar minha preparação em medicina familiar no Brasil, conhecer sobre os protocolos de atuação, mais em realidade não sabia bem todo o que aconteceria, e achava que seria similar a nossa especialização anterior com algumas coisas novas, só isso, mais cada dia encontrei muitos temas novos, interessantes e práticos, úteis no trabalho que estamos fazendo. Teve uma grande importância e significado receber estes ensinamentos para nosso desempenho e prática profissional, para poder trabalhar os programas e desenvolver as ações programáticas assim como nos centrar no contexto de saúde do Brasil.

Foi um grande feito participar dessa modalidade de aprendizagem, com tantas dificuldades com o idioma português. Foi muito difícil, mais pouco a pouco com o apoio das orientadoras foi superando. No transcurso da especialização encontramos tarefas complexas onde precisamos explicações e compreensão e foram recebidas.

Acho que pode ser enriquecido com a inclusão de mais protocolos de atuação no Brasil, senti que ficou faltando e são muito necessários para nossa pratica cotidianas.

Tanto para minha vida pessoal como profissional foi muito enriquecedora permitindo construir novos vínculos e acrescentar meus conhecimentos de medicina familiar.

Muito grato a três orientadoras que acompanharam durante este tempo de especialização: Professora Maria Marta Amancio Amorim, Professora Fabiane Vargas de Vargas e Professora Aline Gomes De Oliveira Nascimento.

Muito grato também às pareceristas Maria Fernanda Silveira Espíndola e Janaine Sari que contribuíram a enriquecer e qualificar nosso trabalho de intervenção.

Referências

BRASIL, Sociedade Brasileira de Cardiologia , Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V **Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial**. São Paulo 13 de fevereiro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus**. Brasília – DF 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 15. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília – DF 2006

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. PNAB. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Brasília – DF. 2012 p.13

DUARTE, M. R. et al. **Análise do comportamento de autocuidado de homens diagnosticados com diabetes mellitus tipo II**. Revista brasileira de qualidade de vida, v. 5, 2013.

MORAES N, Souza JA, Miranda RD. **Hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica: do conceito à terapêutica**. Rev Bras Hipertens. 2013; 20 (3): 110-17.

PAULO, CB; et al. **Hipertensão arterial e alguns fatores e risco em uma capital brasileira**. Arq Bras Cardiol. Abr. 2007; 88 (4)

REMPEL, C. et al. **Perfil dos usuários de Unidades Básicas de Saúde do Vale do Taquari: fatores de risco de diabetes e utilização de fitoterápicos**. ConScientiae Saúde, v.9, n.1, 2010.

SILVA, K. L. et al. **Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde.** Rev Bras Enferm, v. 62, n.1, 2009.

Apêndices

Apendice A -Nossa UBS.

Apendice B - Capacitando a equipe de saúde.

Apendice C - Consulta médica.

Apendice D - Médico e enfermeira

Apêndice E - As inundações.







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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone:

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante