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

Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS

Marileybi Sierra Marquez

Pelotas, 2015

MARILEYBI SIERRA MARQUEZ

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS

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: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M357m Marquez, Marileybi Sierra

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS / Marileybi Sierra Marquez; Giselle Lima Aguiar Correia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 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. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família e meu filho com muito amor.

Agradecimentos

Agradeço aos professores do curso, a minha equipe de trabalho porque me apoiaram em todas as etapas do projeto, ao gestor municipal e principalmente a minha orientadora Giselle Lima Aguiar Correia.

Resumo

MARQUEZ, Marileybi Sierra **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS. 2015.** 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Organização Mundial da Saúde aponta que a ausência de programas abrangentes de prevenção das Doenças Adquiridas não Transmissíveis, dirigidos à população adulta caracteriza a dificuldade para se implementar a detecção e o controle dessas doenças. Temos como objetivo geral a Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS. A intervenção foi estruturada foi desenvolvida num período de doze semanas. Foram convidados a participar, os usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS Vila Sul. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Adquirindo dados que alimentaram planilhas com indicadores de qualidade que foram analisados os resultados. Nosso objetivo foi cumprido satisfatoriamente e com bons resultados garantindo um impacto positivo na comunidade. Foram cadastrados 526 (100%) dos hipertensos e 184 (100%) dos diabéticos. Garantimos 100% dos exames complementares em dia de acordo ao protocolo, assim como exame clínico apropriado e complementar. O atendimento odontológico foi garantido e facilitado para os hipertensos e diabéticos, ficando com 100% de cobertura de avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Priorizamos também a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A intervenção foi importante no contexto da UBS porque permitiu o cadastramento de 100% de usuários com HAS e DM e a participação ativa deles nas atividades de grupo, ofertando formas de diminuir as complicações que trazem estas doenças. A intervenção acabou tendo um impacto positivo na equipe e na comunidade, qualificando os atendimentos, garantindo exame físico e exames laboratoriais atualizados de acordo ao protocolo.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS.	73
Figura 2	Gráfico Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde UBS Vila sul, Caçapava do Sul/ RS.	74
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.	76
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS	77
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.	78
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.	79
Figura 7	Gráfico Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AP	Ação Programática
DANT	Doenças Adquiridas Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
OMS	Organização Mundial da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação 8
1 Análise Situacional 9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS 9
1.2 Relatório da Análise Situacional 10
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 21
2.2.1 Objetivo geral 21
2.2.2 Objetivos específicos e metas 21
2.3 Metodologia 23
2.3.1 Detalhamento das ações 23
2.3.2 Indicadores 57
2.3.3 Logística 64
2.3.4 Cronograma 69
3 Relatório da Intervenção 72
3.1 Ações previstas e desenvolvidas 72
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas 75
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados 75
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 75
4 Avaliação da intervenção 78
4.1 Resultados 78
4.2 Discussão 94
5 Relatório da intervenção para gestores 97
6 Relatório da Intervenção para a comunidade 100
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem 102
Referências 103
Apêndices ..... **Erro! Indicador não definido.**
Anexos 104

Apresentação

O trabalho teve como objetivo geral a Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A ESF – Estratégia de Saúde da Família Vila do Sul, é rural, composta, com total de 2530 pessoas. Consta de um médico, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista com sua secretária, 10 agentes comunitários de saúde com uma secretária, uma pessoa em serviço de higienização e limpeza, com grupo multiprofissional de ginecologia e pediatria, coleta laboratorial, a doença crônica maior e a hipertensão arterial e diabetes. Mantemos atendimento e fornecemos medicação para todos os doentes Crônicos, conforme relação da medicação básica e realizamos visitas domiciliares. Fazemos ações de saúde, onde todos os programas do Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos, como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde da pessoa com deficiência. Um dos maiores problemas que ocorrem na minha ESF Villa Sul é o diagnóstico tardio da mudança de hábitos de vida para prevenir a Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), já que não conscientizava a população sobre a importância de uma alimentação saudável, é importante destacar que forma parte da alimentação da população adstrita da área de abrangência, o consumo de comidas gordurosas e uso de sal nas comidas, já que isso forma parte de sua cultura alimentar, também o consumo de churrascos todos os fins de semanas com carnes

muito gordurosas, alimentos fritos, junto com o consumo elevado de álcool e o uso de cigarro, são encontrados na maioria destes usuários, valores elevados de cifras de colesterol e triglicerídeos, além disso, o stress também é um fator desencandeante destas doenças crônicas, e o que se vê, é isso diariamente nos usuários.

Contamos com o total de população de 2530, esta vem crescendo devido os nascimentos e imigrantes de outras áreas que começaram a morar na área, também contamos com o Fisioterapeuta pertencente ao Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) que trabalha na UBS todas as terças feiras pela manhã e à tarde. A equipe vem procurando melhorias no atendimento aos usuários, já que são organizados em equipe, o trabalho para que todos da equipe de saúde participem das atividades que se referem a cada público alvo. A população pertencente a área de abrangência está muito satisfeita com trabalho e seguimos oferecendo serviço com qualidade para toda a população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Atuo no município Caçapava do Sul/RS, que tem um total de 34600 habitantes. O município possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipe de Saúde da Família (ESF), não existe UBS tradicional, a unidade é contemplada com NASF com somente fisioterapeuta e psicóloga, não tem disponibilidade de CEO, oferece atenção especializada com atendimento do pediatra, ginecologista, cardiologista, psiquiatra, fonodiólogo, e demais especialidades como dermatologista, neurologista entre outros, são encaminhados para realizar marcação na secretaria municipal de saúde, de acordo com as referências do município, disponibilizando também de serviço hospitalar, com somente um hospital no município e oferece exames complementares através das solicitações médicas, onde os usuários são encaminhados para o agendamento no próprio laboratório.

A UBS Vila do Sul, contém Estratégia Saúde da Família, existe vínculo com a Escola Alfredo Duarte e Escola Nossa Senhora das Graças, não possui vínculo com instituição de ensino superior, a equipe segue o modelo de Atenção à Saúde da

Família. Quanto às condições estruturais da UBS, contém um espaço adequado para a recepção e arquivos de prontuários, uma sala de espera com capacidade para 30 pessoas, duas salas de reunião, tem dois consultórios médicos, sendo que um tem banheiro, banheiro para funcionários e dois banheiros para os usuários sendo adaptados para pessoas com dificuldade de locomoção. Também tem uma sala de vacinas, uma sala de curativo, uma sala de nebulização, um consultório odontológico, farmácia, sala de esterilização, uma cozinha, abrigo para resíduos sólidos, líquidos e depósitos de lixo contaminado. Na UBS não contém sala de coordenação, escovódromo, as janelas da UBS não tem telas mosqueteiras, não tem lavatórios e/ou pias com torneiras de fechamento que dispense o uso das mãos, os armários não tem acabamentos arredondados para evitar ferimentos dos trabalhadores e usuários, não tem sala de coleta de material para análise clínica, não existe um sistema de reposição de mobiliário nem de equipamento. A estrutura física da UBS é adequada para receber a população adscrita e desenvolver as ações e/ou oferecer os atendimentos necessários, não foi identificado deficiência que impede o desenvolvimento do trabalho da equipe.

Sobre as atribuições dos profissionais, a unidade tem como aspectos positivos visto que cada um exerce sua função na equipe, existindo interação entre todos. Podemos destacar que toda equipe de trabalho participa do processo de mapeamento da área de atuação, além de oferece cuidado domiciliar e/ou na comunidade à população com dificuldade de locomoção, para os procedimentos de curativos, nebulização, verificação a pressão arterial, consultas médicas, consultas de enfermagem, entrega de medicamentos, sendo medicação oral, injetável, entre outras, usando as escolas, indústrias e igrejas para o atendimento.

São encaminhados os usuários a outros níveis do sistema, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência, realiza reunião de equipe todas as sextas-feiras à tarde, onde todos participam ativamente na construção e organização da agenda de trabalho, na discussão de casos, no planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e repasse de informações em saúde. Nossa unidade cumpre com os horários e agendas de trabalho aprovadas para oferecer serviços dentro e fora da unidade. Destaco também ações que a equipe não

consegue atender como, não existindo ação programada para grupos de adolescentes e grupo de combate ao tabagismo. Como alternativa para ampliar o cumprimento das ações, consideramos que a equipe necessita programar para trabalhar com estes grupos.

A USB de Vila Sul na cidade de Caçapava do Sul, contém 2530 habitantes, sendo 1493 mulheres, 1383 homens, a distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com o número total da população. No momento, a unidade registra 40 crianças < de um ano, 64 crianças de 1 à 72 meses, 19 gestantes, 526 portadores de hipertensão, 184 portadores de diabetes, 46 idosos, nos quais estão de acordo com a realidade da área de abrangência. A unidade é bem definida, adequada ao tamanho dela para a população, sendo mapeadas as áreas, contemplando cinco micro-áreas, sendo: Uma parte da Vila do Sul e outra parte da Vila Operária, Vila do Sul, Avenida Lima Silva, Nicolau Abraham, Retaxeres Pires Machado e Villa Nossa Senhora de Fátima, cada uma delas sendo atendidas por um ACS.

Na UBS, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos Sistemas de saúde. Quanto à Atenção a demanda espontânea, o acolhimento do usuário na UBS, é realizado por todos os profissionais da unidade, principalmente pelo médico, enfermeiro, odontólogo, recepcionista. Como ponto positivo, destacamos que realiza o tipo de acolhimento coletivo no primeiro momento do funcionamento da unidade, onde toda a equipe se reúne com os usuários, aproveita-se a oportunidade para orientar à população sobre o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, além de realizar atividades de educação em saúde. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilitando identificar usuários com risco e sofrimento.

A equipe de saúde conhece a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Também nos casos de maior gravidade, são classificados de atendimento imediato/prioritário. A principal dificuldade da equipe é que o acolhimento dos usuários de demanda espontânea, é realizada escuta e conversa com eles em espaço coletivo, pois não

existe na unidade sala exclusiva para esta ação e para superar ou minimizar a dificuldade encontrada, em alguns casos, essa escuta é feita em um consultório.

Na saúde da criança, a UBS se realiza atendimento de puericultura para todos os grupos etários de crianças menores de 12 meses à 72 meses. Estima-se que a unidade tenha 126 crianças nessa faixa etária, mas não temos o certo do número de registros. São desenvolvidas ações programáticas no cuidado às crianças, na puericultura como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, observa sinais de violência, promoção do aleitamento materno, teste do pezinho, além da UBS oferecer atendimento da pediatra às terças-feiras pela. A Unidade também contempla com o programa Saúde de ferro e fornece sulfato ferroso à todas as crianças maiores de seis meses, além de oferecer a vitamina A. São realizadas visitas domiciliares pelos ACS (busca ativa) das crianças faltosas. Os atendimentos são agendados e programados e avaliados a demanda espontânea. É muito importante que depois da consulta de puericultura, a criança saia da UBS com a próxima consulta programada, agendada.

Como fatores positivos para atendimento neste grupo prioritário, destacamos a realização da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e triagem auditiva e realização do teste do pezinho na primeira semana de vida. Na UBS, tem o protocolo de atendimento de puericultura atualizado produzido pelo Ministério de Saúde e é utilizado por todos os profissionais que participam de atendimento de puericultura. É também utilizada a classificação para identificar crianças de alto risco. As formas de registros que se faz na UBS são em prontuários clínicos, carteira de vacina e ficha de puericultura, nos quais permitiram o preenchimento do CAP. Os aspectos positivos para cobertura da atenção à saúde da criança na unidade, é que existem na UBS, atividades com grupos de mães das crianças. No mês são realizados 4 grupos de puericultura na unidade, tendo ótima adesão aos participantes. A equipe não tem dificuldade para alcance de cobertura ao atendimento à saúde da criança. A qualidade da atenção à saúde para este público alvo é considerado muito boa, assim como forma de registro, planejamento e monitoramento das ações, além das atividades educativas. As ações são realizadas

por todos os profissionais da equipe. Atualmente, a UBS se encontra com 40 crianças cadastradas menores de um ano, sendo que a estimativa segundo o CAP é de 28,76.

O atendimento pré-natal na unidade é realizado pelo enfermeiro, médico da família, médico ginecologista-obstetra, odontólogo, técnico de enfermagem e técnico de consultório dentário. A equipe desenvolve vários tipos de ações no cuidado às gestantes, como atividades com grupos de gestantes que são realizados 4 grupos de gestantes em média por mês nas terças-feiras e quintas-feiras, sendo momento muito importante para incentivar e debater temas direcionados aos cuidados na gestação e com o Recém Nascido, oferece exames de tipagem sanguínea, hemograma, glicemia, HIV, VDRL, HBsAg, Toxoplasmose (IgG e IgM), Urocultura, Sumário de Urina e USG Obstétrico. A UBS disponibiliza de agenda de Pré-Natal todos os dias da semana nos dois turnos embora sejam programadas as consultas e disponibilizadas vagas para demanda espontânea. Após a consulta, a gestante sai com a próxima consulta programada, agendada. A UBS disponibiliza o protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde publicado em 2012 e todos os profissionais utilizam este protocolo. A equipe conta com um registro em prontuário clínico, carteira da gestante e no SISPRENATAL. Toda sexta-feira, são realizadas reuniões de equipe, para os profissionais fazerem planejamento, monitoramento e coordenação do programa de pré-natal. A equipe não tem dificuldades na cobertura da atenção às gestantes, pois a adesão da população, a qualidade da atenção à saúde para este público alvo é considerado boa, assim como forma de registro, planejamento e monitoramento das ações, além das atividades educativas, tendo a participação de todos da equipe. Temos uma estimativa de 29 gestantes, não tendo registro do valor real de cadastradas.

