

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Abacate da Pedreira, Macapá – AP**

José Alfredo Rodríguez Batista

Pelotas, 2015

José Alfredo Rodríguez Batista

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Abacate da Pedreira, Macapá – AP**

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

Orientador: Christiane Luiza Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

B333m Batista, José Alfredo Rodriguez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Abacate da Pedreira, Macapá – AP / José Alfredo Rodriguez Batista; Christiane Luiza Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

115 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Christiane Luiza, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa e meus filhos, eles são minha
inspiração.

A meus pais por fazer de mim o homem
íntegro que sou hoje.

Agradecimentos

- A todo Brasil, seu Ministério de Saúde e a Universidade Federal de Pelotas pela possibilidade de participar no Programa Mais Médicos e fazer a especialização.
- A minhas orientadoras Maria Aparecida, Cristiane Quadrado e Christiane Luisa Santos por sua paciência e apoio. Suas orientações têm sido fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.
- A minha equipe por abraçar com entusiasmo este projeto.

Resumo

RODRÍGUEZ BATISTA, José Alfredo. **Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Abacate da Pedreira, Macapá – AP.** 115 folhas. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. A Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis, tem uma alta prevalência, mortalidade e são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Por isso decidimos na equipe trabalhar o tema Hipertensão e Diabetes. A intervenção desenvolve-se na Unidade Básica de Saúde Abacate da Pedreira, no município Macapá – AP, durante os meses junho, julho e agosto do ano 2015 objetivando a melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O tema foi escolhido depois de fazer uma análise profunda na equipe e determinar que só tínhamos 5 % de hipertensos e diabéticos em acompanhamento. A equipe toda se envolveu nas atividades de cadastramento dos hipertensos e diabéticos através da pesquisa ativa, preenchendo os registros com qualidade. Sendo assim conseguimos cadastrar 120 hipertensos (47,8 %) e 67 diabéticos (82,3%)e ultrapassamos nossa meta de 30 %.Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Rastreamos os indivíduos com fatores de riscos em consulta e visitas domiciliares. Todos os usuários foram acolhidos, examinados e avaliados estratificando o risco cardiovascular, além disso, indicaram-se os exames laboratoriais e se priorizou a prescrição de medicamentos do programa HIPERDIA facilitando a aquisição dos remédios na farmácia da unidade e na farmácia popular. Também encaminhamos os usuários às consultas de odontologia e incrementaram-se as atividades de visitas domiciliares. As atividades de promoção de saúde foram atividade de dia a dia durante as visitas e na unidade no momento de maior afluência da comunidade com temas importantes: alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. A intervenção já está incorporada à rotina do serviço, melhorando assim o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência e estamos nos preparando para realizar a intervenção em outros grupos: idosos, gestantes, puérperas e crianças.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Tabela 1: Distribuição populacional Unidade de Saúde Abacate da Pedreira. Macapá/AP. 2015	15
Figura 2	Tabela 2: Descrição dos indicadores de qualidade da assistência prestada aos hipertensos da Unidade Abacate da Pedreira. Macapá/AP.	23
Figura 3	Tabela 3: Descrição dos indicadores de qualidade da assistência prestada aos diabéticos da Unidade Abacate da Pedreira. Macapá/AP.	23
Figura 4	Figura 1: Cobertura de hipertensos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015	84
Figura 5	Figura 2: Cobertura de diabéticos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015	84
Figura 6	Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015	87
Figura 7	Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015	87

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAB	Caderno Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCCU	Exame Preventivo do câncer de útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

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	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	53
2.3.3 Logística	60
2.3.4 Cronograma.....	63
3 Relatório da Intervenção.....	79
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	79
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	81
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	81
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	81
4 Avaliação da intervenção.....	83
4.1 Resultados.....	83
4.2 Discussão	94
5 Relatório da intervenção para gestores	97
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	101
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	103
Anexos	105
Apêndices.....	111

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito a análise dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população. Bem como serão elaborados dois relatórios, um para os gestores e outro para a comunidade relatando os resultados alcançados.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

As leituras realizadas, assim como o preenchimento do questionário indicado me permitiram perceber todas as deficiências e debilidades existentes em minha UBS com respeito ao tema abordado. Tenho observado que em minha unidade de saúde mal existe relação entre a comunidade e a UBS. Não temos algo tão primordial para o desenvolvimento das atividades como é o conselho de saúde, o que implica que a comunidade não tem participação nas decisões a tomar para o desenvolvimento das ações para melhorar a saúde da mesma.

Além disto, as ações de promoção e prevenção são quase nulas. Reduzem-se às palestras individuais e não às ações dirigidas a grupos específicos. Minha experiência em outros países e em meu próprio país quando se trabalha com estes grupos como são os idosos, adolescentes, grávidas, etc. conseguem-se mudanças importantes no estilo de vida da população.

A comunidade tem um papel primordial na tomada de decisões no desenvolvimento das ações de saúde, têm que ter poder de decisão sobre como acionar para conseguir melhoras importantes nos indicadores de saúde.

A falta de comunicação com a comunidade interfere negativamente no desenvolvimento do trabalho e os resultados desejados. São os próprios usuários os responsáveis por supervisionar o trabalho da equipe, de expressar suas inquietudes e necessidades, suas expectativas quanto à saúde em geral.

Considero que depois de detectar todas as debilidades que temos na UBS a equipe de saúde está pronta para estabelecer as prioridades e possibilidades de enfrentamento, realizar a planificação das atividades dirigidas a reformular as ações de saúde. Precisa-se convocar à comunidade, resgatar a participação ativa da

comunidade na tomada de decisões. A equipe de saúde em conjunto com a comunidade tem todo o poder de reverter às dificuldades e limitações observadas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A estratégia saúde da família visa à reorganização de atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é vista pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo do trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde nas pessoas e coletividades, além a propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2013).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2013).

O município de Macapá está localizado no estado Amapá. Temos uma população de 437.883 habitantes que são atendidos em 20 unidades de saúde, todas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com equipes de saúde para uma cobertura de 54,79% da população. Ao total são 82 equipes de saúde, sendo 68 equipes urbanas e 14 equipes rurais. O município conta com oito (8) equipes de Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) que apoiam as equipes de saúde da família, compostos por assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, médico ginecologista/obstetra; nutricionista, médico pediatra, psicólogo. Realiza-se exames complementares em quatro UBS (Unidade Básica de Saúde). Temos um pronto atendimento e um hospital geral onde tem especialistas

em Cardiologia, Ginecologia, Endócrino, Cirurgia, Ortopedia, nele, se fazem exames de rotina (Hemograma, glicemia, perfil lipídico, urina, fezes, raios-X, etc.).

A Unidade de Saúde de Abacate da Pedreira, no município Macapá, fica numa área rural de 1651 habitantes (registros do cadastro da população dos ACS). A UBS não reúne as condições necessárias para seu funcionamento, trata-se de um local pequeno, sem espaço onde os usuários possam esperar para serem atendidos, com estrutura antiga e inadequada, construção de madeira, deteriorada, não tem sala na farmácia, os medicamentos colocam-se em caixas no consultório médico, não temos sala para administrativos, não temos sala de curativo, nem de nebulização o que não permite o atendimento adequado aos usuários que o requerem. Não temos espaço destinado para a promoção e prevenção de saúde, não existe na UBS depósito para os resíduos, o que constitui um risco para a saúde de trabalhadores e usuários. O local é bastante reduzido para prestar assistência à saúde da população Não temos serviço de odontologia pelo que os usuários estão obrigados a se trasladar para este tipo de atendimento, igualmente ocorre com as especialidades.

Quanto às barreiras arquitetônicas temos grandes limitações, o piso tem uma altura de mais de 50 cm e não tem inclinação para as cadeiras com rodas, o banheiro não está preparado para este tipo de usuários. Além disso, fazemos os processos do atendimento que são possíveis com qualidade. Trabalha-se com consultas agendadas de doenças crônicas, e com diferentes grupos de risco de doenças como fumadores, sobrepesos, adolescentes, uso de drogas e álcool etc., mas não temos local para ações de promoção. São agendadas as consultas, mas também atendemos as demandas espontâneas. É um grande desafio, porém a equipe está comprometida e ciente de nosso papel nesta comunidade tão carente.

Nossa Unidade de saúde funciona com os princípios do SUS e não tem vínculo com instituições de ensino. Temos uma equipe de ESF formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de farmácia, 9 técnicos de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde (ACS). A distribuição dos ACS deve se à extensão territorial das áreas as quais também ficam distantes do posto. É a estratégia que a secretaria de saúde desenvolveu para facilitar o acesso dos agentes à população das áreas. Trabalhamos em 4 microáreas de modo que os técnicos de enfermagem e os ACS estão distribuídos e permanecem nas 4 áreas a semana toda, já o médico e a enfermeira nos trasladamos aos locais segundo o planejamento. Sendo assim, na

segunda feira trabalhamos em uma igreja em Ressaca, terça na unidade de Saúde Santo Antônio, quarta na unidade de saúde Lontra da Pedreira e nas quintas ficamos na UBS Abacate da Pedreira. Cada dia vamos na ambulância. Ainda temos comunidades descobertas (Mata fome e São Pedro dos Bois).

Considero que o tamanho da área e da população coberta está de acordo com a composição da equipe. O principal problema na atenção, segundo a minha opinião, é estrutural e para solucionar esse problema já elaboramos estratégias organizando os serviços na UBS em geral com um adequado planejamento das consultas e visitas domiciliares e deste modo fazemos consultas na comunidade para facilitar o acesso aos serviços médicos.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente da comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006).

Nossa atuação ocorre na unidade de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a nossa responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006)

Nossa equipe está atualizando as informações cadastrando as famílias e pesquisando todos os agravos de saúde, ação esta que foi decisão da nossa equipe depois da discussão dos problemas encontrados. Por isso, utilizamos as estimativas do Caderno de Ações Programáticas.

