

**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 à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos
na UBS Antônio Sirieiro, Santana-AP**

Eldris Bell Duconger

Pelotas, 2015

Eldris Bell Duconger

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos
na UBS Antônio Sirieiro, Santana-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: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

D841m Duconger, Eldris Bell

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Antônio Sirieiro, Santana-AP / Eldris Bell Duconger, Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Stolz, Pablo Viana, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, pois sem ele não teria forças para essa longa jornada.

Agradecimentos

Aos meus orientadores pelo empenho dedicado na elaboração deste trabalho.

Aos amigos, companheiros de trabalho e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da realização deste trabalho.

A minha família por ter-me dado forças para continuar.

Ao Edu por ser minha fonte da inspiração.

Resumo

DUCONGER, Eldris Bell. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Antônio Sirieiro, Santana-AP.** 2015. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), constituem-se os mais importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Para o controle destas doenças, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações, através de uma equipe multidisciplinar que atua na promoção de saúde, prevenção e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Sirieiro, Santana /AP, entre os meses de abril a junho de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização. Além disto, utilizamos os cadernos de atenção básica nº 36 (Diabetes mellitus) e nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) para qualificarmos. Participaram desta intervenção, 91 hipertensos e 21 diabéticos. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários no programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, a formação de grupos de educação em saúde, a realização de atividades educativas, visitas domiciliares, orientações sobre atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e capacitações da equipe multidisciplinar. Ao final da intervenção foram 7,9 % dos hipertensos cadastrados e 5,4% dos diabéticos, não atingindo nossa meta inicial de 80% de usuários hipertensos e /ou diabéticos cadastrados. No entanto conseguimos que 90% dos usuários utilizassem os medicamentos da farmácia popular, realizamos o exame clínico a 100% destes e 100% destes realizaram a avaliação de risco cardiovascular por exame clínico. Além disto, orientamos 100% dos usuários sobre os fatores de risco modificáveis e hábitos de vida saudáveis. Com isto conseguimos estabelecer todas estas ações na rotina diária no serviço da UBS, melhorando a atenção à saúde dos usuários hipertensos e /ou diabéticos progressivamente. A equipe está muito mais envolvida com todas as ações realizadas, propiciando um vínculo maior com a comunidade. Assim podemos concluir que o trabalho realizado já foi incorporado à rotina do serviço.

Palavras-Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	66
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura de Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	67
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.	69
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia.	70
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia Priorizada.	71
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com prescrição de Medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	72
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	74
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa.	75
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa.	75
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	76
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha e acompanhamento.	77

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença (s) Crônica (s) Não transmissível (eis)
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EaD	Educação a Distância.
ESF	Estratégia da Saúde da Família, Equipe da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.
MS	Ministério de Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
SIAB	Sistema de informações de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Metas	20
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	49
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	62
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados.....	64
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências	90
Apêndices.....	92
Anexos	95

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, da Unidade Básica de Saúde Antônio Sirieiro, localizada no bairro de Novo Brasília do município de Santana, Amapá-AP. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, sequenciais e interligado. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, comprometida com a promoção a saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde da população (BRASIL, 2008).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), Antônio Sirieiro está localizada no Bairro Nova Brasília, Município Santana, Estado Amapá. A estrutura da mesma é a seguinte: possuímos uma sala da direção, uma sala para a recepção e arquivamento dos registros, uma farmácia, uma sala de vacina, uma sala para reuniões e educação em saúde, uma sala de utilidades, uma sala de curativos, três banheiros (usuários, funcionários e deficientes), um consultório odontológico, quatro consultórios médicos, uma cozinha, um depósito de limpeza, um depósito de resíduos e uma sala de esterilização.

A estrutura da UBS é adequada, mas ela não tem um laboratório clínico para a realização dos exames dos usuários. Apenas é realizada a coleta destes exames na UBS, mas a análise é feita em um laboratório distante da mesma, o que é um fator que pode interferir na qualidade dos exames, pois os mesmos podem se tornar inválidos durante este percurso, obrigando os nossos usuários a realizarem novamente.

Na UBS temos três Equipes de Saúde da Família. Eles trabalham dois turnos ao dia, de manhã e de tarde. Minha equipe trabalha de manhã Na UBS e de tarde na área de abrangência. A mesma está composta por: uma enfermeira, um

Técnico de Enfermagem, um Médico clínico Geral e 13 agentes de saúde da família (ACS).

Em nosso trabalho estamos envolvidos com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), integrado por: um Nutricionista, um Assistente social, uma Fonoaudiologista, um Fisioterapeuta, uma Psicóloga e um Orientador físico.

A presença da Equipe do NASF na UBS é muito importante para os usuários e para os profissionais, pois os agendamentos para estas Especialidades são realizados na própria UBS, facilitando que as consultas de retorno sejam mais rápido possíveis. O processo de trabalho está vinculado com a ESF, o NASF, os usuários.