Quanto ao Câncer do colo de útero e Câncer de mama, são realizadas ações educativas para as mulheres, principalmente para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), sendo que os processos educativos ocorrem em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames preventivos. A UBS oferece exame preventivo do câncer do colo uterino, sendo feito através da coleta de exame

citopatológico e o exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia. Existem protocolos de câncer de colo de útero e câncer de mama atualizado e é utilizado por todos os profissionais. A UBS possui registro específico para cada ação através de livros de registros de controle de citopatológico e mamografia. É discutido e programado em reunião de equipe nas sextas-feiras sobre as ações direcionadas ao público alvo, assim como monitoramento e avaliação para a cobertura. Consideramos pontos positivos para a cobertura dos exames as agendas extras que são abertas para campanha de citopatológico realizados aos sábados e como dificuldades, apontamos a resistência das mulheres em realizar o exame de citopatológico e pela mamografia não ser realizada no próprio município. A adesão das ações propostas às mulheres quanto aos exames preventivos podemos considerar ainda baixa. A qualidade da atenção à Saúde das mulheres é consideravelmente boa assim como forma de registro, planejamento e monitoramento das ações e atividades educativas que também são boas, pois todos os profissionais são envolvidos nas ações de rastreamento de câncer de colo do útero e controle do câncer de mama. Temos uma estimativa de total de 747, 76 mulheres entre 26 à 64 anos.

Na UBS, são realizadas ações educativas para orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), ações para o controle do peso corporal e ações de estímulo à prática regular de atividade física, além de serem orientados sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabaco e são dispensados cuidados como: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os profissionais de saúde da UBS orientam nas ações educativas como reconhecer sinais de complicações da HAS e/ou DM. A UBS oferece atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes todos os dias da semana, nos turnos matutinos e vespertinos, após a consulta, o usuário sai da unidade com a próxima consulta programada e agendada.

Na UBS existe protocolo de atendimento para portadores de HAS e/ou DM atualizado e produzido pelo Ministério de Saúde, onde todos os profissionais procuram seguir nos atendimentos. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacina. As reuniões de equipe são realizadas todas as sextas-feiras à tarde, onde são resolvidas todas as inquietudes encontradas durante a semana sobre os portadores de HAS e/ou DM, programadas as ações e realizado o monitoramento da cobertura. Tendo como ponto positivo para cobertura de atendimento, é realizado levantamento dos faltosos para fazer busca ativa, além de destacar que os usuários que passam em acompanhamento, em seguida passam em consulta com o odontólogo. Como dificuldade para cobertura da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes, é a falta das medicações na farmácia básica da UBS e resistência dos usuários em manter uma dieta adequada, por isso consideramos a adesão da população às ações propostas ser baixa ainda. A qualidade da atenção à saúde para este público alvo é considerado boa, assim como forma de registro, planejamento e monitoramento das ações, além das atividades educativas também serem boas, pois tem a participação de todos da equipe. Temos um valor estimado de 437 hipertensos e 108 diabéticos, sendo que no real, temos 526 portadores de hipertensão e 184 portadores de diabetes.

A UBS também oferece atendimento aos idosos todos os dias e turnos da semana. São desenvolvidas ações no cuidado aos idosos como: imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os profissionais de saúde, explicam aos idosos e aos familiares como reconhecer sinais de risco para a saúde. Existem consultas programadas, além de demanda espontânea e, o idoso sai da UBS com a próxima consulta agendada. Todos os profissionais da UBS seguem o protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério de saúde que se encontra na unidade, existindo também o Estatuto do Idoso. Na UBS, os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológica além

de registrar o acompanhamento na caderneta de saúde da pessoa idosa. As ações e o monitoramento da cobertura de atendimento aos idosos da área de abrangência é realizado nas reuniões de equipe nas sextas-feiras. Deve-se considerar como fator positivo para cobertura do atendimento, o trabalho intersetorial, pois nos casos que não são da governabilidade da equipe, são levadas as demandas para a secretaria de saúde. Como dificuldades, o município não oferece atendimento do especialista em geriatria para os idosos. A qualidade da atenção à saúde para este público alvo é considerado boa, assim como forma de registro, planejamento e monitoramento das ações, além das atividades educativas também são boas, sendo que todos os profissionais participam das atividades de grupo, ações do cuidado ao idoso e também realizam cuidado domiciliar aos idosos. Na UBS, temos um valor estimado de 288 idosos, sem valor exato cadastrado.

Na UBS existe um equipe de Saúde Bucal composto por o odontólogo e um técnico de saúde bucal, este serviço é oferecido à todos os usuários, todos os dias da semana pela manhã e à tarde. Pela manhã são dadas 20 fichas para ser atendidas e à tarde, 5 fichas. Uma vez ao mês, realizam ações programadas em escolas, para garantir este tipo do atendimento aos estudantes. Também em uma mesma consulta (1 usuário), realiza mais de um procedimento (aplicação de fluor, restauração, profilaxia ou extração). A realização de mais de um procedimento por consulta, reduz agendas numerosas de consultas necessárias para concluir os tratamentos.

A equipe tem como maior desafio aumentar a atividade educativa sobre a responsabilidade individual de cada usuário sobre seu tratamento, formar grupo de adolescentes, lutar pelas dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho, com a falta de equipamentos, devida à falta de manutenção, de medicamentos, de material odontológico, de materiais para desenvolver as atividades educativas e lutar pela implantação de teste rápido de gravidez na UBS. Como melhores recursos que a UBS apresenta é ter reunião de equipe semanalmente para planejamento e programações das ações por meio do mapa da área de abrangência, além de realizar trabalho intersetorial com o CRAS, CREAS e secretaria de serviço social.

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

Ao realizar a análise situacional da unidade de saúde, após o período de estudo, logo após trabalhar em paralelo com os estudos, chegamos á conclusão de que nossa maior necessidade, é de trabalhar mais na comunidade, fazer mais visitas domiciliares, mais palestras e atividades de promoção e educação para a saúde, para garantir uma melhor qualidade de vida, com atendimento integral e de forma contínua, seguindo os critérios do protocolo do Ministério da Saúde e organizar o processo de trabalho como os registros das ações para obter melhor levantamento de dados.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A OMS aponta que a ausência de programas abrangentes de prevenção de DANT (Doenças Adquiridas Não Transmissível) dirigidos à população adulta caracteriza a dificuldade para se implementar a detecção e o controle dessas doenças. A priorização destes problemas colocou a necessidade da existência da Coordenação da Atenção das DANT que atuou na implantação de uma Ação Programática (AP) denominada “Reorganização da atenção às pessoas com HAS (Hipertensão Arterial Sistólica) e DM (Diabetes Mellitus). A AP tem como objetivo reduzir morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis através de ações de promoção e educação em saúde, detecção precoce, tratamento e acompanhamento das pessoas com HAS e/ou DM (Brasil, 2013).

Quanto às condições estruturais da minha UBS, contamos com um ambiente adequado para a recepção e arquivos de prontuários, uma sala de espera com uma capacidade para 30 pessoas, duas salas de reuniões, tem dois consultórios médicos, só um com banheiro, um banheiro para funcionários, dois para os usuários com adaptação para usuários com incapacidade, um sala de vacinas, uma sala de curativos e uma sala para nebulização, um consultório odontológico, farmácia, esterilização, uma cozinha, abrigo para resíduos sólidos, líquidos e depósitos de lixo contaminado, conta com uma equipe de saúde que está composta por um médico da família, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma equipe de odontologia composta por um odontólogo e uma técnica de saúde bucal,

cinco ACS e uma auxiliar de serviços gerais que trabalha com a limpeza da UBS e um membro do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) que é o fisioterapeuta. A Unidade Básica de Saúde (USB) de Vila Sul na cidade de Caçapava do Sul construída faz 10 anos e reformada em julho do ano passado, tem um total de habitantes de 2530 atendidas em nossa unidade de saúde. A USB é bem definida na área geográfica de abrangência e além disso, temos mapeada todas as áreas em um mapa geográfico.

No Caderno de Ações Programática (CAP), na unidade de saúde, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é um total de 526 e de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas na UBS é de 184, mas não sabemos ao certo qual é a cobertura. Na UBS, são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM, também são realizadas ações para o controle do peso corporal deles e ações de estímulo à prática regular da atividade física. Na UBS são desenvolvidas ações no cuidado aos adultos portadores de HAS e/ou DM como: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, e os responsáveis pelo cadastramento dos adultos no Programa HIPERDIA, são o enfermeiro e o médico da unidade de saúde. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e/ou DM no âmbito da UBS, são realizados 4 grupos de adultos com HAS e/ou DM em média por mês. Todos os integrantes da equipe de trabalho participam das atividades de grupo com eles, também se faz busca ativa de usuários faltosos. E quanto às ações de promoção de saúde que já são desenvolvidas na unidade, temos a orientação nutricional ao usuário diabético e hipertenso sobre uma alimentação saudável, e sobre a prática regular de exercícios físicos, também orientações sobre riscos do consumo de tabaco e álcool que são prejudiciais para a saúde e como fator desencadeante destas doenças, e orientação sobre higiene bucal.

A intervenção é importante no contexto da UBS para garantir a cobertura de acompanhamento de 100% dos portadores de HAS e DM, com cadastramento

adequado, atendimento e participação ativa dos usuários nas atividades de grupo, garantindo diminuir as complicações que trazem estas doenças à todo público alvo da área de abrangência. Toda equipe de trabalho se encontra bem envolvida nas escolhas do foco de intervenção e estiveram de acordo com o projeto, trabalhando em conjunto no desenvolvimento do mesmo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde UBS Vila Sul.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde UBS Vila Sul.

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 UBS Vila Sul.

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.

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 UBS Vila Sul conforme a periodicidade recomendada.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável 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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Sul, no Município de Caçapava do Sul - RS. Participarão da intervenção o total de 526 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 184 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas na UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Para esta ação, o médico e a enfermeira da unidade, farão o registro com o cadastramento semanal de captações novas de usuários hipertensos e diabéticos. Será feita na unidade, com o registro para captações novas de HAS e DM e com a ficha espelho de todos os usuários já cadastrados. Assim ficará mais organizada a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados ao mês.

Organização e gestão do serviço

Ação: 1.1.1Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: 1.1.1 A recepcionista e a enfermeira da unidade, serão responsáveis de desenvolver esta ação, registrando as informações dos usuários hipertensos e diabéticos que passarem na UBS, mensalmente, usando a planilha eletrônica de usuários cadastrados.

1.1.2 Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS.

Detalhamento: 1.1.2 Esta ação será desenvolvida por toda equipe de trabalho que fará o acolhimento coletivo antes de cada consulta, com os usuários da demanda espontânea e usuários do grupo do projeto de intervenção, diabéticos e hipertensos, na sala de espera e depois os usuários passarão na sala de reunião individualmente no decorrer do dia.

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

Detalhamento: 1.1.3 A médica realizará levantamento de todo material que será utilizado e caso haja necessidade, a mesma solicitará para secretaria municipal de saúde para garantir a realização do procedimento da tomada de pressão arterial.

Engajamento Público

Ação: 1.1.1 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Detalhamento: A enfermeira da unidade e o médico, serão responsáveis de desenvolver esta ação, através do rádio e cartazes que serão colocados na unidade, divulgando toda a comunidade a existência deste programa. Será divulgada quinzenalmente na rádio, lembrando a comunidade sobre a existência do programa.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 1.1.1 Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

1.1.3 Capacitar a equipe sobre a saúde da pessoa portadora de HAS e DM, o HIPERDIA e sobre as informações que devem ser fornecidas aos usuários e comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento: A capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da unidade, na sala de reuniões, da UBS, na periodicidade a cada 7 dias, ou seja, todas as sextas feiras depois da reunião do grupo. A checagem da presença será feita através da assinatura dos profissionais e serão tratados temas como: Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Mellitus – (DM), medidas de promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações, utilizando a ferramenta de power point, te apresentação dos temas através do notebook que será solicitado à secretaria de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Para isso o médico e a enfermeira da unidade, farão o registro com o cadastramento semanal de captações novas, de usuários hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: 1.2.1 Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: 1.2.1 Em reunião de equipe, a médica solicitará aos demais profissionais, para garantirem o registro adequado do atendimento, sendo a mesma (médica) responsável pelo monitoramento dos registros.

1.2.2 Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: 1.2.2 Realizar rodízio na escala diária, para ficar como responsabilidade no acolhimento dos diabéticos, para que tenham um atendimento eficaz.

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

Detalhamento: 1.2.3 A médica realizará levantamento de todo material que será utilizado para o atendimento dos diabéticos e caso haja necessidade, a mesma solicitará para secretaria municipal de saúde, para garantir a realização do procedimento da verificação do hemoglicoteste.