A população total da área de abrangência é de 1651 usuários, assim distribuídos:

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	386
Gestantes na área - 1,5% da população total:	15
Menores de 1 ano:	9
Menores de 5 anos:	47
Pessoas de 5 a 14 anos:	628
Pessoas de 15 a 59 anos:	906
Pessoas com 60 anos ou mais:	57
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão:	15
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes:	4

Tabela 1: Distribuição populacional Unidade de Saúde Abacate da Pedreira. Macapá/AP. 2015

A Organização do atendimento à demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em minha UBS no que se refere à escuta das necessidades dos usuários e ao cuidado prestado à demanda por atendimento para problema de saúde agudo não tem problemas graves, já que os usuários com situações imprevistas e que surgem sem agendamento prévio são atendidos no momento. Esses atendimentos se dão segundo as possibilidades de atendimento na UBS, a qual não tem serviço de urgência, sala para curativos, nebulização, etc. A realidade é que a demanda espontânea não é muito grande. Eu acho que, como ficamos num local adaptado, sem muitas possibilidades de atendimento, os usuários se dirigem a outras unidades de saúde para solucionar os problemas mais graves. Sem dúvidas, posso afirmar que em minha UBS todo usuário que chega a situações que requerem um atendimento imediato sem prévio agendamento é atendido até as possibilidades que a unidade permite. Se no momento da urgência estamos o médico e enfermeira presente o atendimento é feito com os escassos recursos de que temos. No caso contrário o transporte sanitário está disponível 24 horas todos os dias.

No documento do Ministério da Saúde (MS) Acolhimento à Demanda Espontânea, Caderno da Atenção Básica (CAB) nº 28 (BRASIL, 2013) se dispõe que para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”. Também é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Por isso nossa equipe realiza com frequência (2 vezes por semana) ações nas micro áreas onde todos os usuários que precisam, recebem atendimento. Em minha opinião, essas ações diminuem as necessidades e demandas que podem surgir na unidade de saúde.

Em relação à saúde da criança tive muitas dificuldades com os dados. Pesquisamos prontuário por prontuário e esse jeito se corre o risco de perder informações. Este exercício permitiu a equipe detectar a importância de ter um registro unitário de gestantes, puérperas e menores de 1 ano que até agora não existiam na UBS, trabalho que já pretendemos realizar. Neste caso, das crianças,

para todos os aspectos utilizamos os protocolos e manuais técnicos estabelecidos em quanto ao acompanhamento. Infelizmente as atividades coletivas de educação em saúde não são feitas por nossa equipe. Todos os membros da equipe fazem ações diretas com os usuários. Explicamos a cada usuário as medidas e orientações pertinentes em cada caso. Temos que organizar as ações de saúde necessárias para as atividades educativas que são tão importantes na prevenção em saúde. O caderno de ações programáticas estimou 35 crianças menores de um ano, mas não conseguimos saber o número real de crianças pertencentes a unidade, bem como os indicadores de qualidade.

O Brasil tem uma ampla cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2013).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Na unidade de saúde os resultados negativos se sobressaem. Tive muitas dificuldades para a obtenção dos dados. Pesquisamos prontuário por prontuário para obtê-los e dessa forma se corre o risco de perder informações. Esse levantamento permitiu a equipe detectar a importância de ter um registro unitário de gestantes, puérperas e menores de 1 ano que até agora não existe na UBS. Considero que nossa cobertura, poderia ser melhorada, pois há uma estimativa de 24 gestantes, mas temos cadastrado 15, o que nos leva a uma cobertura de 61%. Porém diante do fato de não termos ao certo o número de gestantes da área, este número pode estar superestimado. Os indicadores de qualidade se comportam como segue: Pré-natal iniciado no 1º Trimestre 11 (73%), consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde 10 (67%), solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados 13 (87%), gestantes com Vacina antitetânica 14 (93%) e Vacina contra hepatite B conforme protocolo 13 (87%), Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo 12 (80%), Exame ginecológico por trimestre 9(60%), Avaliação de saúde bucal 9(60%), todas receberam orientação

para aleitamento exclusivo (100%). As consultas são feitas pelo médico e a enfermeira prévio agendamento das técnicas de enfermagem.

Em relação ao puerpério, havia uma estimativa de 35 puérperas, porém nove estão cadastradas, numa estimativa de cobertura de 26%. Além disso, dentro dos indicadores de qualidade podemos demonstrar que só 44% tiveram as suas consultas de pós-parto até 42 dias após o nascimento dos bebês, o que evidencia falhas em relação a este público, 7 % recebeu orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido. O 8 % Receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo. 89% receberam orientação sobre planejamento familiar, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Só 9 % delas foram examinadas segundo protocolo estabelecido.

A ação de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, em nossa unidade tem uma baixa cobertura. Eram estimadas 348 mulheres, mas tem 189 registradas, o que traz uma cobertura estimada de 54 %. Entre os indicadores de qualidade do CAP observaram-se que 88 % das mulheres têm exames realizados, 35 % de mulheres foram avaliadas no risco para câncer de colo de útero, 62 % foram orientadas sobre prevenção de CA de colo de útero e 85 % sobre DST's. Nossa unidade de saúde não tem instrumentos nem equipamentos para fazer exame citopatológico, não tem mesa ginecológica, nossos usuários têm que fazer exames em laboratórios particulares ou em outra UBS em zona urbana. Antes não tinha médico e isso dificultava o adequado controle das mulheres. Dessa forma infelizmente, muitas mulheres ficam sem avaliação para esse controle. Nos prontuários não há registros de resultados de exames e nem se foram realizados ou não. No caso do programa do câncer de mama foi ainda mais difícil de preencher. Tive que recorrer à memória da equipe, prontuários e relatórios mensais da produtividade.

A cobertura da prevenção do câncer de mama está em 65%, com 38 % das mulheres com a mamografia em dia, 68% receberam avaliação de risco para câncer de mama e 66 % delas receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. As usuárias vêm à consulta tardiamente, não tem conhecimento do autoexame de mama e a importância do mesmo. Além disso, as mulheres que são referidas ao mastologista não voltam, não existe contra referência necessária para o acompanhamento na área. Em nosso estado as usuárias têm muitas dificuldades para a realização de mamografia então, não se realiza um rastreamento amplo.

Além disso, falta o exame clínico anual por parte dos profissionais e o autoexame de cada mulher nas idades de risco. Temos falta de trabalho na comunidade, faltam ações de prevenção e educação da população.

Em relação à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi possível preencher os dados solicitados por meio do registro do Sistema de cadastramento e acompanhamento do hipertenso e do diabético (HIPERDIA). Algumas informações precisaram recorrer aos prontuários dos usuários, este registro que fica na unidade corresponde apenas aos usuários que fazem o acompanhamento lá. Também demonstra que ainda temos hipertensos e diabéticos não diagnosticados. O estudo demonstrou que só controlamos 5 % de usuários hipertensos e diabéticos de nossa área. Os poucos hipertensos e diabéticos com acompanhamento por nossa equipe são bem seguidos na consulta e visitas domiciliares. Não é possível prestar o serviço odontológico na unidade, não existe equipe de saúde bucal e nem o consultório odontológico.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 291. Deles acompanhados na UBS só 15 (5%). Os indicadores de qualidade se comportam como segue: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 11 (73%), Exames complementares periódicos em dia 13(87%), 87 % receberam orientação sobre prática de atividade física regular, 73% com orientação nutricional para alimentação saudável, e 47% receberam avaliação de saúde bucal em dia.

Temos uma expectativa de 83 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados só 4 (5%). Deles todos têm os exames complementares ao dia e o 75 % tem exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. O 50 % receberam avaliação de saúde bucal em dia. Temos vários aspectos a serem melhorados. O fundamental é a pesquisa dos diabéticos e hipertensos que ficam na área que não tem diagnóstico e por tanto não fazem tratamento. Outro aspecto consiste em identificar os usuários já diagnosticados que não fazem seguimento na UBS. É necessário esse contato para se averiguar o controle na rede privada adequadamente. O Caderno de atenção básica de Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) explica a importância de que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem

terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária).

Temos que formar grupos de diabéticos e hipertensos para realizar ações de promoção de saúde, prática de esportes, cuidado de pé diabético, orientação nutricional para alimentação saudável, etc. Um ponto de grande debilidade é a atenção à saúde bucal. Não temos este tipo de serviço na UBS. Deve-se melhorar o sistema de referência e contra referência para garantir que os usuários sejam atendidos com a qualidade requerida.

Na atenção prestada à Saúde do Idoso, detectamos que a forma de registro não permite o adequado acompanhamento dos idosos. Os hipertensos e diabéticos tem um bom seguimento na UBS e foi só pesquisar no registro HIPERDIA. Para o resto foi preciso revisar os prontuários dos idosos da minha área. Havia uma estimativa de 86 idosos, mas encontramos 69 de idosos cadastrados, o que nos leva a uma estimativa de 80 % de cobertura. Dentre os indicadores de qualidade podemos destacar que dentre os idosos cadastrados 32 (46%) estão com a avaliação em dia, 46 % têm acompanhamento em dia, 35% têm avaliação de risco para morbimortalidade e temos só o 17% com investigação de indicadores de fragilização na velhice.

O documento Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2006) mostra a necessidade de ressaltar que a Área Técnica Saúde do Idoso e reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo. Considero que devemos começar por ter identificados todos os idosos de nossa área de abrangência e identificar todas suas necessidades de saúde para poder dar o atendimento personalizado que se precisa. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que,

apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Temos sérias dificuldades na estrutura da UBS, contudo, não há dúvidas que, além disso, a UBS de Abacate da Pedreira apresenta irregularidades e limitações. Estas dificultam o trabalho da equipe frente à assistência e aos cuidados prestados à comunidade. A falta de equipe de Saúde Bucal também é um ponto que desfavorável que merece destaque. Influência negativamente na atenção prestada não contar com sala para o adequado acolhimento, não ter serviço de odontologia e laboratório. O principal problema consiste em sensibilizar à equipe que tem que compreender a necessidade de realizar mais ações nas comunidades. A prevenção e promoção têm que ser constante. Fazer buscas ativas para os usuários de risco, para aquelas mulheres que não fazem citologia e planificação familiar, as crianças sem puericulturas, as gestantes sem pré-natal, etc. Acho que todo isso é nosso maior desafio. Temos que mensurar que dentre os pontos favoráveis, destaca-se o compromisso dos demais profissionais com a saúde da população e a realização desta Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Através deste estudo, posso obter uma visão mais crítica acerca da realidade e programar de forma sistemática e holística as implementações, mudanças e recomendações necessárias para melhoria da assistência à saúde dessa população de acordo com a necessidade local e perfil dos demais profissionais.

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

Considero que desde o início deste curso tenho clara a importância da estratégia de saúde da família na elevação da qualidade de vida das comunidades, mas durante estas semanas me dei conta de tudo que falta por fazer para lograr este nosso objetivo. A realização da análise situacional foi de grande importância para mim, me ajudando na identificação de nossas debilidades na atenção da comunidade. Além disso, contribuiu para a sensibilização da equipe na necessidade de superar as dificuldades. Ao fazer uma comparação entre as atividades realizadas na segunda semana de ambientação com o relatório de análise situacional, pode-se

perceber que a maioria dos problemas evidenciados ainda permanece, porém agora percebemos a importância dos registros.

São notáveis algumas melhorias, como um maior cumprimento e dedicação por parte da equipe frente à assistência de acordo com os protocolos e manuais técnicos referentes à Saúde da Criança; Pré-natal e Puerpério; Hipertensão e Diabetes; e demais programas da Atenção Básica. Enfim, permaneço na expectativa da regularização estrutural e material da UBS para que eu, juntamente com toda equipe, possamos intervir com mais qualidade na assistência à saúde dessa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Decidimos na equipe trabalhar o tema Hipertensão e Diabetes porque a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2013).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz

respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado com Hipertensão e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013).

Trabalho na UBS Abacate da Pedreira, no município Macapá, estado Amapá. Minha UBS não reúne as condições necessárias para seu funcionamento, trata-se de um local pequeno, com problemas estruturais, sem espaço definidos para consulta, farmácia nem pra o acolhimento dos usuários. Não temos laboratório nem serviço de laboratório e odontologia.

Minha equipe está integrada por um médico, uma enfermeira, 9 técnicos de enfermagem e 9 agentes comunitários. A área de abrangência inclui 1651 pessoas. Em relação aos aspectos relacionados ao meu foco posso dizer que temos uma baixa cobertura, pois só existem 15 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão cadastradas e 4 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes, e em ambos os casos isso representa ele 5 % de cobertura em cada doença.

Os indicadores que medem qualidade na atenção ao usuário com hipertensão e diabetes expressam as dificuldades já identificadas por nossa equipe, com 73% dos hipertensos com estratificação de risco, com apenas 43% com avaliação de saúde bucal. Do total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS 75% estão com exame físico dos pés realizados, bem como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, e ainda somente 50% com avaliação de saúde bucal.

A prevalência de hipertensão em diabéticos é por si só menos duas vezes maior do que na população em geral. No diabetes tipo I a hipertensão se associa a nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é crucial para retardar a perda da função renal. No diabetes tipo II a hipertensão se associa a síndrome de resistência a insulina e ao alto risco cardiovascular. Estudos em diabéticos e hipertensos ressaltam a importância da redução da hipertensão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao Diabetes (BRASIL, 2013).

O Brasil tem uma ampla morbimortalidade por estas doenças, igual ao resto do mundo, sendo as principais causas de morte. Em nossa UBS temos dificuldades no diagnóstico e seguimento dos usuários, destes indicadores permitiram mostrar a realidade de minha UBS.

Nossa equipe tem grandes dificuldades para trabalhar. A área de abrangência está distribuída em 4 comunidades. O médico e a enfermeira vão cada de dia da semana a uma comunidade. Isso dificulta as ações de promoção e as visitas domiciliares porque temos que concentrar as ações no próprio atendimento. Por isso as ações de promoção são feitas fundamentalmente pelas técnicas de enfermagem e os ACS. As visitas domiciliares estão limitadas por questão de falta de tempo. E ainda temos a dificuldade em relação ao transporte, pois o transporte sanitário está trasladando pessoas doentes, está quebrado, com falta de combustível, e assim temos que fazer nosso traslado com ajuda de outros transportes e isso atrapalha e faz perder tempo de atendimento. Estes aspectos poderiam atrapalhar nossa intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Abacate da Pedreira, Macapá- AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos

Meta 1.1 Cadastrar 30 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 30 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e diabéticos

Meta 2.3 Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos

Meta 2.4 Garantir solicitação exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas 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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde 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 saúde nos usuários hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Abacate da Pedreira, no Município de Macapá, estado Amapá. Participarão da intervenção as pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Este monitoramento será feito através de um livro dedicado ao programa HIPERDIA, que contem todos os dados dos usuários hipertensos e diabéticos. Os técnicos de enfermagem serão os responsáveis de completar as informações que serão fornecidos pelos ACS. Cada 15 dias a enfermeira monitorará a qualidade do registro das informações durante os encontros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Garantir o registro dos hipertensos através do monitoramento das fichas-espelhos. As técnicas de enfermagem são responsáveis das fichas espelhos. Nos encontros quinzenais da equipe serão monitoradas as fichas por parte da enfermeira

- Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS.

O acolhimento dos hipertensos será feito em cada comunidade pela técnica de enfermagem que também organizará a agenda de forma que todos possam ser acolhidos mesmo sem agendamento prévio. Os ACS também estarão capacitados para fazer o acolhimento com qualidade.

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

Estes materiais são sempre reivindicados pela equipe aos gestores através de ofícios. Cada mês nos encontros mensais de ESF reitera-se a necessidade de contar com um maior número de esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

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

Informar a comunidade sobre o programa HIPERDIA, sobre a importância da aferição regular da pressão arterial, sobre o rastreamento para o Diabetes Mellitus (DM) e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Esta ação será realizada através de palestras realizadas pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

- Capacitar os ACS para cadastro de hipertensos e diabéticos e a equipe para aferição de PA de formas criteriosa e realização do hemoglicoteste.

Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe. Cada 15 dias nos encontros da equipe o médico capacitará a equipe de forma planejada segundos temas da intervenção

META 1.2. Cadastrar 30 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Este monitoramento será feito através de um livro dedicado ao programa HIPERDIA, que contem todos os dados dos usuários hipertensos e diabéticos. Os técnicos de enfermagem serão os responsáveis de completar as informações que serão fornecidos pelos ACS. Cada 15 dias a enfermeira monitorará a qualidade do registro das informações durante os encontros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Garantir o registro dos diabéticos através do monitoramento das fichas-espelhos. As técnicas de enfermagem são responsáveis das fichas espelhos. Nos encontros quinzenais da equipe serão monitoradas as fichas por parte da enfermeira.

- Melhorar o acolhimento para os usuários com diabetes.

O acolhimento dos diabéticos será feito em cada comunidade pela técnica de enfermagem quem também organizará a agenda de forma que todos possam ser acolhidos mesmo sem agendamento prévio. Os ACS também estarão capacitados para fazer o acolhimento com qualidade.

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

Garantir material adequado para os diabéticos (glicosímetro e fitas) na unidade de saúde.

Estes materiais são sempre reivindicados pela equipe aos gestores através de ofícios. Cada mês nos encontros mensais de ESF reitera-se a necessidade de contar com um maior número de glicosímetros e fitas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Informar a comunidade sobre o programa HIPERDIA, sobre a importância da aferição regular da pressão arterial, sobre o rastreamento para o Diabetes Mellitus (DM) e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Esta ação será realizada através de palestras realizadas pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Capacitar os ACS para cadastro de hipertensos e diabéticos e a equipe para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe. Cada 15 dias nos encontros da equipe o médico capacitará a equipe de forma planejada segundo temas da intervenção.

Objetivo 2. Melhorar a Qualidade da Atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuáriohipertensos.

Revisar-se-á com frequência mensal os prontuários dos hipertensos para avaliar o acompanhamento em quanto a realização do exame clínico por trimestre. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

A enfermeira chefe da equipe de saúde em reunião mensal distribuirá as funções de cada membro da equipe, e organizará as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos, estabelecendo a periodicidade para as atualizações dos profissionais. Cada 15 dias nos encontros da equipe se realizarão as capacitações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- 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.

Os ACS e os técnicos de enfermagem orientarão 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, para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste. Esta ação será realizada através de palestras realizadas pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar à equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado de hipertensos e diabéticos e para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe. Cada 15 dias nos encontros da equipe o médico capacitará a equipe de forma planejada segundo temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Se revisará com frequência mensal os prontuários dos hipertensos e diabéticos para avaliar o acompanhamento em quanto a realização do exame clínico por trimestre. Mensalmente a enfermeira monitorará a qualidade do registro das informações durante os encontros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

A enfermeira chefe da equipe de saúde em reunião mensal distribuirá as funções de cada membro da equipe, e organizará as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos, estabelecendo a periodicidade para as atualizações dos profissionais. Cada 15 dias nos encontros da equipe se realizarão as capacitações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Os ACS e os técnicos de enfermagem orientarão 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, para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar à equipe de saúde para realização de exame clínico apropriado de hipertensos e diabéticos e para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma planejada segundo temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Se revisará com frequência mensal os prontuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. A informação será passada aos ACS para monitorar os hipertensos e diabéticos em relação à realização de exames laboratoriais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

A enfermeira chefe equipe e médico realizarão a solicitação dos exames complementares de acordo com periodicidade recomendada e para o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Informar aos usuários e comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares, ação que será realizada através de palestras pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

O médico deve capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma planejada segundo temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Se revisará com frequência mensal os prontuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. A informação será passada aos ACS para monitorar os hipertensos e diabéticos em relação à realização de exames laboratoriais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

A enfermeira chefe equipe e médico realizarão a solicitação dos exames complementares de acordo com periodicidade recomendada e para o gestor municipal a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares

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

Informar os usuários e comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares ação que será realizada através de palestras pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

O médico deve capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma planejada segundo temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A enfermeira monitorará o acesso aos principais medicamentos em uso por os usuários com hipertensão e diabetes da farmácia popular. Na comunidade não temos Farmácia Popular. A enfermeira mensalmente avaliará os pedidos dos medicamentos segundo as necessidades dos usuários em conjunto com a farmacêutica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

As técnicas de enfermagem realizarão um registro dos medicamentos usados pelos usuários e a farmacêutica realizará o controle deste estoque incluindo validade de medicamentos e com frequência mensal a enfermeira avaliará o estoque e o registro dos medicamentos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Informar a comunidade sobre o programa HIPERDIA, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O médico tem que estar atualizado no tratamento da hipertensão e realizará capacitação periódica para a equipe orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma planejada segundos temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Os ACS são responsáveis pelo monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia durante seu trabalho diário quando fazem as visitas domiciliares dos usuários. Cada 15 dias nos encontros semanais informarão à equipe sobre o tema.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