Engajamento Público

Ação: 1.2.1 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: 1.2.1 Toda a equipe será responsável de desenvolver esta ação na unidade de saúde, durante os atendimentos individuais e nas comunidades, nos atendimentos coletivos, assim como os ACS durante as visitas domiciliares.

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

Detalhamento: 1.2.2 Toda a equipe informará a comunidade, o porque da importância de medir a pressão arterial à partir de 18 anos de idade.

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

Detalhamento: 1.2.3 Durante os atendimentos ou nas atividades educativas, a médica, equipe de enfermagem e ACS orientará sobre a importância do rastreamento de DM e HAS em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

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

Detalhamento: 1.2.4 Nas visitas domiciliares, no atendimento de grupo e atendimento individual na unidade de saúde, os profissionais orientarão a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 1.2.1 Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

1.2.2 Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da unidade, na sala de reuniões de nossa UBS, na periodicidade semanal. A checagem da participação será feita através da recolhida de assinaturas dos profissionais e serão apresentados temas como: Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Mellitus – (DM), medidas de promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.1.1 Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: 2.1.1 O médico e a enfermeira serão os responsáveis por desenvolver esta ação e farão revisão da ficha clínica do usuário e monitorará a realização do exame clínico anual para todos os usuários. Será feita esta ação em nossa unidade e com uma periodicidade mensal, através do registro na planilha de coleta de dados dos usuários para mantê-lo atualizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.1.1 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Detalhamento: 2.1 Em reunião de equipe, a médica orientará sobre o exame clínico de usuários hipertensos e definirá as atribuições de cada membro da equipe nesta ação.

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

Detalhamento: 2.2 A médica, o odontólogo e a enfermeira, serão responsáveis pela capacitação dos profissionais sobre o foco da intervenção de acordo com o protocolo adotado pela unidade de saúde.

2.1.3 Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: 2.3 Em equipe, a médica estabelecerá a periodicidade para acontecer as atualizações sobre hipertensão para os profissionais da equipe de saúde.

2.1.4 Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: 2.4 A enfermeira solicitará da secretaria municipal de saúde, uma versão atualizada do protocolo de hipertensão impresso na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: 2.1.1 Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: 2.1.1. O médico e a enfermeira da unidade de saúde serão os responsáveis em desenvolver esta ação. Farão atividades educativas

semanalmente nas terças e quartas-feiras à tarde durante trinta minutos, para os usuários e a comunidade, sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações. Esta ação será feita na própria unidade e na igreja próxima a unidade numa quinta-feira à tarde no mês.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.1.1 Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: 2.1.1 O médico e a enfermeira da unidade fará capacitação dos ACS nas sextas-feiras depois das reuniões de grupo para orientar como realizar orientação clínica aos hipertensos.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.2.1 Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Detalhamento: 2.2.1 O médico e a enfermeira serão os responsáveis por desenvolver esta ação e farão revisão da ficha clínica do usuários e monitorará a realização do exame clínico anual para todos os usuários. Será feita esta ação, em nossa unidade e com uma periodicidade mensal, através do registro na planilha de coleta de dados dos usuários para mantê-lo atualizado.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.2.1 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento: 2.2.1 Em reunião de equipe, a médica orientará sobre o exame clínico de usuários diabéticos e definirá as atribuições de cada membro da equipe nesta ação.

2,2.2 Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: 2.2.2 A médica, o odontólogo e a enfermeira, serão responsáveis pela capacitação dos profissionais sobre o foco da intervenção de acordo com o protocolo adotado pela unidade de saúde.

2.2.3 Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: 2.2.3 Em equipe, a médica estabelecerá a periodicidade para acontecer as atualizações sobre diabetes para os profissionais da equipe de saúde.

2.2.4 Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento 2.2.4 A enfermeira solicitará da secretaria municipal de saúde, uma versão atualizada do protocolo de diabetes impresso na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: 2.2.1 Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: 2.2.1 A médica e a enfermeira da unidade de saúde, serão os responsáveis em desenvolver esta ação. Farão atividades educativas semanalmente nas terças e quartas-feiras à tarde, durante trinta minutos para os usuários e a comunidade, sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações. Esta ação será feita na própria unidade e na igreja próxima a unidade numa quinta-feira à tarde no mês.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.2.1 Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: 2.2.1 A médica e a enfermeira da unidade, fará capacitação dos ACS nas sextas-feiras, depois das reuniões de grupo para orientar como realizar orientação clínica a usuários diabéticos.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.3.1 Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão revisão da ficha clínica do usuário e monitorará a realização do exame laboratorial anual, para todos os usuários hipertensos, sendo a periodicidade recomendada de acordo o protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.3.1 Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: 2.3.1 A médica e a enfermeira garantirá a solicitação dos exames complementares para todos os hipertensos.

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

Detalhamento: 2.3.2 A médica solicitará ao gestor via ofício, garantia e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

2.3.3 Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: 2.3.3 Em reunião de equipe, a médica estabelecerá sistema de alerta para os exames complementares preconizados para os hipertensos.

Engajamento Público

Ação: 2.3.1 Orientar os hipertensos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

2.3.2 Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da UBS farão atividades educativas semanalmente com os usuários e a comunidade, sobre a necessidade de realização dos exames complementares para os hipertensos e a periodicidade que deve ser realizados os exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.3.1 Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da unidade, farão capacitação para a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares para os hipertensos.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.4.1 Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

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

Detalhamento: A médica e a enfermeira farão revisão da ficha clínica do usuário e monitorará a realização do exame laboratorial anual, para todos os usuários diabéticos, sendo a periodicidade recomendada de acordo o protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.4.1 Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: 2.4.1 A médica e a enfermeira garantirá a solicitação dos exames complementares para todos os diabéticos.

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

Detalhamento: 2.4.2 A médica solicitará ao gestor via ofício garantia e agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

2.4.3 Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: 2.4.3 Em reunião de equipe, a médica estabelecerá sistema de alerta para os exames complementares preconizados para os diabéticos.

Engajamento Público

Ação: 2.4.1 Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

2.4.2 Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da unidade farão atividades educativas semanalmente, com os usuários e a comunidade sobre a necessidade de realização dos exames complementares para os diabéticos e a periodicidade que deve ser realizados os exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.4.1 Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da unidade, farão capacitação para a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares para os diabéticos.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.5.1 Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O Monitoramento da priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será feito pelo enfermeiro a partir do prontuário clínico. Será revisado mensalmente os usuários cadastrados.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.5.1 Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: 2.5.1 A auxiliar de enfermagem e enfermeira serão responsáveis de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos quinzenalmente.

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

Detalhamento: 2.5.2 Realizar um levantamento através dos registros de dispensação das medicações ofertadas aos hipertensos para analisar a necessidade de reposição através da lista dos hipertensos cadastrados. Esta ação será de responsabilidade da enfermeira.

Engajamento Público

Ação: 2.5.1 Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: 2.5.1 A médica e a enfermeira da unidade farão orientações para os usuários durante as consultas e para comunidade nas atividades educativas, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter o acesso.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.5.1 Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: 2.5.1 A médica e a enfermeira da unidade farão capacitações com a equipe nos dias de reunião de equipe para atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: 2.5.2 A médica e a enfermeira farão capacitações para os profissionais, de como orientar os usuários quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter o acesso.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.6.1 Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O Monitoramento da priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será feito pelo enfermeiro a partir do prontuário clínico. Será revisado mensalmente dos usuários cadastrados.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.6.1 Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: 2.6.1 A auxiliar de enfermagem e enfermeira serão responsáveis de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos quinzenalmente.

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

Detalhamento: 2.6.2 Realizar um levantamento através dos registros de dispensação das medicações ofertadas aos diabéticos para analisar a necessidade de reposição através da lista dos hipertensos cadastrados. Esta ação será de responsabilidade da enfermeira.

Engajamento Público

Ação: 2.6.1 Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A médica e a enfermeira da unidade farão orientações para os usuários durante as consultas e para comunidade nas atividades educativas quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter o acesso.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.6.1 Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: 2.6.1 A médica e a enfermeira da unidade farão capacitações com a equipe nos dias de reunião de equipe para atualização dos profissionais no tratamento da diabetes.

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

Detalhamento: 2.6.2 A médica e a enfermeira farão capacitações para os profissionais de como orientar os usuários quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter o acesso.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.7.1 Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A equipe de odontologia será responsável e fará revisão de seus registros mensalmente, monitorando os usuários que estão necessitando de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.7.1 Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos

Detalhamento: 2.7.1 A equipe odontológica organizará ação para os dias de atendimento dos hipertensos, para o odontólogo avaliar a necessidade de atendimento.

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

Detalhamento: 2.7.2 A equipe odontológica junto com a médica e a enfermeira da unidade, programarão uma agenda compartilhada para os hipertensos. Nas terças e quintas-feiras para hipertensos na UBS.

Engajamento Público

Ação: 2.7.1 Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e o dentista participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava, divulgando o programa de atenção aos hipertensos, a importância do manter uma correta saúde bucal. Durante a consulta,, o médico dará orientação educativa sobre este tema. Os ACS durante as visitas domiciliares, farão também a divulgação e farão atividades educativas semanalmente na segunda-feira à tarde durante meia hora, com os usuários e a comunidade sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações odontológicas. Esta ação será realizada na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.7.1 Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe de como avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. A capacitação terá duração de uma hora na sala de reunião da unidade de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 2.8.1 Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A equipe de odontologia será responsável e fará revisão de seus registros mensalmente, monitorando os usuários que estão necessitando de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Ação: 2.8.1 Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

Detalhamento: 2.8.1 A equipe odontológica, organizará ação para os dias de atendimento dos diabéticos, o odontólogo avaliar a necessidade de atendimento.

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

Detalhamento: 2.8.2 A equipe odontológica junto com o médico e a enfermeira da unidade programarão uma agenda compartilhada para os usuários diabéticos. Nas quartas-feiras para diabéticos na UBS.

Engajamento Público

Ação: 2.8.1 Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e o dentista participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava, divulgando o programa de atenção aos diabéticos, a importância de manter uma correta saúde bucal. Durante a consulta, o médico dará orientação educativa sobre este tema. Os ACS durante as visitas domiciliares farão também a divulgação e farão atividades educativas semanalmente na segunda-feira à tarde, durante meia hora, com os usuários e a comunidade sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações odontológicas, esta ação será realizada na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 2.8.1 Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe de como avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos. A capacitação terá duração de uma hora na sala de reunião da unidade de saúde.

- 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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 3.1.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pelo médico e a enfermeira da unidade. Farão monitoramento semanal, nas sextas-feiras. O monitoramento será feito na própria unidade de saúde, com análise das fichas clínicas dos usuários e do prontuário clínico dos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: 3.1.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: 3.1.1 As ACS desenvolverão esta ação, todas as segundas-feiras, procurando hipertensos, faltosos nas atividades de grupo e consultas programadas.

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

Detalhamento: 3.1.2 A recepcionista da unidade junto com a enfermeira serão as responsáveis de organizar a agenda da unidade, para toda terças à tarde atender os usuários hipertensos faltosos.

Engajamento Público

Ação: 3.1.1 Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: 3.1.1 A médica e a enfermeira da unidade, junto com as ACS informarão a comunidade sobre a importância de realização das consultas de acompanhamento aos hipertensos.

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

Detalhamento: 3.1.2 Durante as atividades educativas, a equipe de saúde, ouvirão sugestões da comunidade as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.

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

Detalhamento: 3.1.3 Nas atividades educativas desenvolvidas pela médica, enfermeira e ACS, que serão realizadas uma vez ao mês, nas quintas à tarde, na

igreja próximo da unidade de saúde, onde orientarão toda a comunidade e usuários portadores de hipertensão, sobre a importância de manter as consultas em dias, de acordo a periodicidade preconizada para evitar complicações destas doenças.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 3.1.1 Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade, farão capacitação para as ACS nas quintas-feiras à tarde, de como orientar os hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 3.2.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida pelo médico e a enfermeira da unidade. Farão monitoramento semanal, nas sextas-feiras. O monitoramento será feito na própria unidade de saúde, com análise das fichas clínicas do usuários e do prontuário clínico dos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: 3.2.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: 3.2.1 As ACS desenvolverão esta ação, todas as segundas-feiras, procurando diabéticos faltosos nas atividades de grupo e consultas programadas.

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

Detalhamento: 3.2.2 A recepcionista da unidade junto com a enfermeira serão as responsáveis de organizar a agenda da unidade, para toda terças à tarde atender os diabéticos faltosos.

Engajamento Público

Ação: 3.2.1 Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: 3.2.1 A médica e a enfermeira da unidade, junto com as ACS, informarão a comunidade sobre a importância de realização das consultas de acompanhamento aos diabéticos.

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

Detalhamento: 3.2.2 Durante as atividades educativas, a equipe de saúde, ouvirão sugestões da comunidade as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

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

Detalhamento: 3.2.3 Nas atividades educativas desenvolvidas pela médica, enfermeira e ACS, que serão realizadas uma vez ao mês, nas quintas à tarde, na igreja, próximo da unidade de saúde, onde orientarão toda a comunidade e usuários portadores de diabetes, sobre a importância de manter as consultas em dias, de acordo a periodicidade preconizada para evitar complicações destas doenças.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 3.2.1 Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidadefarão capacitação para as ACS as quintas-feiras à tarde de como orientar os diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 4.1.1 Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: 4.1.1 Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: 4.1.1 A enfermeira manterá o sistema do SIAB em dias, através das fichas de cadastro das famílias dos ACS, realizando atualização uma vez ao mês, na secretaria municipal de saúde.