As técnicas de enfermagem realizarão um registro dos medicamentos usados pelos usuários e a farmacêutica realizará o controle deste estoque incluindo validade de medicamentos e com frequência mensal a enfermeira avaliará o estoque e o registro dos medicamentos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. O médico tem que estar atualizado no tratamento da hipertensão e realizará capacitação periódica para a equipe orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O médico tem que estar atualizado no tratamento da hipertensão, e realizará capacitação periódica a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma planejada segundo temas da intervenção.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Os ACS têm que monitorar periodicamente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico durante seu trabalho diário quando fazem as visitas domiciliares dos usuários. Cada 15 dias nos encontros semanais informarão á equipe sobre o tema. Uma técnica de enfermagem será responsável da agenda para o serviço de odontologia na UBS Marcelo Candia

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Os ACS têm que monitorar periodicamente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico durante seu trabalho diário quando fazem as visitas domiciliares dos usuários. Cada 15 dias nos encontros semanais informarão á equipe sobre o tema. Uma técnica de enfermagem será responsável da agenda para o serviço de odontologia na UBS Marcelo Candia

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar-se-á a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A equipe receberá capacitação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Os ACS têm que monitorar periodicamente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico durante seu trabalho diário quando fazem as visitas domiciliares dos usuários. Cada 15 dias nos encontros semanais informarão á equipe sobre o tema. Uma técnica de enfermagem será responsável da agenda para o serviço de odontologia na UBS Marcelo Candia

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos

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

Os ACS têm que monitorar periodicamente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico durante seu trabalho diário quando fazem as visitas domiciliares dos usuários. Cada 15 dias nos encontros semanais informarão á equipe sobre o tema. Uma técnica de enfermagem será responsável da agenda para o serviço de odontologia na UBS Marcelo Candia

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar-se-á a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A equipe receberá capacitação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma

Objetivo 3. Melhorar a Adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao programa

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As técnicas de enfermagem quem são as responsáveis da agenda e os registros informarão aos ACS semanalmente das consultas planejadas para os

hipertensos e diabéticos. Os ACS têm que monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e fazer a busca ativa deles para cumprimento da agenda. Nos encontros semanais os ACS informarão sobre o cumprimento das ações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

As técnicas de enfermagem organizarão semanalmente a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares feitas pelos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Orientar-se-á a comunidade sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Organizar-se-ão intercâmbios com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A equipe receberá capacitação para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma.

Meta3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As técnicas de enfermagem quem são as responsáveis da agenda e os registros informarão aos ACS semanalmente das consultas planejadas para os hipertensos e diabéticos. Os ACS têm que monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e fazer a busca ativa deles para cumprimento da agenda. Nos encontros semanais os ACS informarão sobre o cumprimento das ações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

As técnicas de enfermagem organizarão semanalmente a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares feitas pelos ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Orientar-se-á a comunidade sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Organizar-se-ão intercâmbios com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A equipe receberá capacitação para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma.

Objetivo 4. Melhorar o Registro das Informações

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As técnicas de enfermagem serão as responsáveis dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. Cada 15 dias nos encontros da equipe a enfermeira avaliará a qualidade dos registros. (fichas espelhos, livro HIPERDIA, agenda)

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

• 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.

A enfermeira definirá um responsável pelo monitoramento do registro que deve manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, manter registro das informações, e 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. No encontro primeiro da equipe ficará definida a função de cada técnica de enfermagem nos registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar-se aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário à comunidade. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A equipe receberá capacitação para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias de forma.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As técnicas de enfermagem serão as responsáveis dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Cada 15 dias nos encontros da equipe a enfermeira avaliará a qualidade dos registros. (fichas espelhos, livro HIPERDIA, agenda).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- 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.

A enfermeira definirá um responsável pelo monitoramento do registro que deve manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, manter registro das informações, e 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. No encontro primeiro da equipe ficará definida a função de cada técnica de enfermagem nos registros.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar-se aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário à comunidade. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

A equipe receberá capacitação para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

Objetivo 5. Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Nos encontros quinzenais a enfermeira monitorará o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano avaliando os prontuários dos usuários

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO'

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

As técnicas de enfermagem são as responsáveis da organização da agenda priorizando o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados do alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Orientar-se-á aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Capacitar-se-á a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Nos encontros quinzenais a enfermeira monitorará o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano avaliando os prontuários dos usuários

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

As técnicas de enfermagem são as responsáveis da organização da agenda priorizando o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados do alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Orientar-se-á aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia

da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Capacitar-se-á a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

Objetivo 6. Promover a Saúde de Hipertensos e Diabéticos

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos

Nos encontros quinzenais a enfermeira avaliará a qualidade do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos monitorando a realização de orientação nutricional.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

A enfermeira organizará as práticas coletivas sobre alimentação saudável e realizará as demandas junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, que não temos em nossa UBS. Cada mês a enfermeira fará ofício solicitando ao gestor da UBS Marcelo Candia um nutricionista para atividade mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Os ACS orientarão em visitas domiciliares e palestras a hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, e metodologias de educação em saúde. Esta capacitação será realizada através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Nos encontros quinzenais a enfermeira monitorará a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos revisando os registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

O médico e enfermeira organizarão as práticas coletivas para orientação de atividade física, e demandaram junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. A enfermeira através de ofício realizará as demandas junto ao gestor parcerias institucionais para envolver aos professores das escolas da área de abrangência para realizar as atividades mensalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar-se-á aos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, e sobre metodologias de educação em saúde. Esta capacitação será realizada através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Nos encontros quinzenais a enfermeira monitorará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos avaliando os registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

O médico e enfermeiras demandarão junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Estamos na espera de passar o curso. Depois cada mês os medicamentos são depositados na unidade de um pedido feito pela enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Se orientar aos hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas

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

O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas, e metodologias de educação em saúde. Esta capacitação será realizada através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Nos encontros quinzenais a enfermeira monitorará a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos avaliando os registros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

O médico e enfermeira organizarão o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Se orientará aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. As ações de promoção serão feitas nas visitas domiciliares, na unidade no momento de maior afluência de usuários cada dia da semana segunda planificação das consultas. As técnicas de enfermagem e os ACS serão os responsáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre orientações de higiene bucal. Esta capacitação será realizada através de um treinamento para toda a equipe cada 15 dias.

2.3.2 Indicadores

Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 30% 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 cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativa ao Objetivo 2:

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3 Proporções 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 cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporções 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 Proporções 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 cadastrados 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 Proporções 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 cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7 Proporções 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 cadastrados.

Indicador 2.8 Proporções 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.

Relativa ao Objetivo 3:

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

Indicador 3.1 Proporções 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 Proporções 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.

Relativa ao Objetivo 4:

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

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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

Relativa ao Objetivo 5:

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

Indicador 5.1 Proporções 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 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Relativa ao Objetivo 6:

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

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

Numerador: Número de 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 cadastrados.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 usuáriorhipertensos cadastrados.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 usuáriorhipertensos cadastrados.

Indicador 6.7 Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus será adotado os materiais do Ministério da Saúde, Caderno de Estratégia para o cuidado das pessoas com Doença Crônica Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e Caderno de estratégia para o cuidado das pessoas com Hipertensão Arterial (BRASIL, 2013). Serão utilizadas as fichas espelhos fornecidas pelo curso, e será solicitada para a gestão a impressão destas fichas. Além disso, serão utilizadas as planilhas eletrônicas disponibilizadas pelo curso para o registro semanal, este registro será realizado por as técnicas de enfermagem.

Na reunião com o resto da equipe decidimos começar o projeto com uma estimativa de cobertura de 30 % em quatro meses e continuar o trabalho intensamente até completar o acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos que são nosso objetivo. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados (Caderno da Hiperdia e planilha complementar eletrônica). A enfermeira fará contato com a Secretaria Municipal de Saúde para dispor 180 fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados e as fichas espelhos fornecidas pelo curso e impressas pela gestão.

Para organizar o registro específico do programa as técnicas de enfermagem serão as responsáveis, e a cada mês, a enfermeira revisará o livro de registro do programa identificando todos os hipertensos e diabéticos localizando os prontuários, verificando o cumprimento e qualidade das consultas em atraso (periodicidade das consultas), realização e avaliação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida, avaliação de risco cardiovascular, avaliação de complicações de órgãos alvo, uso de medicação da farmácia popular. As técnicas de enfermagem transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para as fichas. No primeiro monitoramento a enfermeira anexará uma anotação com as dificuldades encontradas (consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso).

É importante lembrar que nosso atendimento é atípico já que se subdivide em quatro comunidades, sendo destinado um dia de cada semana para dar consulta a cada uma delas. Por isso já foram orientados os técnicos e ACS no cadastramento e monitoramento dos hipertensos e diabéticos. Eles serão responsáveis pelos cadastramentos dos usuários da área de abrangência. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas na primeira sexta-feira do mês durante o horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. O resto das capacitações ocorrerá cada quinze dias sendo responsabilidade do médico e a enfermeira. Cada membro da equipe estudará uma parte do Manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Realizará-se discussão dinâmica dos temas que apesar de ser vários não são difíceis já que são aspectos de manejo diário. Nestes contatos serão disponibilizados para o monitoramento das ações e a capacitação da equipe em todos os temas planejados.

Os acolhimentos diários dos usuários que procuram atendimento na UBS serão feitos pelas técnicas de enfermagem, quem terá garantido o material adequado para a medida da pressão arterial a todos os maiores de 18 anos e a realização do hemoglicoteste a todos os usuários com tensão arterial maior que 135/80mmhg. Contamos com uma ambulância a disposição o tempo todo que presta

serviço para o traslado dos usuários com intercorrências graves que requeira atenção hospitalar.

Em quanto ao a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos deveremos enfrentar a grande dificuldade de não contar com serviço odontológico na unidade. Faremos contato com gestor da UBS Marcelo Candia para poder organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As palestras serão realizadas pelas técnicas de enfermagem e os ACS na unidade aproveitando os momentos de maior afluência dos usuários e as visitas domiciliares com o objetivo de sensibilizar a comunidade com temas planejados e fundamentais.

• Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.	x											
• Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.	x											
• Garantir a solicitação dos exames complementares.	x											
• Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.	x											
• Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.	x											
• Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.	x											
• Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.	x				x				x			

• Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	x				x				x			
• Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos	x		x		x		x		x		x	
• Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;	x		x		x		x		x		x	

•Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.												
•Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.	x											
• Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).	x		x		x		x		x		x	

de risco modificáveis.												
• Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.		x		x		x		x		x		x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe depois de realizar a análise situacional concluiu que a cobertura no atendimento aos hipertensos e diabéticos estava muito baixo, com só 5% deles em acompanhamento. Foi então que decidimos realizar uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. A ação programática durou doze semanas, seguindo as pautas traçadas pela Universidade Federal de Pelotas e o Ministério de Saúde. Nesta intervenção conseguimos o aprimoramento da gestão, organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, qualificação da prática clínica e algo muito importante: a adesão da comunidade.

Ficou evidente que o problema fundamental estava dado pelo sub-registro dos hipertensos e diabéticos. Sendo assim, desenvolvemos as ações planejadas no cronograma. Dentre as ações realizadas primeiramente capacitamos a equipe em todos os temas necessários segundo cronograma. A pesquisa ativa foi realizada fundamentalmente pelos ACS e com isso, e a medida que a intervenção ocorria a quantidade de hipertensos e diabéticos que procuraram nosso atendimento na unidade aumentou. A agenda foi organizada dando prioridade para eles. Os usuários foram acolhidos diariamente pelas técnicas de enfermagem, além de equipe toda que ficou envolvida nesta atividade. Realizamos uma avaliação contínua e monitoramento das ações. Monitoramos o desenvolvimento do cadastro, avaliando a cada 15 dias a qualidade dos registros nos encontros da equipe. Durante nossa intervenção conseguimos ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.

Tivemos melhorias no atendimento clínico destes usuários nas consultas na UBS devido à incorporação de todos os aspectos necessários para um atendimento

de qualidade segundo os protocolos do Ministério da Saúde, avaliando cada usuário com avaliação do risco para doenças cardiovasculares, indicação dos exames laboratoriais e a prescrição dos medicamentos do programa de HIPERDIA. Assim como foi feita a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, também foram feitas as orientações nutricionais para uma alimentação saudável. As atividades da equipe são feitas nas quatro comunidades da nossa área de abrangência. Os técnicos de enfermagem e os ACS estão distribuídos e permanecem nas quatro áreas a semana toda fazendo pesquisas ativas e atividades de promoção de saúde. O médico e a enfermeira se deslocam para as comunidades segundo o planejamento. Sendo assim, na segunda feira trabalhamos em uma igreja em Ressaca, terça na unidade de Saúde Santo Antônio, quarta na unidade de saúde Lontra da Pedreira e nas quintas ficamos na UBS Abacate da Pedreira. Cada dia vamos de ambulância. Não foi um problema as faltas às consultas planejadas porque os ACS estiveram sempre citando os usuários e fazendo a busca dos faltosos. Outro aspecto importante foram as visitas domiciliares, pois acrescentamos esta atividade para toda a população e fundamentalmente para quem tem dificuldades para ir à unidade.

As atividades de promoção de saúde foram intensificadas durante a intervenção e elas já constituem parte da nossa rotina de trabalho. Elas foram dirigidas à comunidade toda, e em particular aos hipertensos e diabéticos, tendo desenvolvido temas importantes como alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Tiveram uma muito boa aceitação. Aproveitamos os momentos da maior afluência da população na unidade para falar acerca de todos os temas planejados no cronograma. As técnicas de enfermagem e os ACS foram os responsáveis diariamente pelas palestras com o apoio da enfermeira e o médico. Foi importante aproveitar os preparativos das festividades do santo padroeiro da comunidade de Santo Antônio, neste espaço de reunião encontramos apoio para a participação de todos.

Dentre as ações desenvolvidas parcialmente está a priorização de prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Não todos os hipertensos e diabéticos tomam estes remédios porque muitos usuários têm acompanhamento por especialistas que não tem hábito da prescrição deles. Também tem usuários que

não conseguem se compensar com os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Ainda precisamos de mais material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde. A enfermeira já fez a solicitação ao gestor municipal. Outro aspecto importante é o atendimento odontológico e a realização dos exames complementares. Nossa unidade não conta com estes serviços, então a estratégia tomada foi o atendimento de nossos usuários na UBS Marcelo Candia. Uma das nossas técnicas de enfermagem cuida desta agenda e seu cumprimento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas. Mas ficaram pendentes as parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas para a prática ativa e regular de atividade física dos hipertensos e diabéticos bem como acompanhamento nutricional.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Neste aspecto também não tivemos grandes dificuldades. Às vezes nos faltaram fichas espelho, mas conseguimos sempre recuperá-las nas semanas seguintes. Nossos dados foram crescentes ao longo do tempo, assim que não tivemos dificuldades no cálculo dos indicadores. O saldo foi sempre positivo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações do projeto estão incorporadas na nossa rotina de trabalho. Só que temos logicamente limitações. A comunidade tem uma grande dificuldade ao não contar com uma UBS bem estruturada e por tanto o acesso aos exames complementares é difícil, pois não temos laboratório na unidade. Isso é uma grande dificuldade, mas já estabelecemos como estratégia que os exames serão feitos na UBS Marcelo Candia. Fica distante, mas nossos usuários fazem um esforço para estar ao dia. O mesmo acontece com o atendimento odontológico. O ideal é poder contar com estes serviços na própria comunidade. Estas dificuldades foram repassadas ao gestor municipal. Enquanto isso não acontece, nós fazemos o maior

esforço brindando um serviço de qualidade e traçando as estratégias precisas para o melhor atendimento. Isto é já uma recomendação de nosso projeto.

Tivemos um encontro na Secretaria Municipal de Saúde ficou estabelecido um cronograma de atendimento às comunidades sem cobertura médica. Assim será possível o atendimento de 100% dos hipertensos e diabéticos fazendo valer os princípios do SUS.

Estamos conscientes que o trabalho deve continuar, vamos continuar cadastrando e registrando os usuários que ainda não temos cadastrados. A coleta de dados na unidade ajudou a melhorar organização do trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos. A morbidade oculta é muito frequente e as complicações são um problema de saúde muito grande. Acho que ficamos mais fortalecidos, ainda temos que continuar trabalhando mais está sendo uma experiência muito interessante.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.

Meta: Cadastrar 30 % dos hipertensos e diabéticos 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 aos hipertensos na unidade de saúde.

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

Nossa área de abrangência tem 1651. Destes, estima-se que 251 são hipertensos e 62 diabéticos. Ao início da intervenção tínhamos só 15 hipertensos e 4 diabéticos em acompanhamento na unidade o que representava 5 % da população. Durante a intervenção conseguimos não só atingir nossa meta como a ultrapassamos. Em relação aos hipertensos no mês primeiro cadastramos 36 usuários (14,3%). Já o segundo mês foram 69 usuários (27,5%). Neste momento temos 120 hipertensos cadastrados. Isto representa 47,8 % da população estimada conforme demonstra a figura 1. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês cadastramos 13 usuários (21%). Já no segundo mês foram 29 usuários (46,8%). Neste momento temos 51 diabéticos cadastrados e isto representa (82,3%) conforme demonstra a figura 2. A pesquisa ativa por parte de toda a equipe foi fundamental para lograr este resultado. Certamente ainda falta trabalho por fazer.

Temos que conseguir acompanhar com qualidade todos os hipertensos. Já começamos com o cronograma de visitas a comunidades mais distantes que não contam com serviços médicos. Considero que estas ações darão frutos rapidamente.

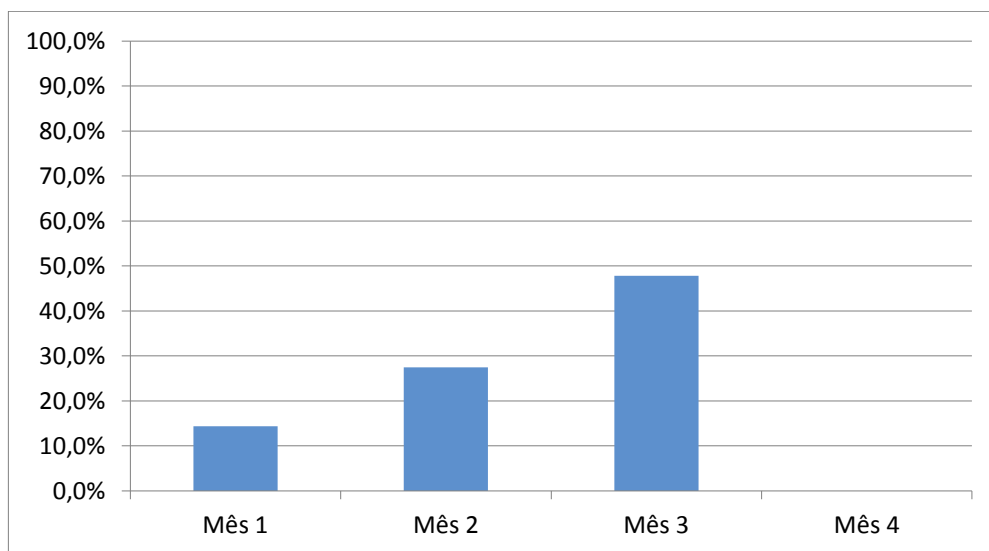


Figura 1: Cobertura de hipertensos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados

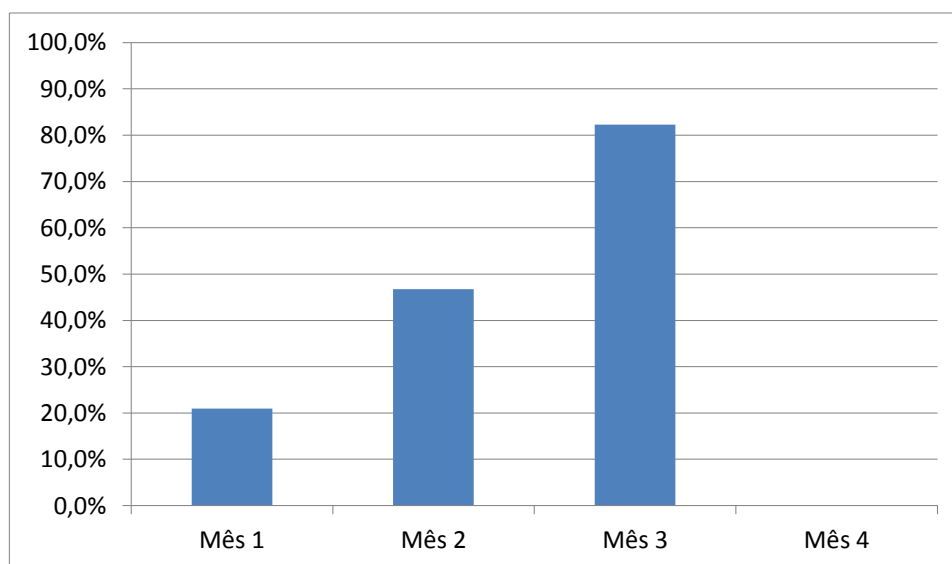


Figura 2: Cobertura de diabéticos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

Meta: 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.