4.1.2 Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: 4.1.2 Em reunião de equipe a médica e a enfermeira da unidade serão responsáveis desta atividade e implantarão a ficha de acompanhamento dos hipertensos na unidade de saúde.

4.1.3 Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: 4.1.3 Em reunião de equipe, pactuará com a equipe a forma de registro das informações nas ferramentas que irão utilizar para o atendimento dos hipertensos.

4.1.4 Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: 4.1.4 Ainda em reunião de equipe, a médica definirá responsável pelo monitoramento das fichas de registro dos atendimentos dos hipertensos.

4.1.5 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: 4.1.5 A médica, enfermeira e ACS, organizarão uma estratégia 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.

Engajamento Público

Ação: 4.1.1 Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade, junto com a equipe, orientarão a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e ficarem bem informados quanto ao acesso da segunda via de seus registros se houver necessidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 4.1.1 Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: 4.1.1 A médica e a enfermeira da unidade farão esta capacitação semanal depois das atividades de grupo com a equipe, usando o protocolo de hipertensão arterial e falando sobre a forma de preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: 4.1.2 A médica e a enfermeira da unidade farão esta capacitação semanal depois das atividades de grupo com a equipe, usando o protocolo de hipertensão arterial e falando sobre a forma de preenchimento de todos os registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas de acompanhamento do hipertenso.

Meta 4.2.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão o monitoramento da qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: 4.2.1 Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: 4.2.1 A enfermeira manterá o sistema do SIAB em dias, através das fichas de cadastro das famílias dos ACS, realizando atualização uma vez ao mês na secretaria municipal de saúde.

4.2.2 Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: 4.2.2 Em reunião de equipe, a médica e a enfermeira da unidade serão responsáveis desta atividade e implantarão a ficha de acompanhamento dos diabéticos na unidade de saúde.

4.2.3 Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: 4.2.3 Em reunião de equipe, pactuará com a equipe a forma de registro das informações nas ferramentas que irão utilizar para o atendimento dos diabéticos.

4.2.4 Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: 4.2.4 Ainda em reunião de equipe, a médica definirá responsável pelo monitoramento das fichas de registro dos atendimentos dos diabéticos.

4.2.5 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: 4.2.5 A médica, enfermeira e ACS, organizarão uma estratégia 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.

Engajamento Público

Ação: 4.2.1 Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade, junto com a equipe, orientarão a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e ficarem bem informados quanto ao acesso da segunda via de seus registros se houver necessidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 4.2.1 Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: 4.2.1 A médica e a enfermeira da unidade farão esta capacitação semanal, depois das atividades de grupo com a equipe, usando o protocolo de Diabetes Mellitus e falando sobre a forma de preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

Detalhamento: 4.2.2 A médica e a enfermeira da unidade farão esta capacitação semanal, depois das atividades de grupo com a equipe, usando o protocolo de Diabetes Melittus e falando sobre a forma de preenchimento de todos os registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas de acompanhamento do diabético.

- 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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 5.1.1 Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade desenvolverão esta ação e farão este monitoramento uma vez ao mês, todas as últimas quintas-feiras de cada mês e os ACS procurarão a todos os usuários que não tenham esta avaliação, usando o registro da ficha dos usuários.

Organização e gestão do serviço

Ação: 5.1.1 Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: 5.1.1 A médica e a enfermeira da unidade priorizarão os usuários que forem avaliados pelo cardiologista como usuários de alto risco.

5.1.2 Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: 5.1.2 A médica e a enfermeira organizarão a agenda para atendimento da demanda dos usuários avaliados como alto risco para serem consultados nas primeiras segundas-feiras de cada mês.

Engajamento Público

Ação: 5.1.1 Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: 5.1.1 A médica e a enfermeira farão orientações com os hipertensos avaliados de alto risco quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: 5.1.2 Durante as consultas e nas atividades educativas realizadas nas comunidades, a médica e enfermeira farão orientações quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.1.1 Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

5.1.2 Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão capacitações semanalmente na sala de reunião, nas sextas-feiras à tarde, sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos

alvo; sobre a importância do registro destas avaliações e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 5.2.1 Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade desenvolverão esta ação e farão este monitoramento uma vez ao mês, todas as últimas quintas-feiras de cada mês e os ACS procurarão a todos os usuários que não tenham esta avaliação, usando o registro da ficha dos usuários.

Organização e gestão do serviço

Ação: 5.2.1 Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: 5.2.1 A médica e a enfermeira da unidade priorizarão os pacientes que forem avaliados pelo cardiologista como usuário de alto risco.

5.2.2 Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: 5.2.2 A médica e a enfermeira organizarão a agenda para atendimento da demanda dos usuários avaliados como alto risco para serem consultados nas primeiras segundas-feiras de cada mês.

Engajamento Público

Ação: 5.2.1 Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: 5.2.1 A médica e a enfermeira farão orientações com os diabéticos avaliados de alto risco, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: 5.2.2 Durante as consultas e nas atividades educativas realizadas nas comunidades, a médica e enfermeira farão orientações quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 5.2.1 Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

5.2.2 Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão capacitações semanalmente na sala de reunião, nas sextas-feiras à tarde sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo; sobre a importância do registro destas avaliações e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.1.1 Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: A médica, a equipe de enfermagem e os ACS realizarão orientação nutricional aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.1.1 Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: 6.1.1 A equipe da unidade desenvolverá atividades semanais com os hipertensos sobre alimentação saudável e oferecerá nas quintas-feiras após as atividades de grupos um café da manhã para eles, de como é uma alimentação saudável, como forma de motivação.

6.1.2 Demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: 6.1.2 A médica solicita ao gestor, por via ofício, garantia de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nas atividades oferecidas aos hipertensos sobre alimentação saudável.

Engajamento Público

Ação: 6.1.1 Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: O médico, a enfermeira e as ACS, farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares orientando sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.1.1 Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão capacitações nas sextas-feiras, sobre práticas de alimentação saudável e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.2.1 Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: A médica, a equipe de enfermagem e os ACS realizarão orientação nutricional aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.2.1 Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: 6.2.1 A equipe da unidade desenvolverá atividades semanais com os diabéticos, sobre alimentação saudável e oferecerá nas quintas-feiras após

as atividades de grupos, um café da manha para eles, de como é uma alimentação saudável, como forma de motivação.

6.2.2 Demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: 6.2.2 A médica solicita ao gestor, por via ofício, garantia de parcerias institucionais para envolver nutricionistas nas atividades oferecidas aos diabéticos sobre alimentação saudável.

Engajamento Público

Ação: 6.2.1 Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: O médico, a enfermeira e as ACS, farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares orientando sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.2.1 Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da unidade farão capacitações nas sextas-feiras, sobre práticas de alimentação saudável e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.3.1 Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: A médica e enfermeira nas reuniões de grupo e nos atendimentos, farão orientações aos hipertensos da importância de atividade física regular.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.3.1 Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: 6.3.1 Em reunião de equipe, a médica e a enfermeira organizarão ações coletivas de prática de atividade física, tendo a presença de um profissional capacitado em atividade física.

6.3.2 Demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: 6.3.2 Médica solicitará ao gestor, via ofício, a garantia de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas ações coletivas aos hipertensos.

Engajamento Público

Ação: 6.3.1 Orientar hipertensos e a comunidade, sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A médica, a enfermeira e as ACS farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares, orientando aos hipertensos e a comunidade sobre a importância de praticar atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.3.1 Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: 6.3.1 A médica e a enfermeira da unidade farão capacitações nas sextas-feiras à tarde, sobre a promoção de prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: 6.3.2 A médica convidará um profissional educador físico para capacitar a equipe de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.4.1 Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: A médica e enfermeira nas reuniões de grupo e nos atendimentos farão orientações aos diabéticos da importância de atividade física regular.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.4.1 Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: 6.4.1 Em reunião de equipe, a médica e a enfermeira organizarão ações coletivas de prática de atividade física, tendo a presença de um profissional capacitado em atividade física.

6.4.2 Demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: 6.4.2 Médica solicitará ao gestor, via ofício, a garantia de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas ações coletivas aos diabéticos.

Engajamento Público

Ação: 6.4.1 Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A médica, a enfermeira e as ACS, farão diversas atividades de grupo, e visitas domiciliares, orientando aos diabéticos e a comunidade sobre a importância de praticar atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.4.1 Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: 6.4.1 A médica e a enfermeira da unidade farão capacitações nas sextas-feiras à tarde, sobre a promoção de prática de atividade física regular.

6.4.2 Capacitar a equipe da unidade de saúde, sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: 6.4.2 A médica convidará um profissional educador físico para capacitar a equipe de saúde sobre as metodologias de educação em saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.5.1 Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: A monitoração será feita pela médica e enfermeira, mediante revisão mensal dos prontuários clínicos dos pacientes hipertensos que passaram em consulta durante o mês.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.5.1 Demandar ao gestor, a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A médica solicitará ao gestor de saúde via ofício, a necessidade da compra de medicamentos para tratamento do abandono a tabagismo.

Engajamento Público

Ação: 6.5.1 Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A médica e a enfermeira participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava, divulgando a orientação dos hipertensos tabagistas, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Administrarão palestras com estes temas com grupos de hipertensos semanalmente e os ACS farão a divulgação durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.5.1 Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: 6.5.1 Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe, sobre tratamento de pacientes tabagistas. A capacitação terá duração de uma hora na unidade de saúde.

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

Detalhamento: 6.5.2 Durante as capacitações dos profissionais da equipe, a enfermeira orientará a equipe sobre as metodologias de educação em saúde para promover aos usuários.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.6.1 Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: A monitoração será feita pela médica e enfermeira, mediante revisão mensal dos prontuários clínicos dos pacientes diabéticos que passaram em consulta durante o mês.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.6.1 Demandar ao gestor, a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A médica solicitará ao gestor de saúde, via ofício, a necessidade da compra de medicamentos para tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento Público

Ação: 6.6.1 Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A médica e a enfermeira participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava divulgando a orientação dos diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Administrarão palestras com estes temas com grupos de diabéticos semanalmente e os ACS farão a divulgação durante as visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.6.1 Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: 6.6.1 Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe do tratamento de pacientes tabagistas. A capacitação terá duração de uma hora na unidade de saúde.

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

Detalhamento: Durante as capacitações dos profissionais da equipe, a enfermeira orientará a equipe sobre as metodologias de educação em saúde para promover aos usuários.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.7.1 Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O Monitoramento da orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será feito pela enfermeira e dentista à partir do prontuário clínico, onde será revisado mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.7.1 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O dentista será responsável por esta ação, definindo tempo médico por usuário hipertenso cadastrado, para garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público

Ação: 6.7.1 Orientar os hipertensos e seus familiares, sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A médica e o dentista participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava divulgando o programa de atenção aos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Durante a consulta, a médica dará orientação educativa sobre este tema. Os ACS durante as visitas domiciliares farão

também a divulgação e farão atividades educativas semanalmente na segunda-feira à tarde durante meia hora, com os usuários hipertensos e a comunidade sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações odontológicas, sendo que esta ação será desenvolvida na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.7.1 Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe de como oferecer orientações de higiene bucal aos hipertensos. A capacitação terá duração de uma hora.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Ação: 6.8.1 Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: O Monitoramento da orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será feito pela enfermeira e dentista à partir do prontuário clínico, onde será revisado mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: 6.8.1 Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O dentista será responsável por esta ação, definindo tempo médio por usuário diabético cadastrado, para garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público

Ação: 6.8.1 Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A médica e o dentista participarão mensalmente de um programa de rádio Caçapava divulgando o programa de atenção aos diabéticos; a

importância da orientação sobre higiene bucal aos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Durante a consulta, a médica dará orientação educativa sobre este tema. Os ACS durante as visitas domiciliares farão também a divulgação e farão atividades educativas semanalmente na segunda-feira à tarde, durante meia hora, com os pacientes diabéticos e a comunidade sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações odontológicas, sendo que esta ação será desenvolvida na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: 6.8.1 Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe semanal, o enfermeiro fará a capacitação da equipe de como oferecer orientações de higiene bucal aos diabéticos. A capacitação terá duração de uma hora.

2.3.2 Indicadores

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

Metas: 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde Vila Sul, 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 Vila Sul.

Meta 1.2. Cadastrar 100% 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 Vila Sul.

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

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

Metas 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

- Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

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

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção do projeto de Hipertensão Arterial e Diabetes vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2012 que foi solicitado uma impressão para permanecer na unidade. Utilizaremos a ficha de hipertensos e diabéticos cadastrados da área de abrangência e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com esta intervenção, todos (100%) dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho necessárias e para imprimir todas as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados da UBS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consulta nos últimos 3 meses. A recepcionista procurará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre os faltosos, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos, a equipe desenvolverá ações de monitoramento ao número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para esta ação, o médico e a enfermeira da unidade, farão o cadastramento semanal de captações novas de hipertensos e diabéticos e com a ficha espelho de todos os usuários já cadastrados. Assim ficará mais organizado a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados no mês. Será atualizado também, o Registro de HIPERDIA da unidade.