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

Fizemos o exame clínico a todos os hipertensos e diabéticos segundo protocolo estabelecido, avaliando integralmente e definindo os riscos dos hipertensos e diabéticos. Colocamos em prática desde o início da intervenção o protocolo e houve a aceitação da equipe. A proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo de forma apropriada foi de 100% (120) dos hipertensos e de 100% (51) dos diabéticos nos três meses. Os resultados alcançados também foram conseguidos através das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde motivando-os, sendo este importante para ajudar os usuários e pela definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico. Com os resultados alcançados o mais importante é que o trabalho continue na rotina do serviço em nossa unidade para que possamos realizar um bom exame clínico e continuar melhorando a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos. Por isso temos nos 3 meses da intervenção 100 % sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos foram examinados sendo que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51.

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a solicitação 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.

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

Durante os 3 meses da intervenção tivemos excelentes resultados. Todos os usuários fizeram os exames indicados, porém temos que destacar a dificuldade de que não possuímos com laboratório na unidade. A estratégia tomada foi estabelecer que todos os exames indicados fossem feitos na UBS Marcelo Candia. Fica distante, mas os usuários estão sensibilizados sobre a importância de estar bem avaliados e com todos os exames em dia. Este aspecto também foi discutido com os gestores responsáveis por esta solução. Por isso temos nos 3 meses da intervenção 100 % sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51. O trabalho educativo das equipes, divulgando a importância e necessidade da realização dos exames nas ações de saúde das comunidades, em consultas e palestras ajudou na sensibilização da população sobre a importância de fazer os exames.

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

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

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

No acompanhamento dos usuários é prioridade indicar para o tratamento os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, mas, nem todos os hipertensos e diabéticos tomam estes medicamentos. Algumas destas pessoas têm acompanhamento com especialistas que indicam outros esquemas que contém medicamentos que não formam parte do programa HIPERDIA. Até por que tem usuários que não conseguem o controle com esses medicamentos. Também é uma possibilidade que alguns especialistas não tenham o hábito de indicá-los. Por estas razões o gráfico mostra algumas variações. O indicador 2.5 se comportou como segue: no mês 1 foram 25 hipertensos num total de 71,4%, no mês 2 tivemos 53 usuários para um total de 77,9 % e no último mês terminamos com 99 usuários para um total de 83,2 % conforme figura 4. O indicador 2.6 se comportou de forma parecida: no mês 1 foram 11 usuários com um total de 84,6 %, no mês 2 tivemos 24 diabéticos para 82,8 % e no último mês terminamos com 41 usuários com um total

de 80,4 % conforme figura 5. Nas consultas da enfermeira e do médico se prioriza sempre a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e o resto da equipe é fundamental dando seu apoio na sensibilização da comunidade sobre os medicamentos do programa ressaltando sua efetividade.

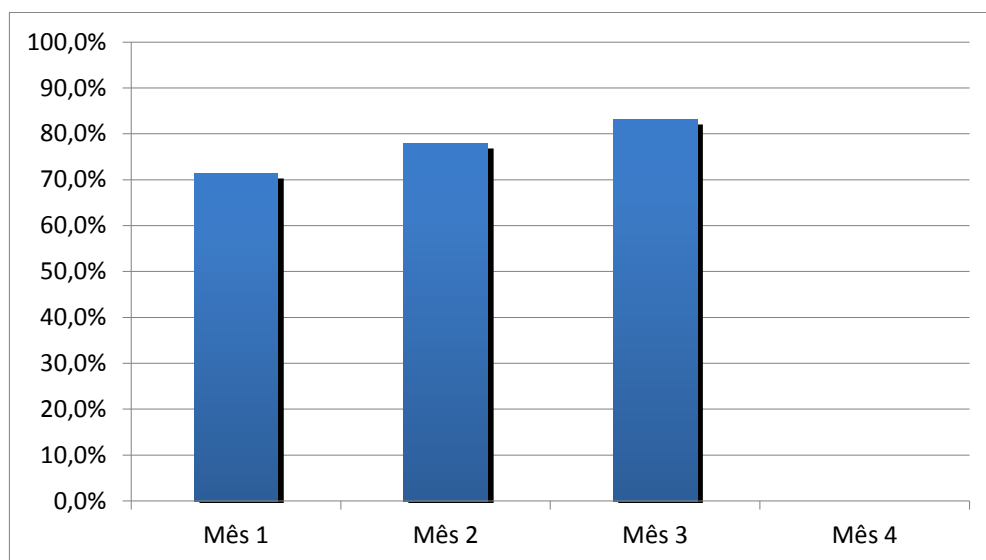


Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

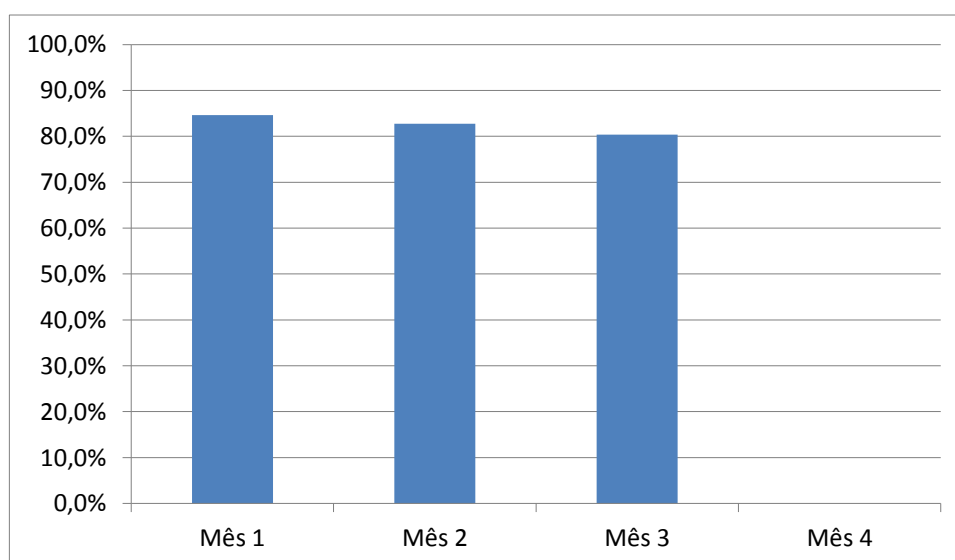


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Indicador 2.7: proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8: proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Durante os 3 meses da intervenção temos excelentes resultados. Todos os usuários foram avaliados para determinar a necessidade de atendimento odontológico. Durante as consultas o exame físico completo forma parte da rotina do acompanhamento. Não temos serviço odontológico, mas o exame foi feito por o médico e a enfermeira. Logo depois todos os hipertensos e diabéticos foram encaminhados à UBS Marcelo Candia para suas consultas com os odontólogos. Temos uma técnica de enfermagem encarregada da agenda de odontologia para garantir a prioridade de nossos usuários na UBS Marcelo Candia. Por isso temos nos 3 meses da intervenção 100 % sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos foram examinados sendo que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.

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

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

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

No primeiro mês tivemos 2 hipertensos faltosos a consulta e no mês 2 tivemos 3 usuários. No ultimo mês tivemos só 1 faltoso. Todos receberam busca ativa. Dos diabéticos podemos afirmar que durante o primeiro mês e o terceiro não tivemos diabéticos faltosos a consulta. Só 2 diabéticos faltaram durante o mês 2.

Foram recuperados imediatamente pelos agentes comunitários, sendo visitados nas suas casas, retornaram para receber o acompanhamento.

Para melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa foi realizada a busca ativa dos usuários faltosos as consultas com a periodicidade recomendada. Os resultados foram alcançados pela organização do trabalho das equipes, o monitoramento realizado de maneira semanal deste indicador, pelo incremento das visitas domiciliares pelos ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos. Muito importante ressaltar as capacitações, palestras para os hipertensos e diabéticos sobre a importância das consultas de acompanhamento para o melhor controle.

As visitas domiciliares foi uma maneira muito gratificante de trabalhar uma maior inter-relação com a população e conseguimos vivenciar os problemas de saúde das comunidades, especialmente dos usuários faltosos que são os que mais precisaram de um acompanhamento, controle da pressão arterial e glicemia por realizarem tratamentos irregulares, a maioria com alto risco cardiovascular e pouco conhecimento dos agravos. Aspectos que melhoraram depois do resgate dos mesmos, aderindo ao tratamento. Participaram das palestras melhoraram o conhecimento.

Realizamos consultas planejadas e agendadas por todas as equipes de saúde da família e dos médicos que trabalham na unidade, fazendo atendimento aos hipertensos e diabéticos semanalmente, garantindo a atenção dos usuários agendados, por demanda espontânea ou que foram resgatados durante a busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Todos os hipertensos cadastrados na unidade têm feita a ficha de acompanhamento por isso a proporção de hipertensos com registro adequado foi muita boa de 100 % em todos os meses, sendo 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51. A equipe toda ficou envolvida para lograr este objetivo. Cada semana em contato com a equipe se verifica e se faz avaliação de todos os registros corrigindo os erros.

Com os avanços da intervenção, com as capacitações foi aperfeiçoando-se, e incrementando-se o registro, o preenchimento adequado dos mesmos, tendo a participação de toda a equipe. Os ACS e técnicas de enfermagem ajudaram com o preenchimento dos dados gerais dos usuários. Foram preenchidas os dados ou informações médicas, como os remédios, exames laboratoriais, índice de massa corporal, avaliação do risco cardiovascular, exame físico, exame dos pés, orientações nutricionais, anti-tabagismos, atividade física regular e odontológica, reagendando a próxima consulta.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1: proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Indicador 5.2: proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco cardiovascular realizado com estratificação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo em todos os usuários cadastrados foi feito na unidade de saúde. A estratificação de risco cardiovascular foi realizada na medida em que foram cadastrados os usuários. Temos nos 3 meses da intervenção 100 % sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13

diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51. Na estratificação do risco cardiovascular é necessário, além do exame físico, os resultados dos exames complementares. Os resultados foram obtidos pelas capacitações realizadas que tiveram muita aceitação da equipe, melhorando o conhecimento de todos sobre a classificação do risco cardiovascular.

Também pelas ações do monitoramento semanal do número de hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco durante a intervenção. Com os ACS e técnicos de enfermagem pactuamos a prioridade do atendimento aos usuários avaliados como de alto risco, para priorizar as vagas e organizar semanalmente as agendas de atendimento em consultas médicas. Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Todo usuário maior de 18 anos que compareceu à UBS independentemente do motivo foi verificada a pressão arterial, peso e altura na sala de triagem. O acolhimento inicial foi realizado pelas técnicas de enfermagem, para poder fazer avaliação do risco cardiovascular e avaliar o índice de massa corporal. Os usuários foram atendidos de maneira imediata ou agendaram a consulta para o médico, após a avaliação realizada. Definimos reserva na agenda de vagas para estes usuários avaliados. Com risco cardiovascular alto, em uma data inferior a 72 horas, Foi um trabalho realizado para conseguir o mapeamento de risco para doença cardiovascular.

No caso de usuários com risco definido para diabetes foram realizadas hemoglicoteste. Notamos que com o desenvolvimento da intervenção estas ocorrências foram diminuindo, houve um maior controle dos usuários hipertensos e diabéticos. A glicemia capilar foi realizada pelas técnicas de enfermagem na sala de triagem e os usuários com critérios de risco, receberam atendimentos pela equipe, cumprindo os protocolos do atendimento, também nas ações de saúde e nas visitas domiciliares. Foram realizadas glicemias capilares e medições da pressão arterial para rastreamento, controle para a avaliação do risco cardiovascular.

Tivemos muita aceitação pela comunidade e uma melhor atenção aos moradores do Bairro. Aconteceu que não temos a quantidade necessária de Esfigmomanômetro e Glicômetros para medir a glicose e a pressão arterial em relação a demanda da comunidade.

Pensamos que é muito importante incorporar à rotina do serviço de saúde a avaliação do risco cardiovascular, estabelecendo as prioridades de atendimentos

dos usuários que tem maiores probabilidades de complicações por doenças cardiovasculares. Agora todos nossos usuários estão bem avaliados e encaminhados para os serviços que precisaram.

Objetivo 6: Promover saúde nos hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1: proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre
Indicador 6.2: proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante os 3 meses da intervenção todos os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. Também os diabéticos receberam orientação nutricional. Durante o primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51. Além disso, todos foram encaminhados ao nutricionista na unidade Marcelo Candia. Mobilizamos a comunidade para que junto aos gestores municipais promovam o atendimento odontológico. Orientamos os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular e os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

A equipe toda ajudou participando das palestras aos usuários e comunidade em geral. Também na orientação durante as visitas domiciliares. Este indicador mostra resultados excelentes. Ao finalizar a intervenção os hipertensos e diabéticos receberam as orientações, melhorando os conhecimentos dos agravos, mas pensamos que ainda temos que continuar trabalhando, as UBS tendo mais recursos materiais para realizar ações de promoção, mais vídeos educativos na rotina diária das unidades. Divulgar ações e orientações nas rádios, jornais, televisão. Muito importante mencionar que as ações de saúde acontecem de maneira integral e estável há mais de um ano em diferentes Bairros da cidade promovida pela secretaria e pela prefeitura de Macapá, tendo aceitação pela população, pela quantidade e qualidade das consultas realizadas (médicas, de enfermeiras, de

coleta de PCCU, com nutricionistas, psicologistas, dentistas, realização de testes rápidos de HIV e VDRL, palestras, vídeos educativos).

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

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

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

Os usuários estão todos orientados sobre prática regular de atividade física. Aproveitaram-se todos os espaços: nas consultas médicas e da enfermeira, nas visitas domiciliares e nas palestras oferecidas nos momentos de maior afluência da comunidade. Não temos professores que ajudem nas atividades esportivas, mas já comunicamos aos gestores a necessidade deste pessoal especializado, mas durante os 3 meses da intervenção 100 % dos hipertensos e diabéticos foram orientados sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51.

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

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

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários é um dos nossos objetivos durante o acompanhamento. Igualmente toda a equipe ficou envolvida na tarefa, sempre com entusiasmo. Ainda a equipe não foi capacitada pela Secretaria como outras equipes no tratamento para eliminar o tabagismo, mas já fomos informados que seremos capacitados. Isto sem dúvida vai fortalecer-nos para melhorar mais ainda na atenção dos usuários. Durante os 3 meses da intervenção

100 % dos hipertensos e diabéticos foram orientados sendo que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51.

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

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

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

Este indicador mostra resultados excelentes. Todos os usuários foram orientados sobre higiene bucal durante as consultas, visitas domiciliares e palestras oferecidas nos momentos da maior afluência da comunidade. Esta tarefa é da equipe toda. O fato de todos os usuários atendidos no serviço odontológico também ajuda a sensibilização dos usuários sobre a importância da higiene bucal. Por isso temos nos 3 meses da intervenção 100 % que no primeiro mês foram 36 hipertensos, no segundo mês 69 e no terceiro 120. De igual maneira os diabéticos, que no primeiro mês foram 13 diabéticos, no segundo mês 29 e no terceiro 51. O fato de todos os usuários atendidos no serviço odontológico também ajuda a sensibilização dos usuários sobre a importância da higiene bucal

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde Abacate da Pedreira alcançou a ampliação da cobertura na atenção aos hipertensos e diabéticos. Os registros melhoraram muito. A qualificação da atenção dos usuários, a sensibilização da equipe e a comunidade em geral aportaram grandes avanços em nosso atendimento. Agora o trabalho está baseado no protocolo estabelecido assegurando assim qualidade e continuidade no atendimento dos hipertensos e diabéticos.

A equipe ganhou conhecimento e isso fez toda diferença. Ganhamos em organização, os registros e a cobertura melhoraram. Todos na equipe receberam capacitações essenciais para o atendimento dos hipertensos e diabéticos. Isto permitiu um incremento na preparação para melhorar acolhimento, rastreamento e

melhor controle e seguimento dos hipertensos de suas áreas de abrangência. Cada membro tem bem estabelecido seu papel e as suas funções. Por isso agora o fluxo do atendimento dos usuários está planejado, garantindo um atendimento ótimo.

Importante lembrar que nosso serviço se divide nas quatro comunidades de abrangência. Isto dificulta nosso trabalho porque as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários pertencem a cada comunidade e permanecem nelas a semana toda, mas o médico e a enfermeira vão um dia por semana a cada uma delas. Por tanto num dia temos que fazer atendimentos das gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos e demandas espontâneas. Mesmo assim podemos constatar as melhoras no serviço. Por exemplo, melhoramos o acolhimento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos fazendo uma rápida atenção aos usuários de risco elevado. A agenda ficou mais organizada, os agendamentos permitem uma atenção personalizada cumprindo todos os parâmetros estabelecidos no protocolo de atenção deixando sempre espaço para usuários não agendados que precisassem de atendimento imediato, ou seja, as demandas espontâneas. Em geral estamos mais organizados e mais capacitados profissionalmente e com todos os registros com maior qualidade.

A comunidade com a intervenção está mais bem atendida com mais conhecimento sobre as doenças Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com as palestras realizadas. Percebem as melhoras no acolhimento. Constatam-se mostras espontâneas de agradecimento pela atenção dos profissionais. Agora temos a equipe mais perto de suas casas durante as ações integrais de saúde e visitas domiciliares. Os usuários têm maior acesso aos remédios do programa HIPERDIA na unidade e na farmácia popular. Depois de receberem as palestras a comunidade está integrada nos problemas de saúde e participa de forma ativa na sua solução.

Se neste momento fosse a começar a intervenção gostaria de contar com maior quantidade de aparelhos para o controle de pressão arterial e glicemia dos usuários. Mesmo assim conseguimos um bom resultado, mas se pudéssemos melhorar isto com certeza alcançaríamos rapidamente a cobertura desejada: 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Também ficou estabelecida a necessidade de se aumentar o número de visitas nas casas dos moradores. Não contamos com meios próprios de divulgação na comunidade, mas seria um muito bom este aliado no desenvolvimento das ações.

A intervenção já faz parte da nossa rotina de trabalho da equipe da unidade. Para melhorar a ação programática temos que incrementar as visitas domiciliares como já falei anteriormente, só que para conseguir melhores resultados precisamos dos aparelhos para medir a pressão arterial e glicômetros. A gestão tem conhecimento desta necessidade para aprimorar a pesquisa ativa dos hipertensos e diabéticos. É importante que os agentes comunitários permaneçam sempre alerta ante a possibilidade de detecção de novos usuários portadores destas doenças. O principal é manter as conquistas logradas até agora. Manter a qualidade dos registros, visitas domiciliares, palestras e pesquisa ativa. Tem outros aspectos que não dependem diretamente da equipe, mas que já foi comunicado á gestão municipal (necessidade dos aparelhos para medir a pressão arterial e glicômetros e dos serviços de laboratório e odontologia). Também estamos pendentes da capacitação do curso de tabaquismo que ajudará na luta contra o mau hábito de fumar na comunidade. Temos que continuar incrementando as atividades de promoção de saúde em todos os espaços de trabalho dentro e fora da unidade, para isto precisamos manter as capacitações da equipe. Aperfeiçoar as estratégias para garantir avaliação odontológica e os exames laboratoriais dos hipertensos e diabéticos na UBS Marcelo Candia como estratégia alternativa.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Como é do conhecimento dos gestores a unidade Abacate da Pedreira realizou uma intervenção com os Hipertensos e Diabéticos como parte do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização de Saúde da Família, realizado pela rede UNASUS e em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Decidimos trabalhar o tema Hipertensão e Diabetes porque a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. A Diabetes Mellitus (DM) apresenta uma alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida, é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros inferiores e doença cardiovascular. Cerca de um 12% da população do Brasil é portadora de DM. Ambas as doenças são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalização por enquanto representam um grave problema de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL,2013).