Afim de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a equipe desenvolverá ações para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, onde a recepcionista e a enfermeira da unidade, serão responsáveis de desenvolver a ação, registrando as informações dos usuários hipertensos e diabéticos que passarem na UBS, usando a planilha eletrônica de coleta de dados dos usuários cadastrados; além de monitorar a realização de exame clínico apropriado para usuários diabéticos e hipertensos. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por desenvolver esta ação e farão revisão da ficha clínica do usuário e monitorará a realização do exame clínico anual para todos os usuários. Será feita esta ação em nossa unidade e com uma periodicidade mensal, em um turno da semana para mantê-lo atualizado.

A equipe vai melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Portanto, será preciso melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM. Esta ação será desenvolvida por toda equipe de trabalho que fará o acolhimento coletivo antes de cada consulta, com os usuários da demanda espontânea e do grupo da intervenção diabéticos e hipertensos, na sala de espera e depois os usuários passarão na sala de reunião individualmente no decorrer do dia.

A equipe também organizará visitas domiciliares para busca dos faltosos, sendo que as 5 ACS desenvolverão esta ação, todas as segundas-feiras, procurando hipertensos e diabéticos faltosos nas atividades de grupo e consultas programadas. Serão feitas nas 5 micro-áreas pertencentes da área de abrangência das respectivas ACS. A equipe também organizará a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. A recepcionista da

unidade junto com a enfermeira serão as responsáveis desta ação, organizando a agenda na unidade, para toda terça-feira à tarde atender os faltosos.

Os profissionais irão informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas através de orientação na unidade de saúde, cartazes informativos na unidade de saúde e nas localidades e através de anúncios pela rádio local que será solicitado através via ofício ao responsável pela rádio.

A equipe vai informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde. A enfermeira e a médica da unidade, serão responsáveis de desenvolver esta ação, através da rádio local que será solicitado o uso através via ofício ao responsável pela rádio e cartazes que serão colocados na unidade, divulgando toda a comunidade a existência deste programa. Assim como, cartazes informativos nas localidades. Será divulgada quinzenalmente na rádio, lembrando a comunidade sobre a existência do programa.

Implantará a ficha de acompanhamento, sendo que o médico e a enfermeira da unidade serão responsáveis desta atividade e farão uma revisão diária se o usuário tem sua ficha do acompanhamento ou não. Todos que passarem na UBS, terá ficha de acompanhamento. Sendo que nas reuniões de equipe, a médica capacitará a equipe no preenchimento de todas as reuniões, registros necessários ao acompanhamento do diabético e do hipertenso. A médica e a enfermeira da unidade farão esta capacitação semanal, depois das atividades de grupo, usando o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Vamos mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. A equipe irá capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da unidade, na sala de reuniões, da UBS, na periodicidade a cada 7 dias, ou seja, todas as sextas feiras depois da reunião do grupo. A checagem da participação será feita através da assinatura de presença física do pessoal e serão tratados temas como: Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus – (DM), medidas de promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e complicações, utilizando o método de power point com estes temas

através do notebook, material que será solicitado a secretaria municipal de saúde, com agendamento prévio pela data programada.

Serão oferecidas orientações aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas e complicações da HAS e DM. O médico e a enfermeira da unidade de saúde serão os responsáveis em desenvolver esta ação. Farão atividades educativas semanalmente nas terças e quartas-feiras à tarde durante trinta minutos para os usuários e a comunidade, sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações. Esta ação será feita na própria unidade e na igreja próxima a unidade numa quinta-feira à tarde no mês.

A equipe também irá monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma avaliação cardiovascular por ano. O médico e a enfermeira da unidade desenvolverão esta ação e farão este monitoramento uma vez ao mês, todas as últimas quintas-feiras de cada mês e os ACS procurarão a todos os usuários que não tenham esta avaliação, usando o registro da ficha;

Priorizar os atendimentos dos usuários avaliados de alto risco. O médico e a enfermeira da unidade priorizarão os que forem avaliados pelo cardiologista como os usuários de alto risco e serão consultados nas primeiras segundas-feiras de cada mês;

E quanto ao objetivo 6, a equipe vai promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a equipe irá monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de HAS e DM. Esta ação será desenvolvida pelo médico e a enfermeira da unidade. Farão monitoramento semanal, nas sextas-feiras. O monitoramento será feito na própria unidade de saúde, com análise das fichas clínicas do usuário e do prontuário clínico, além de monitorar os hipertensos e diabéticos que precisam de atendimento odontológico. A equipe de odontologia será responsável e fará revisão de seus registros mensalmente, monitorando os usuários que estão necessitando desta atenção. A equipe odontológica junto com o médico e a enfermeira da unidade programarão uma agenda compartilhada para os hipertensos e diabéticos. Nas terças e quintas-feiras para hipertensos e as quartas-feiras para diabéticos na UBS.

A equipe em reunião fará definição de atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Além de monitorar a realização de orientação de atividade física regular de hipertensos e diabéticos, sobre riscos de tabagismo e orientação nutricional. Será convidado um profissional educador físico e uma nutricionista do município para administrar a palestra. O médico e a enfermeira da unidade farão atividades de monitoramento através das pesquisas de HGT e valores da PA na unidade de saúde, antes das atividades do grupo. Além disso, as ACS farão pesagem de todos os usuários para poder avaliar o ganho de peso. E por fim, organizarão na reunião, as práticas coletivas sobre alimentação saudável. A equipe da unidade desenvolverá atividades semanais com os hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e oferecerá nas quintas-feiras após as atividades de grupos um café de manhã para eles, ofertado pelos profissionais da equipe. de como é uma alimentação saudável, como forma de motivação

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atenção aos Hipertensos e Diabéticos	x	x														
Estabelecimento do papel de cada membro da ESF na ação programática	x															
Contato com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do programa solicitando apoio	x		x		x		x									
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Capacitar a equipe para o uso dos impressos e registros das ações.	x															
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa os hipertensos e diabéticos faltosos	x															
Contato com gestores e líderes das comunidades para falar sobre a importância da ação programática de atenção integral ao hipertenso e diabético, solicitando apoio para as atividades programadas e materiais de apoio para monitoramento adequado.		x				x				x						
Atendimento clinico dos diabéticos e hipertensos.																

	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Manter registro em ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde UBS Vila Sul.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Organização de atividades com grupo de hipertensos e diabéticos e grupo de risco.	x				x				x							
Atividade de educação em saúde na UBS com os Grupos de Hipertensos e Diabéticos com os temas relacionados com Hipertensão e Diabetes em Saúde Bucal.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Orientação na comunidade sobre temas de alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Atendimento clínico e odontológico dos Hipertensos e Diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Reunião com a equipe para monitoramento e																

avaliação.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

3 Relatório da Intervenção

A ESF – Equipe Saúde da Família Vila Sul, se localiza na zona urbana, onde tem cadastradas 2530 pessoas da área de abrangência. Composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista com uma técnica de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde com uma secretária, uma pessoa de serviço de limpeza, e dois especialistas, sendo ginecologista e pediatra, e também contamos com um integrante do NASF que é o fisioterapeuta, pois no momento, está em falta os demais integrantes do NASF, mas com a ajuda de todos eles e o engajamento da comunidade, garantimos terminar nosso projeto de intervenção como havíamos previsto. Esta intervenção foi desenvolvida em 12 semanas já que por orientação da Especialização em Saúde da Família foi reduzir o tempo de 16 semanas revisto inicialemente.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Fechando projeto de intervenção com ótimos resultados e o mais importante, conseguimos conscientizar os usuários sobre a importância de todo este trabalho que foi desenvolvido durante 3 meses, com boas perspectivas de dar continuidade a ele.

Das ações desenvolvidas que foram realizadas, obtivemos os seguintes resultados: Foi orientado sobre o papel de cada membro da UBS na ação programática a desenvolver. Sendo cumprida integralmente.

Quanto a meta de cobertura, conseguimos cadastrar 526 (100%) usuários portadores de hipertensão e 184 (100%) usuários portadores de diabetes melittus.

Quanto ao cadastramento dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência da UBS, este parâmetro foi cumprido sem nenhuma irregularidade, o cadastro dos hipertensos e diabéticos está atualizado, foi feita a entrega deste cadastramento a todas as ACS ficando uma cópia dele na unidade de saúde.

Quanto a capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de atenção aos hipertensos e diabéticos de nossa área, foi cumprida integralmente.

Foi realizada uma boa capacitação para os profissionais da UBS sobre o protocolo de atendimento dos hipertensos e diabéticos. Muitos deles não conheciam sobre o protocolo e esclareceram todas as dúvidas que foram aparecendo durante as capacitações, além disso, capacitamos a equipe na aferição da pressão arterial e realização do HGT, e a priorização dos medicamentos que são usados nestes usuários através da farmácia popular, também como dar a informação os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O monitoramento da periodicidade da intervenção é realizado todas as sextas-feiras e foi muito bem oferecido atenção por demanda espontânea e agendamento para as atividades de grupo. Fazemos palestras com eles e depois passam em consulta para manter os exames atualizados de acordo ao protocolo de atendimento, e em caso de que o usuário não tivesse feito os exames, são solicitados em consulta, aproveitando as atividades do grupo. A enfermeira e a médica, monitoraram a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos. A técnica de enfermagem verificou a PA e fez o HGT em todos os usuários cadastrados. Além disso, é realizado ação educativa sobre a importância do acompanhamento destas patologias e esclarecer aos portadores de hipertensão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Mantemos a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários atendidos, com verificação da validade dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS e o controle dos estoques.

Durante os atendimentos, foi feito registro nas fichas de acompanhamento a necessidade de atendimento odontológico de cada usuário do público alvo, para junto com a equipe odontológica, organizar uma agenda compartilhada para otimizar a ida do usuário portador de hipertensão e diabetes na unidade de saúde e para garantir a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes de avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A capacitação dos ACS para realização de busca ativa os hipertensos e diabéticos aos faltosos as consultas e atividades de grupo, teve um bom impacto e resultados com o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência em 100%, com a ajuda das ACS que tem o cadastramento destes atualizados, deixando uma cópia de todos os hipertensos e diabéticos de cada ACS que entregaram, aproveitando também as visitas domiciliares na segunda à tarde para captar os faltosos. Esta ação foi cumprida integralmente.

Foi orientado sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Primeiro que todos orientaram aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, fizemos atividades educativas semanalmente nas terças e quartas-feiras à tarde durante trinta minutos para os usuários e a comunidade, sobre os fatores de riscos destas doenças e como prevenir complicações. Esta ação foi desenvolvida na própria unidade e na igreja próxima a unidade numa quinta-feira à tarde no mês. Contamos com o apoio deles e o apoio do gestor municipal que tendo conhecimento de nosso projeto esta garantindo os medicamentos da farmácia popular para os usuários. Esta ação foi cumprida integralmente. Também sobre à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, e a importância de manter uma boa hidratação, também orientando os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Desde o começo do projeto que foi discutido com a equipe de trabalho, de como ia ser desenvolvido e implementado o trabalho na UBS. É importante salientar que temos o apoio de toda a equipe de trabalho. Que desenvolveram todas as ações que foram acontecendo semana por semana, ajudando com o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos garantindo a atualização dos mesmos, além da busca ativa dos faltosos nas atividades de grupo e fortalecendo o engajamento com a comunidade, que foi ótima. Causando impacto e resultados satisfatórios, sendo percebida mudança e isso está demonstrando de como vem aumentado a participação desses usuários nas atividades de grupo, e como eles se vão conscientizando em mudar os hábitos alimentares, no tabagismo que também temos conseguido diminuir o número de usuários tabagistas, diante disso, tivemos bons resultados pela implantação do projeto em nossa UBS.

Nosso objetivo foi cumprido satisfatoriamente e com bons resultados causando um impacto positivo em nossa comunidade do projeto e sempre contando com o apoio das lideranças comunitárias que informaram sobre a existência do projeto pedindo o apoio da comunidade para o acompanhamento na UBS, unimos nosso esforço com eles e com reuniões conseguimos informar sobre a existência do programa solicitando apoio, e para as demais estratégias que foram implementadas e implantadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas foram todas desenvolvidas com bons resultados.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos dificuldade no início da intervenção no preenchimento da planilha de coleta de dados, com isso, dificultava o acompanhamento dos indicadores corretamente. No decorrer da intervenção, foram aperfeiçoadas as ações de coletar os dados e sanando as dúvidas com a ajuda da orientadora do curso, e com a participação de todos os membros da equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Fazendo uma análise de nosso trabalho durante estes três meses de intervenção, acredito que cumprimos com seu desenvolvimento, contando com o apoio de toda minha equipe e a comunidade. Em nossa UBS, são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM, também são realizadas ações para o controle do peso corporal deles e ações de estímulo à prática regular da atividade física. Na UBS, são desenvolvidas ações no cuidado aos adultos portadores de HAS e/ou DM como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, e o responsável pelo cadastramento dos adultos no Programa HIPERDIA é o enfermeiro e o médico, da unidade. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e/ou DM no âmbito da UBS, são realizados 4 grupos de adultos com HAS e/ou DM em média por mês, e o percentual que participa de grupos dos adultos é de 100%. Todos os integrantes de minha equipe de trabalho participam das atividades de grupo com eles, também se faz busca ativa de faltosos.

No momento, uma das maiores dificuldades que existem na UBS é a falta de medicamentos na farmácia da UBS para abastecer a todos estes usuários com os medicamentos usados por eles, tratando-se de estimular a participação deles nas atividades de grupo, e essa falta de medicamento desmotiva ao usuário a assistir estas reuniões. E quanto às ações de promoção de saúde que já são desenvolvidas na UBS, temos a orientação nutricional ao diabético e hipertenso sobre uma alimentação saudável, e sobre a prática regular de exercícios físicos, também orientações sobre riscos do consumo de tabaco e álcool que são prejudiciais para a saúde e como fator desencadeante destas doenças, e orientação sobre higiene bucal.

A intervenção foi muito importante no contexto da UBS porque permite o cadastramento de 100% de pessoas com HAS e DM e a participação ativa deles em atividades de grupo, garantindo diminuir as complicações que trazem estas doenças.

Toda equipe de trabalho se envolveu na escolha do foco de intervenção e estiveram de acordo com o projeto, trabalhando em conjunto no desenvolvimento do mesmo e assim conseguimos nosso propósito com bons resultados.

A seguir, apresentaremos os resultados alcançados das metas propostas:

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No Caderno de Ações Programática (CAP), na unidade de saúde o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 515 com a cobertura de 96% e de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas na UBS é de 175 tendo também a cobertura de 96%. Após a intervenção, conseguimos cadastrar um total de 526 hipertensos e 184 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da UBS, atingindo 100% de cadastramento.

A seguir, apresentaremos os resultados alcançados:

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde UBS Vila Sul.

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 1, no primeiro mês da intervenção, conseguimos cadastrar 113 (21,5%), o segundo mês 272 (51,7 %), e o terceiro mês a meta foi atingida em 100% (526 usuários hipertensos cadastrados).

Descrição qualitativa:

Alcançamos a cobertura proposta para o acompanhamento e cadastro dos portadores de hipertensão, da área de abrangência da UBS Vila Sul, ocorrendo o progresso no decorrer dos três meses de intervenção, garantindo um atendimento de qualidade e integral ao usuário.

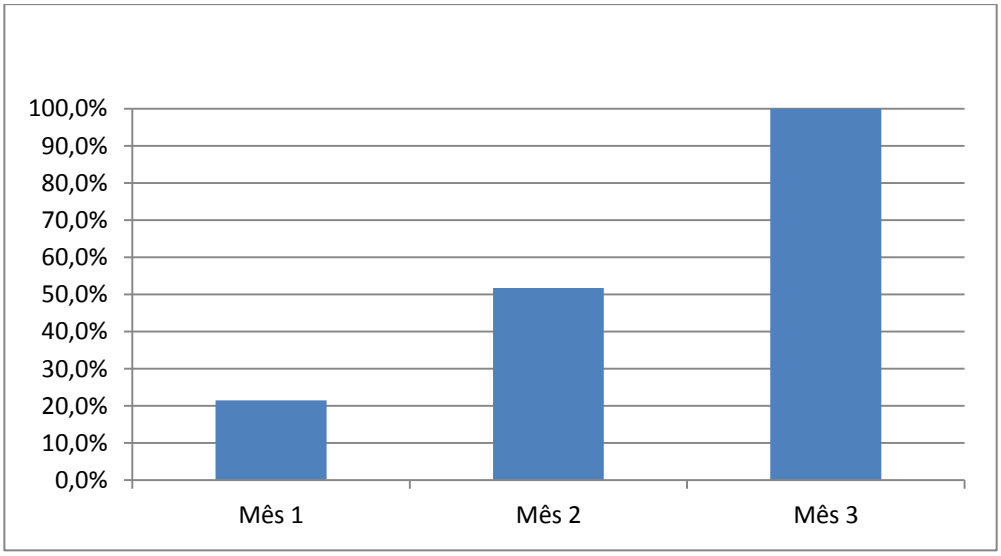


Figura 1: Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde UBS Vila Sul.

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 2, a meta de cadastro de usuários diabéticos em nosso projeto de intervenção foi de 100%. No primeiro mês da intervenção, garantiu cadastrar 62 (33,7%), no segundo mês 122 (66,3%) e no terceiro mês, 184 (100%) usuários diabéticos cadastrados.

Descrição qualitativa:

Quanto ao cadastramento dos diabéticos da nossa área de abrangência da UBS, este parâmetro foi cumprido sem nenhuma irregularidade. O cadastro dos usuários diabéticos está atualizado, foi feita a entrega deste cadastramento a todas as ACS e uma cópia dele ficou na UBS para acompanhamento e continuidade ao nosso projeto.

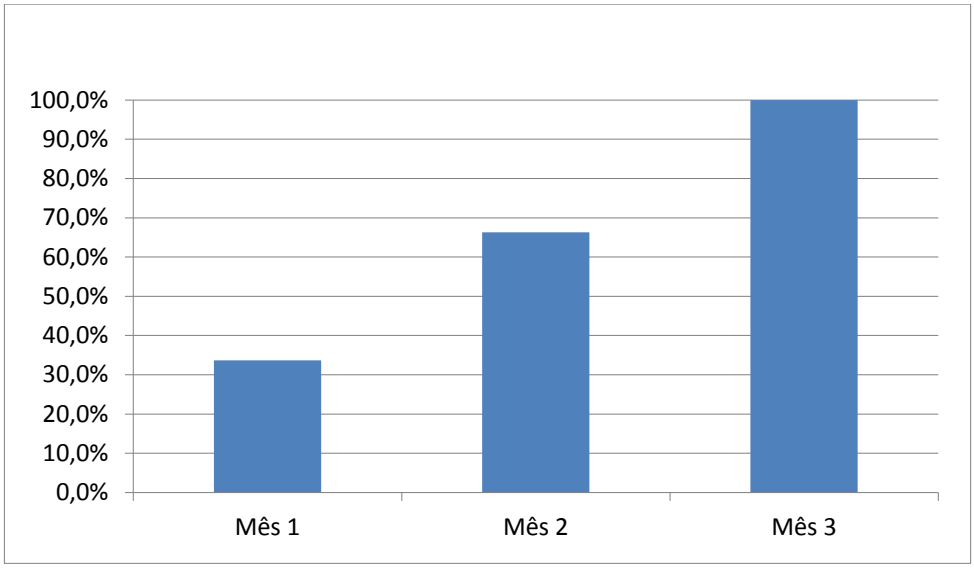


Figura 2: Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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

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

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

Descrição quantitativa: Este meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos acompanhados.

Descrição qualitativa: A realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos aconteceu de forma contínua, de acordo às consultas foram acontecendo dos usuários portadores de hipertensão. Além disso, foi feita ação educativa sobre a importância do acompanhamento desta patologia e esclarecemos aos portadores de hipertensão sobre a periodicidade preconizada.

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

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

Descrição quantitativa: este indicador atingiu 100% nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) dos diabéticos acompanhados na UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: A realização de exame clínico apropriado dos diabéticos aconteceu de forma contínua, de acordo às consultas foram acontecendo. Além disso, foi feita ação educativa sobre a importância do acompanhamento desta patologia e esclarecemos aos portadores de diabetes sobre a periodicidade preconizada.

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

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 3, no primeiro mês da intervenção, garantimos uma proporção 82 (72,6%), hipertensos com exames complementares de acordo o protocolo, no segundo mês 207 (76,1%), e no terceiro mês de 525 (99,8).

Descrição qualitativa:

O monitoramento da periodicidade da intervenção sobre a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo dos usuários hipertensos, foi feita como estava programado e foi cumprido pela técnica de enfermagem que foi a responsável de desenvolver esta ação, sendo realizada na sexta-feira. Esta ação teve a meta atingida.

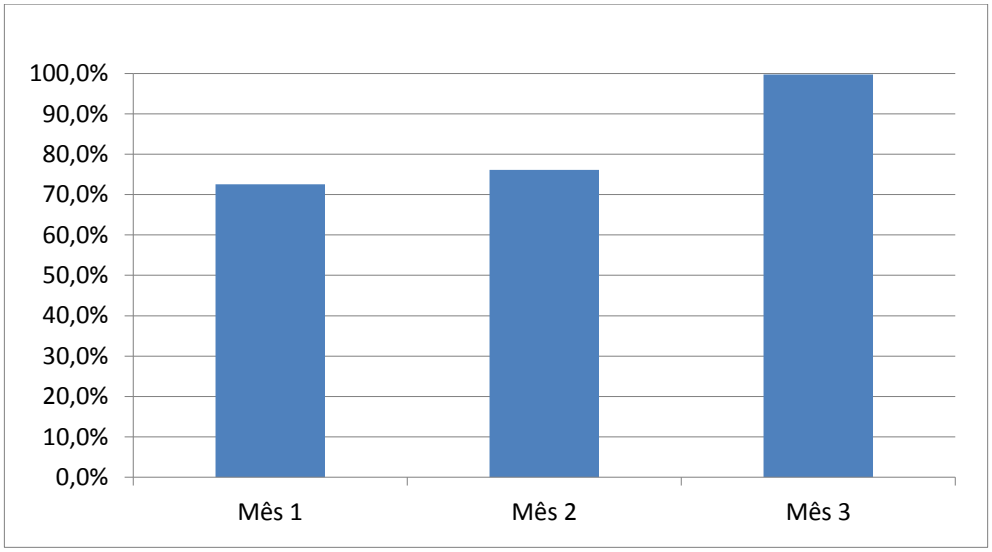


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 4, no primeiro mês da intervenção, foi garantida uma proporção de 51 (82,3%) de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, no segundo mês 104 (85,2%), e no terceiro mês de 184 (100%),

Descrição qualitativa:

O monitoramento da periodicidade da intervenção sobre a realização de exame complementar em dia de acordo com protocolo dos usuários diabéticos foi feito como estava programado e foi monitorado pela técnica de enfermagem que foi a responsável de desenvolver esta ação, realizando o monitoramento nas sexta feiras. Esta ação teve a meta atingida.

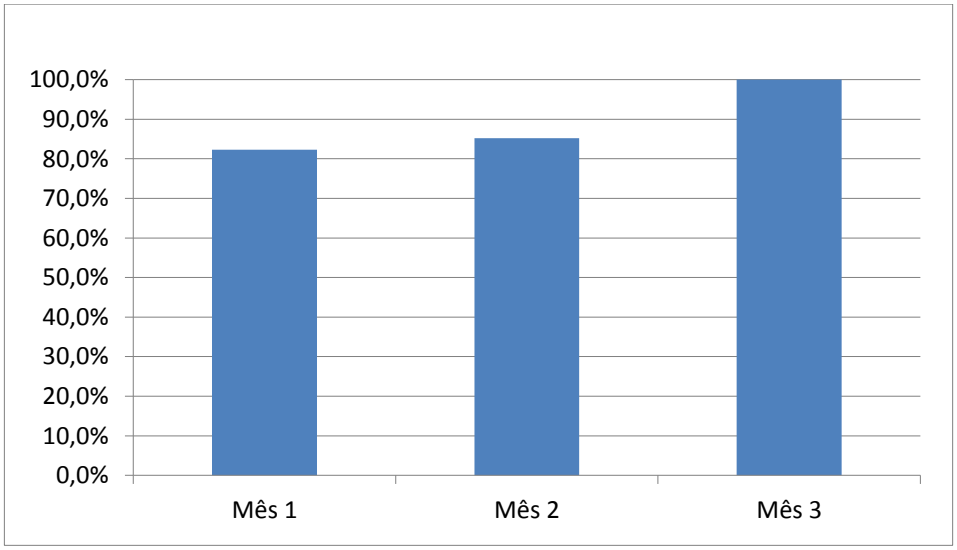


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 5, no primeiro mês da intervenção, garantimos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA para 112 hipertensos (99,1%), no segundo mês, 271 hipertensos (99,6%), e no terceiro mês, 525 hipertensos (99,8%).

Descrição qualitativa: Foi garantido que todos os usuários hipertensos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular do SUS de forma gratuita, com a manutenção da priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular. Nossa técnica de enfermagem, fez o registro da verificação da validade dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS e também os controles dos estoques. Foi feita orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações foram atingidas integralmente.

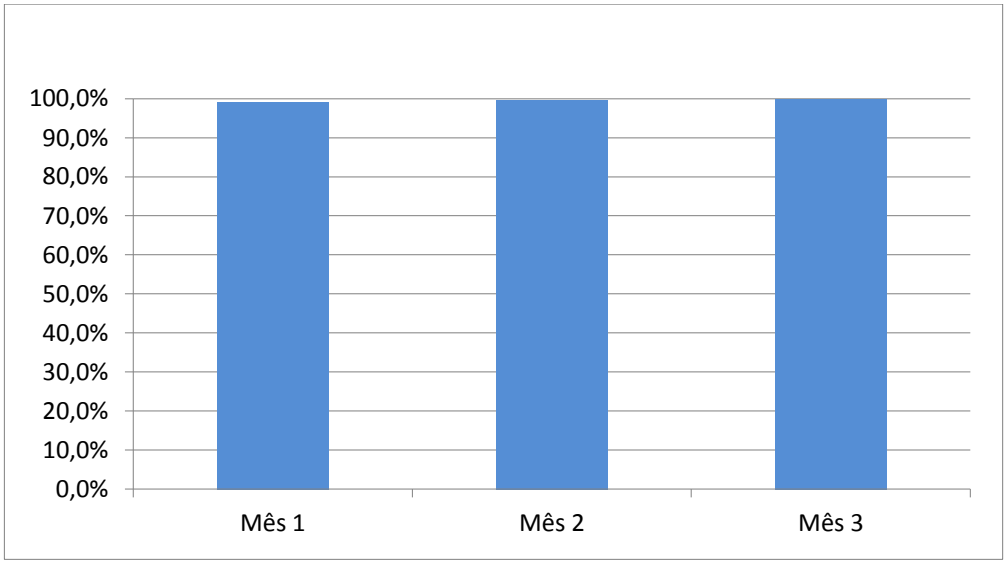


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 6, no primeiro mês da intervenção, garantimos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA para 61 diabéticos (98,4%), no segundo mês, 121 diabéticos (99,2%), e no terceiro mês, 183 diabéticos (99,5%),

Descrição qualitativa: Foi garantida que a maioria dos usuários diabéticos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular do SUS de forma gratuita, com a manutenção da priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários atendidos. Nossa técnica de enfermagem fez o registro e a verificação da validade dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS e também os controles dos estoques. Foi feita orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações foram atingidas integralmente.