A incidência é elevada e a comunidade Abacate da Pedreira não se comporta diferente. Tínhamos antes da intervenção 5 % de cobertura de hipertensos e diabéticos. Sendo assim nosso objetivo inicial foi de lograr cobertura de 30 % de hipertensos e diabéticos. Com a intervenção conseguimos não só atingir nossa meta, mas ultrapassar ela. Agora temos 47,8 % de cobertura de hipertensos e 82,3% de cobertura de diabéticos.

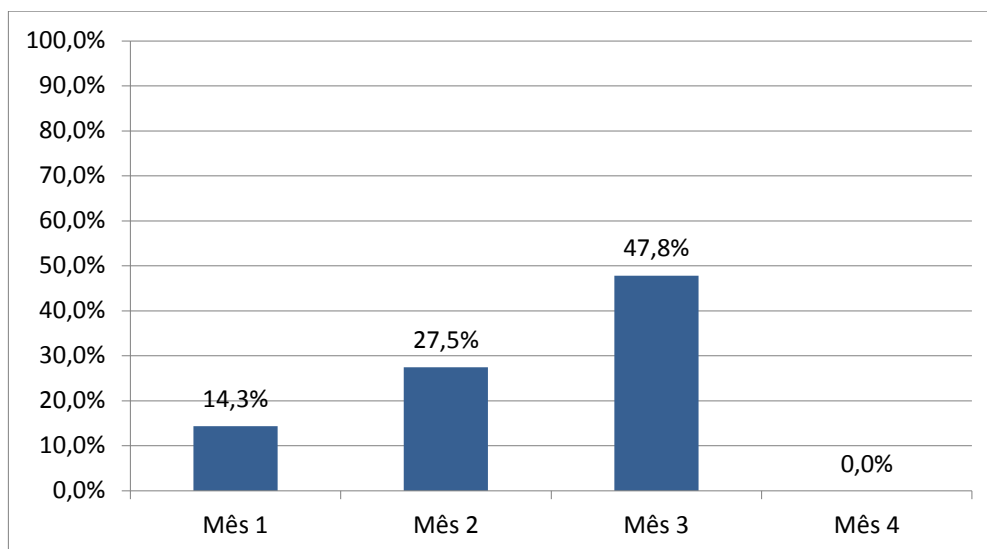


Figura 1: Cobertura de hipertensos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados

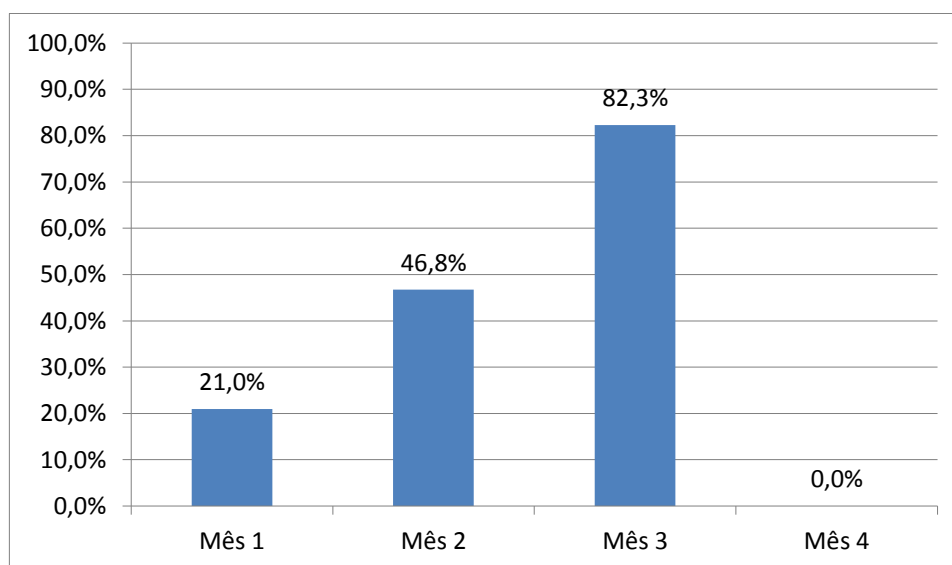


Figura 2: Cobertura de diabéticos do programa de hipertensão e diabetes na UBS Abacate da Pedreira. Macapá- AP. 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados

Para que estes resultados fossem alcançados a equipe foi capacitada e muitos aspectos do processo de trabalho foram ajustados. Com isso a equipe ficou mais fortalecida porque recebeu capacitação em temas importantes sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde. Os registros foram atualizados, de modo que 100% de todos os hipertensos e diabéticos estão com os seus registros em dia. Acrescentamos a busca ativa e as visitas domiciliares como forma de contato aos usuários, especialmente aos com dificuldades de acesso à unidade.

Tivemos melhorias no atendimento clínico destes usuários nas consultas na UBS devido a que foram incorporados todos os aspectos necessários para um atendimento de qualidade segundo protocolos do Ministério da saúde, avaliando cada usuário, com avaliação do risco para doenças cardiovasculares, indicação dos exames laboratoriais e a prescrição dos medicamentos do programa de HIPERDIA. Assim como foi feita a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, também foram feitas as orientações nutricionais para uma alimentação saudável.

Foram oferecidas palestras á comunidades aproveitando todos os ambientes. Por tanto a comunidade ficou sensibilizada da importância de um acompanhamento de qualidade para evitar complicações. Por isso todos os participantes da intervenção (100%) receberam informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, entre outros temas.

Ainda temos muito trabalho pela frente, pretendemos atingir 100% dos hipertensos e diabéticos e, além disso, iniciar a intervenção em gestantes, puérperas, idosos e crianças. Mas para isso, precisamos melhorar aspectos que ainda hoje dificultam nosso trabalho, como sabem as condições da unidade são precárias estruturalmente, e não contamos com serviço de odontologia e laboratório. E para isso, os usuários precisam viajar até a UBS Marcelo Candia que fica a 40 km da comunidade. Pensamos que mesmo que as condições estruturais sejam

melhoradas seria bom contar com um transporte para que de forma planejada traslade os usuários que precisem destes atendimentos. Precisamos ainda aumentar a quantidade de aparelhos para o controle de pressão arterial e verificação da glicemia dos usuários por conta da grande demanda que temos. Por ultimo, gostaria de destacar que já começou com o apoio de vocês as jornadas de saúde nas pequenas comunidades sem cobertura médica. Estas ações são de muita importância e sem dúvidas precisamos que sejam mantidas regularmente.

Agradecemos sua atenção e esperamos como sempre a solução destes problemas que comprometem a qualidade nos atendimentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são as mais frequentes das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Por isso a equipe decidiu trabalhar no projeto com o objetivo de ampliar a cobertura e qualidade da atenção de hipertensos e diabéticos da comunidade Abacate da Pedreira. Este projeto fez parte do Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Rede UNASUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Após uma análise situacional foi detectado que apesar de percebermos que a população hipertensa e diabética serem a maioria dos atendimentos somente 5% deles possuíam registros completos e acompanhamento adequado. Então propomos a melhoria da atenção ao hipertenso e diabético da nossa comunidade com tempo previsto de 12 semanas. Foram desenvolvidas diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho. A equipe de saúde recebeu capacitações para estar mais bem preparados e monitoramos cada quinze dias os resultados da intervenção.

Com este projeto conseguimos organizar o trabalho da equipe e aumentamos o número de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus atendidos chegando a surpreendentes. Após o terceiro mês temos uma cobertura de 47,8% de hipertensos e 82,3% de diabéticos. Isso foi conseguido através da pesquisa ativa e o apoio de vocês como comunidade.

Todos os hipertensos e diabéticos participantes da ação foram avaliados quanto ao seu risco, realizaram exames laboratoriais e ainda tiveram os seus registros adequados e agora estão organizados em 100%. Ainda temos dificuldades, mas tomamos estratégias como o atendimento odontológico e exames laboratoriais na UBS Marcelo Candia. Incrementamos também as palestras sobre a importância

da prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, aproveitando todos os espaços como escolas do bairro e igrejas, com ações integrais de saúde.

Agora nossos usuários têm uma agenda organizada e priorizada nessa unidade. É bom que vocês saibam que a equipe está pronta para iniciar a intervenção em usuários idosos, gestantes, crianças, etc. Porém será preciso o apoio de vocês como até agora. Sem dúvida, com ajuda das lideranças e comunidade em geral conseguiremos brindar atenção de excelência na UBS. A equipe está entusiasmada e a disposição de vocês.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso tem resultado muito interessante, estruturalmente muito bem organizado integrando se todas as ações de forma lógica. Foi de grande ajuda na superação da língua portuguesa, com um desenho eletrônico ótimo, todas as unidades foram organizadas de uma maneira integral, também na atualização dos protocolos no Brasil, tendo à possibilidade de acesso a bibliografia atualizada. Gostei do acolhimento por todos os profissionais do curso e da interação e troca de experiências conhecendo muito melhor a Política Nacional de Atenção Básica do Brasil. Forneceu-me das ferramentas necessárias para meu trabalho como profissional da Medicina no Brasil. O rigor e perseverança, a paciência e o apoio das orientadoras foram fundamentais.

A especialização superou minhas expectativas, melhorou minhas capacidades técnicas, metodológicas para planejar ações, desenvolver habilidades, organizar as informações, e chegar a realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu empreender estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde em minha UBS, o curso está corretamente desenhado para melhorar nossa realidade, na atenção primária de saúde, tendo ferramentas muito importantes. Fiquei motivado, foi ótima a forma de aprendizagem a distância da Universidade Federal de Pelotas. Agradeço a todos os profissionais que fizeram possível o curso. Em geral, tenho que dizer que pouco a pouco me facilitou minha adaptação no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, nº 28. 2ª edição. Brasília, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 11.350. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante

Apêndices

Apêndice A – Fotos da UBS e locais de consulta**SANTO ANTONIO****RESSACA****ABACATE DA PEDREIRA****LONTRA DA PEDREIRA**

Apêndice B – CONSULTAS MÉDICAS

Apêndice C – VISITA DOMICILIAR