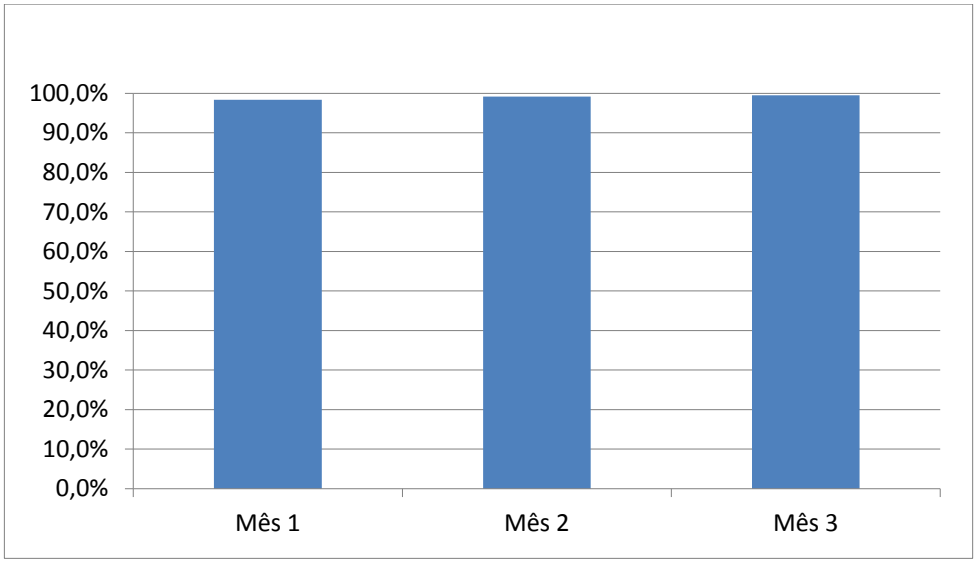


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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

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

Descrição quantitativa: Este meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos acompanhados na UBS Vila Sul na avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição qualitativa: O atendimento odontológico também foi garantido e facilitado para todos os hipertensos, com 100% de cobertura de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo feita por nossa dentista. Foi agendado consultas também para os usuários que não tinham sido atendidos e aproveitou os grupos para falar sobre a importância da saúde bucal, fez as orientações correspondentes sobre saúde bucal e sua importância. Fez capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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

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

Descrição quantitativa: De acordo com a Figura 7, esta meta foi atingida 61 (98,4%) de diabéticos com avaliados na necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês, no segundo mês 121 (99,2%), e no terceiro mês 183 (99,5%).

Descrição qualitativa: O atendimento odontológico também foi garantido, facilitado para todos os diabéticos, sendo feito pela dentista. Foi agendada consultas também para os usuários que não tinham sido atendidos e aproveitou os grupos para falar sobre a importância da saúde bucal, fazendo orientações correspondentes sobre saúde bucal e sua importância. Fez capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

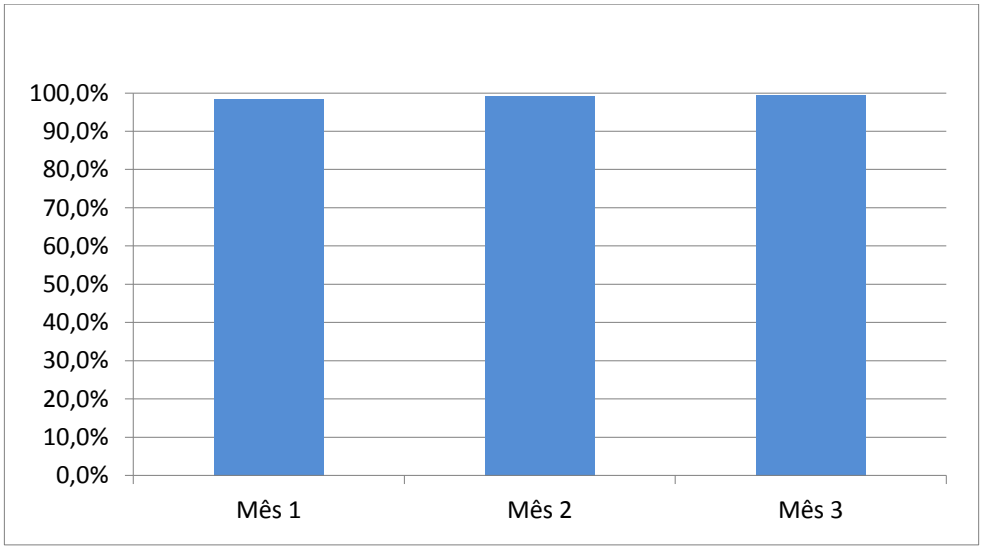


Figura 7: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/ RS.

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 UBS Vila Sul conforme a periodicidade recomendada.

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

Descrição quantitativa: Não houve faltoso à consulta dos hipertensos, na UBS trabalhar através de demanda espontânea e quando foi preciso agendar as consultas, foi mantida uma boa frequência e participação dos usuários.

Descrição qualitativa: Esta ação foi monitorada pela enfermeira e técnica de enfermagem. Não houve faltoso à consulta. Os ACS foram capacitados para realizar buscas dos faltosos das atividades de grupo através de visitas domiciliares e acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

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.

Descrição quantitativa: Não houve faltoso à consulta dos diabéticos, na UBS trabalhar através de demanda espontânea e quando foi preciso agendar as consultas, foi mantida uma boa frequência e participação dos usuários.

Descrição qualitativa: Esta ação foi monitorada pela enfermeira e técnica de enfermagem. Não houve faltoso à consulta. Os ACS foram capacitados para realizar buscas dos faltosos das atividades de grupo através de visitas domiciliares e acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Descrição quantitativa: Este meta foi atingida 100% nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: O monitoramento da intervenção foi realizado conforme estava programado, sendo monitorado pela enfermeira e pela médica. Foi analisado o acompanhamento dos usuários hipertensos. Estas ações foram cumpridas integralmente. A ficha de acompanhamento foi implantada pela médica e enfermeira, seguindo o acompanhamento como estabelece o programa e revisão diária das fichas. Foi feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para 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.

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: O monitoramento da intervenção foi realizado conforme estava programado, sendo monitorado pela enfermeira e pela médica. Foi analisado o acompanhamento dos usuários diabéticos. Estas ações foram cumpridas integralmente. A ficha de acompanhamento foi implantada pela médica e enfermeira, seguindo o acompanhamento como estabelece o programa e revisão diária das fichas. Foi feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, na UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento dos hipertensos através da ficha-espelho e do prontuário clínico do usuário, constatando que ainda existia usuário que não tinha estratificação de risco atualizado, e aproveitamos as consultas e as atividades de grupo para atualizar a solicitação dos exames laboratoriais para os usuários com exames laboratoriais antigos. Foi feita a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, também quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como a alimentação e a prática regular de exercícios físicos.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, na UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento dos diabéticos através da ficha-espelho e do prontuário clínico do usuário, constatando que ainda existia usuário que não tinha estratificação de risco atualizado, e aproveitamos as consultas e as atividades de grupo para atualizar a solicitação dos exames laboratoriais para os usuários com exames laboratoriais antigos. Foi feita a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, também quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como a alimentação e a prática regular de exercícios físicos.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, desenvolvida pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos. Realizamos práticas coletivas com os grupos de hipertensos, assim como, desenvolvemos atividades de grupo sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos e foi orientado aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Fizemos a capacitação da equipe, sobre o tema e ficaram muito motivados com o tema de alimentação saudável para modificar estilos de vida e melhorar as condições físicas.

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.

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100%, sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) dos diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, realizada pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da orientação nutricional aos diabéticos, realizamos práticas coletivas com os grupos de diabéticos, com atividades de grupo, sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos e foi orientado aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação

saudável. Fizemos a capacitação da equipe sobre o tema e ficaram muito motivados com o tema de alimentação saudável para modificar estilos de vida e melhorar as condições físicas

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

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançou 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, sendo ofertada pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da orientação sobre prática de atividade física regular e foram realizadas práticas coletivas com os grupos de hipertensos, com atividades planificadas nas quartas ou quintas à tarde. No momento, orientamos aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da realização de atividade física regular. Também fizemos a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre este tema.

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

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançamos 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%) dos diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, sendo ofertada pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da orientação sobre prática de atividade física regular e foram realizadas práticas coletivas com os grupos de

diabéticos, com atividades planificadas nas quartas ou quintas à tarde. No momento, orientamos aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da realização de atividade física regular. Também fizemos a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre este tema.

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

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançamos 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, sendo ofertada pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos mediante revisão mensal das fichas-espelho. Também fizemos a capacitação da equipe de saúde para o tratamento de usuários tabagistas e explicamos as vantagens de parar de fumar. Também foi orientado durante as atividades, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação também foi cumprida e conseguimos diminuir o número de usuários tabagistas, com isso, garantimos bons frutos pela implantação do projeto em nossa UBS.

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

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

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançamos 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%)

dos diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, sendo ofertada pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos, mediante revisão mensal das fichas-espelho. Também fizemos a capacitação da equipe de saúde para o tratamento de usuários tabagistas e explicamos as vantagens de parar de fumar. Também foi orientado durante as atividades, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação também foi cumprida e conseguimos diminuir o número de usuários tabagistas, com isso, garantimos bons frutos pela implantação do projeto em nossa UBS.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançamos 113 (100%), no segundo mês 272 (100%) e no terceiro mês 526 (100%) dos hipertensos recebendo orientação sobre higiene bucal pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento com todas as orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, feita pelo técnico odontológico e odontólogo, à partir das fichas-espelho. A equipe também foi capacitada para oferecer orientações de higiene bucal. As orientações individuais sobre higiene bucal, foram garantidas por nossa dentista. Foi feita orientação sobre a importância da higiene bucal aos ACS, e durante as visitas domiciliares, fizeram a orientação aos hipertensos e seus familiares.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Descrição quantitativa: Esta meta foi atingida 100% do indicador nos três meses correspondentes ao projeto. Sendo que no primeiro mês da intervenção, alcançamos 62 (100%), no segundo mês 122 (100%) e no terceiro mês 184 (100%)

dos diabéticos recebendo orientação sobre higiene bucal pela equipe da UBS Vila Sul.

Descrição qualitativa: Fizemos o monitoramento com todas as orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos, feito pelo técnico e dentista à partir das fichas-espelho. A equipe também foi capacitada para oferecer orientações de higiene bucal. As orientações individuais sobre higiene bucal foram garantidas por nossa dentista. Foi feita orientação sobre a importância da higiene bucal aos ACS e durante as visitas domiciliares fizeram a orientação aos diabéticos e seus familiares.

4.2 Discussão

Na UBS Vila Sul a intervenção ajudou atualizar cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos, garantindo um acompanhamento de toda a população portadora dessas patologias de nossa área de abrangência, cumprindo com nosso maior objetivo da intervenção (Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS). Nosso objetivo foi cumprido satisfatoriamente e com bons resultados garantindo um impacto positivo em nossa comunidade.

A intervenção foi importante no contexto da UBS porque permitiu o cadastramento de 100% de usuários com HAS e DM e a participação ativa deles nas atividades de grupo, assim garantir diminuir as complicações que trazem estas doenças. O projeto acabou tendo um impacto positivo na equipe e na comunidade, que agora eles se sentem melhores atendidos porque se oferece melhor serviço a eles, com exame físico e exames laboratoriais atualizados de acordo ao protocolo.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas mais para o médico e a enfermeira da unidade. Agora com a intervenção, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido

importantes para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Além disso, a intervenção teve uma grande importância para o serviço porque com ela, a equipe trabalhou mais unida, cada um deles, assumiu uma responsabilidade com ele mesmo, com a comunidade e com cada usuários do público alvo, porque eles permitiram conhecer cada usuário e sua doença com mais profundidade. Os usuários se sentem mais confiantes na equipe e ao nosso trabalho.

Tivemos um bom impacto da intervenção para a comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, sem causar insatisfação com os demais grupos. Também ficou estabelecido uma ordem para atendimentos e um fluxo de atenção que favorece a mobilidade e o atendimento, com priorização dos casos que mais o necessitam, então por tudo isso, garantimos bons frutos pela implantação do projeto em nossa UBS.

Já falamos que no começo da intervenção, tivemos algumas dificuldades porque não havia na unidade os medicamentos suficientes para o público alvo, o que causou desinteresse em participar das atividades de grupo. Depois isso, foi melhorando com a ajuda de nosso gestor municipal que acolheu nosso projeto e tratou de manter o acesso a estes medicamentos na UBS e farmácia popular para todos eles, por isso, acho que neste caso, se tivéssemos feito levantamento antes de começar a intervenção com a quantidade necessária de medicamentos para eles, não teríamos tido esta resistência. Também seria bom reajustar o cronograma de atividades, porque a capacitação da equipe e os ACS é pouco tempo disponibilizado para tanta informação e então, a qualidade do trabalho pode diminuir neste aspecto. Também acho que foi pouco tempo para desenvolver a intervenção, pois temos muitos dados a avaliar que precisam de muita atenção e um seguimento contínuo, principalmente uma população tão grande na que nós atendemos.

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço, mas temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde em nosso serviço são: À partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACSs para as demais microáreas, pretendemos investir na manutenção de cobertura dos hipertensos e

diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS, contando com a ajuda da ginecologista da nossa área que da consulta em nossa unidade todas as quintas-feiras de manhã, e aumentaremos as atividades educativas dos diferentes grupos de nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Secretário de Saúde de Caçapava do Sul Sra. Rosane Coradini Abdala:

Através deste relatório, descreveremos os resultados alcançados através do nosso projeto. O objetivo geral do projeto foi Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS. Para realizar a intervenção do projeto de Hipertensão Arterial e Diabetes, adotamos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizamos a ficha de hipertensos e diabéticos para cadastrados da área de abrangência e a ficha espelho disponíveis no município. A população alvo foi constituída por todos os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Sul, na qual atuo como médica, ligada ao Programa Mais Médicos do Brasil, Rio grande do Sul. O projeto foi desenvolvido à partir de uma análise situacional da estrutura da unidade de saúde e foi escolhido este tema porque são as doenças crônicas mais acometida na área de abrangência. Porém, escolheu-se a intervenção em hipertensão e diabetes, devido a inexistência de organização desta ação programática, porque antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas mais para o médico e a enfermeira da unidade. Após à intervenção, foram reajustadas as atribuições de cada profissional da equipe, viabilizando atendimento a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido importantes para apoiar a priorização do atendimento dos público alvo.

A intervenção foi importante no contexto da UBS, porque permitiu o cadastramento de 100% de usuários com HAS e DM (526 e 184 respectivamente) e a participação ativa deles nas atividades de grupo, garantindo diminuir as complicações acometidas pelas patologias. Toda equipe de trabalho demonstrou está bem envolvida na escolha do foco de intervenção e estiveram de acordo com o

projeto, trabalhando no desenvolvimento do mesmo. Ao término do período de intervenção, tivemos os seguintes resultados:

A meta de cadastro de usuários hipertensos e diabéticos em nosso projeto de intervenção foi 100%. Garantimos 100% de exames complementares em dias, de acordo ao protocolo, aos hipertensos e diabéticos. Realizamos exame clínico apropriado e exame complementar para 100% dos hipertensos e diabéticos. Fizemos uma boa capacitação para os profissionais da UBS, sobre o Protocolo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. O atendimento odontológico foi garantido e facilitado para os hipertensos e diabéticos, ficando com 100% de cobertura na avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Fizemos acompanhamento aos 100% dos hipertensos e diabéticos, sendo cumpridas as ações integralmente. O monitoramento da intervenção, foi feito como estava previsto e foi monitorizado pela enfermeira e pela médica, através da qualidade dos registros dos profissionais. A ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos foi implantada pela médica e enfermeira, garantindo o acompanhamento, como estabelece o programa, através de revisão diária dessa ferramenta. Foi feita a capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos, em todos os atendimentos aos hipertensos e diabéticos.

Realizamos a estratificação de risco para os hipertensos e diabéticos, sendo cumpridas 100% das ações. Garantimos também a monitoração dos hipertensos e diabéticos através da ficha-espelho e do prontuário clínico do usuário, comprovando que existiam hipertensos e diabéticos sem estratificação de risco atualizada, conforme o protocolo. Aproveitamos as consultas e as atividades de grupo, para solicitar exames laboratoriais para os usuários que não tinham os exames atualizados. Foi feita a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para o controle de fatores de risco modificáveis como a alimentação e a prática regular de exercícios físicos.

Realizamos a monitoração da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, realizamos práticas coletivas com os grupos, através das atividades de grupo desenvolvidas, abordando temas como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, sendo orientado aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Além disso, realizamos ação educativa sobre a importância do acompanhamento destas patologias e esclarecemos aos portadores de hipertensão e diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também foi orientado sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Sendo orientado também sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, e a importância de manter uma boa hidratação. Sendo também orientados aos hipertensos e diabéticos tabagistas, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Com o apoio do gestor municipal, que aprovou o projeto, foi garantido todo o material como fichas-espelho e ferramentas necessárias para o registro do atendimento, também a cópia do manual técnico do Ministério da Saúde - 2013 que auxiliou na capacitação dos profissionais da equipe, aumentando o nível de conhecimento sobre o manejo destas doenças, bem como, formas de prestar um atendimento de qualidade à população. O gestor municipal também se comprometeu em manter o acesso dos hipertensos e diabéticos aos medicamentos da UBS, realizando a manutenção após solicitação programada.

Podemos apontar aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção, qualificando o serviço, foi garantir a manutenção da farmácia básica da UBS / HIPERDIA. Para poder implementar e manter satisfatoriamente o projeto, é preciso ter melhorias no âmbito de informatização, já que faz certo tempo que está sem cobertura desta ferramenta (prontuário eletrônico). Pois seria importante contar com esta ferramenta para ampliar nosso trabalho em outras ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Para os usuários da Unidade Básica de Saúde Vila Sul.

Foi desenvolvida na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul / RS, um projeto de intervenção, tendo como público alvo, os hipertensos e diabéticos. O projeto ajudou a criar um cadastro atualizado para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos (526 e 184 respectivamente) e garantindo um acompanhamento de toda a população do público alvo da área de abrangência, cumprindo com nosso maior objetivo da intervenção (Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Vila Sul, Caçapava do Sul/RS).

O objetivo foi cumprido satisfatoriamente, e com bons resultados, garantindo um impacto positivo na comunidade, sempre contando com o apoio das lideranças comunitárias que divulgaram sobre o projeto, solicitando apoio da comunidade, e assim, manter o acompanhamento na UBS.

A meta de cadastro de usuários hipertensos e diabéticos em nosso projeto de intervenção e sendo atingida, foi de 100%. Garantimos também, 100% de usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia, de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde, 2013. Garantimos realizar exame clínico apropriado e exame complementar em 100% dos hipertensos e diabéticos. Garantimos uma boa capacitação dos profissionais da UBS, sobre o Protocolo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. O atendimento odontológico foi garantido e facilitado aos hipertensos e diabéticos, ficando com 100% de cobertura na avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizamos acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, tendo cumprido esta ação integralmente. A ficha de acompanhamento foi implantada pela médica e pela enfermeira, facilitando o acompanhamento como estabelece o programa, tendo revisão diária dessa ferramenta. Foi feita a capacitação da equipe da unidade de saúde, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todos os atendimentos aos hipertensos e diabéticos.

Realizamos a estratificação de risco para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, sendo cumpridas as ações. Foi desenvolvida capacitação da equipe, para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como são a alimentação e a prática regular de exercícios físicos.

Promovemos orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, realizamos práticas coletivas com os grupos, através de atividades de grupo, e foi orientado aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Também foi orientado aos hipertensos e diabéticos tabagistas, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Toda equipe de trabalho se envolveu nas escolhas do foco de intervenção e estiveram de acordo com o projeto, trabalhando no desenvolvimento do mesmo, garantindo bons resultados.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço. Com isso, continuaremos ampliando o trabalho de prevenção e promoção de saúde nas comunidades, fortalecendo a conscientização em relação a necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como, ampliando para outros grupos prioritários, contando sempre com o apoio da comunidade em geral, fortalecendo o engajamento público.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em minha prática profissional, me senti muito realizada, e muito contente, embora o tempo de desenvolvimento do projeto tenha sido breve só por 3 meses. Agora toda a equipe trabalha em conjunto para dar continuidade a nosso projeto e implantar outros que seriam muito importantes para o trabalho de todos nós e para a comunidade, foi uma experiência muito bonita trocar com outras pessoas de outras culturas diferentes do meu país, porque esperamos um intercâmbio de conhecimentos entre as duas partes, juntando meus conhecimentos com os de minha equipe, e o resultado final todos adoraram.

É muito importante destacar o apoio tão incondicional de nossos supervisores, professores e orientadores, porque sem eles, não tínhamos conseguido que o trabalho final chegasse ao objetivo principal. A ajuda de minha orientadora com as correções ortográficas, com a metodologia a seguir para o desenvolvimento do projeto, foi um aspecto essencial, por isso agradeço a ela sempre.

Nossa intervenção exigiu que nossa equipe se capacitasse melhor para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e de toda nossa equipe, demonstrando mais uma vez que o trabalho da equipe é a ferramenta mais importante para garantir bons resultados e futuros projetos.

Referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

3- MALFATTI, CRM; ASSUNÇÃO, AN. Hipertenção Arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, 1, p.1383–88, 2011.

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 Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

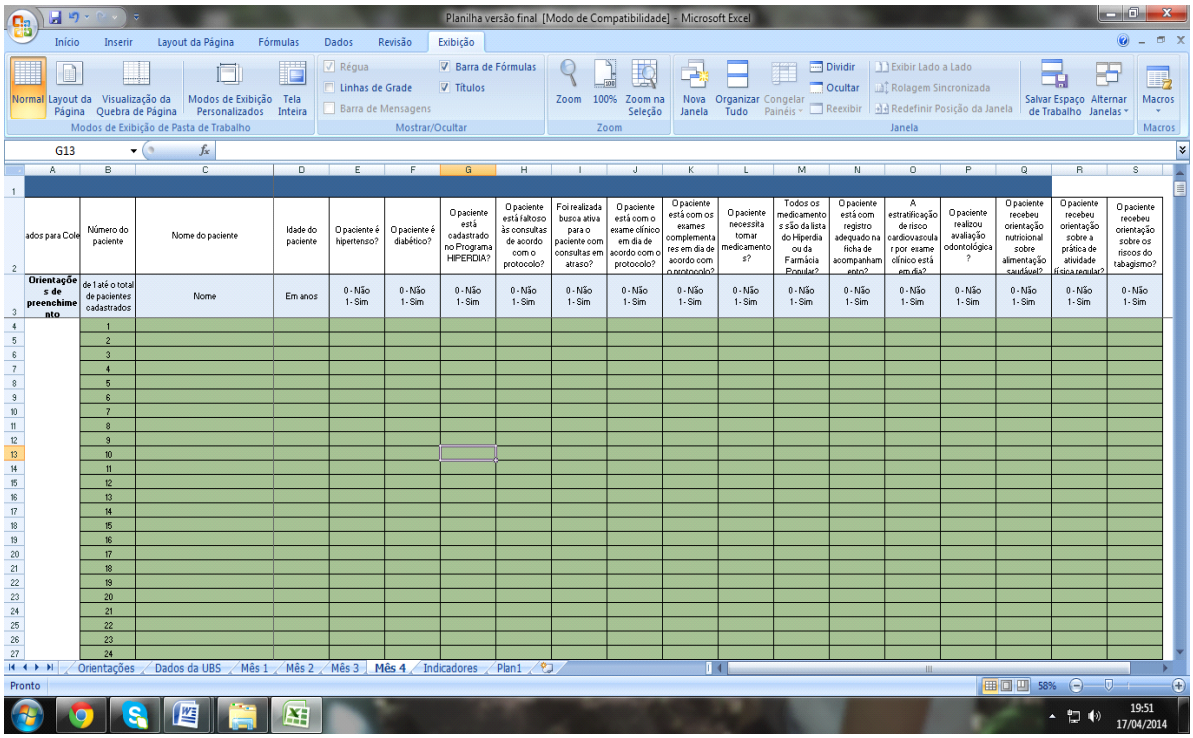
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados



Anexo C - Ficha espelho

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/ ___ ___ ___ ___ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____
Nome completo:_____ Data de nascimento: ___/___/ ___ ___ ___ ___
Endereço:_____ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não
Nome do cuidador _____ Telefones de contato:_____/_____/_____

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não
Há quanto tempo tem: HAS?_____ DM?_____ HAS e DM? _____ Estatura: ___ ___ ___ cm Perímetro Braquial: ___ ___ cm

Medicações de uso contínuo							
Data							
	Apresentação						
Hidroclorotiazida 25mg							
Captopril 25mg							
Propranolol 40 mg							
Enalapril 10 mg							
Atenolol 25 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclamida 5mg							
Insulina NPH							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
Data							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Colesterol total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU Infecção urinária Proteinúria Corpos cetônicos Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							
ECG							
Hemograma Hematócrito Hemoglobina VCM CHCM Plaquetas							

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 registar 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