Diariamente as atividades realizadas na unidade básica de saúde são as seguintes: agendamentos de consultas, cadastramentos, triagem dos usuários, realização de procedimentos (Curativos e outros), realização de rastreamento de Câncer de mama, Câncer do colo de útero e Câncer de próstata. Vacinação, atenção odontológica, consultas especializadas para fonoaudiologia, psicologia, ginecologia, nutrição. Além destas, realizamos atividades de educação em saúde, visita domiciliar, ações de saúde na área de abrangência, atividades coletivas (escolas, creches e outros).

A Atenção Primária de Saúde (APS) é muito importante para os usuários. Uma APS adequada, evita que os usuários assistam em menor quantia ao nível secundário e terciário de saúde a ESF. Temos que realizar mais interação entre a UBS e a comunidade, que apesar de ser participativa (comunidade), seria melhor com a existência de um Conselho local de saúde.

A ESF deve estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita, por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades, na busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo, dos processos de saúde-doença que os acometem e poderão acometer.

O trabalho da equipe da Saúde da Família na APS é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do ACS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Santana, localizado no estado de Amapá, tem uma população de 102.868 habitantes. Destes 50.361 são homens, o que representa 49% da população e 50.842 são mulheres representando 50,24% da população do município. Existe cerca de 99.094 habitantes na zona urbana, que corresponde a 97,92% da população e em torno de 3.774 pessoas vivem na zona rural (IBGE, 2009). O município tem um total de 10 UBS onde trabalham 30 ESF. Temos disponibilidade de 4 Equipes de Apoio a Saúde da Família, e um Centro de Especialidades Odontológica, Contamos também com um Centro de Atenção Especializada, um Hospital Municipal (que está sendo reformado e ampliado), com atendimento de urgência, emergências, ambulatorial e internação. Também contamos com um Centro Municipal para a realização de exames complementares situado no bairro Fonte Nova. Nosso município tem também um Centro de Vigilância em Saúde, uma sala de Fisioterapia e reabilitação, um Centro de Referência em Saúde da Mulher entre outras instituições.

A UBS Antônio Sirieiro, localizada no bairro Nova Brasília, atende a população urbana do município de Santana e seu modelo de atenção é de Estratégia de Saúde da Família. A unidade tem vínculo com o Sistema Único de Saúde; através da Secretaria de Saúde e está vinculada também a instituições de ensino, pelos cursos técnicos de enfermagem e de saúde bucal.

A UBS tem três equipes de ESF que acompanham a uma população de cerca de 15.000 habitantes. As equipes estão compostas por: uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico clínico geral, 6 agentes comunitários de saúde; só uma ESF possui cirurgião dentista e duas têm técnicos de saúde bucal. Todas as equipes recebem apoio do NASF, que está formado por assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e professor de atividade física. A presença do NASF é muito importante para os usuários e também para os profissionais, porque os atendimentos são feitos na própria UBS e na comunidade.

Na UBS são acompanhados também, usuários de fora de área de abrangência, pela proximidade com a área portuária, aonde chegam à busca de atenção médica especializada pela carência de instituições de saúde suficientes nas suas áreas. Muitas pessoas do interior ficam no município para receber acompanhamento de saúde.

A estrutura da UBS é composta por uma direção, recepção-arquivo, farmácia, sala de vacina, uma sala de reuniões e educação em saúde, sala de utilidades, de curativos, um banheiro para usuários, um banheiro para funcionários, e outro para deficientes, um consultório odontológico, quatro consultórios médicos, uma cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, sala de esterilização. Esta estrutura é adequada para o número de equipes e para a população adstrita.

A coleta de exames é feita na própria UBS, e é processada em outro laboratório localizado no Bairro de Fonte Nova. As coletas são feitas uma vez por semana e os resultados chegam uma semana depois de realizados. Destaca-se que pode haver contaminação na coleta dos exames ou o mesmo pode ser extraviado quando são transportados até o laboratório, e assim os usuários teriam que refazer os exames. A demanda para a realização de exames não é coberta na sua totalidade, isto oferece desvantagens para usuários e profissionais.

Os profissionais da UBS participam das atividades realizadas na área de atuação de cada equipe, identificando todos os indivíduos, famílias, e grupos de riscos, de agravos. A maior parte deles realiza ativamente os cuidados em saúde, nos domicílios, nas escolas, e nas associações comunitárias. Os profissionais promovem a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade, exemplo: as ações de saúde na comunidade. Os cuidados em saúde são feitos na UBS e nos domicílios, assim é possível encontrar as pessoas que trabalham nas suas casas e no momento da realização das visitas, realizam-se os cuidados que os usuários precisam. Acredito que as visitas domiciliar é muito importante para os usuários, porque não tem que trasladar-se até a UBS e nem esperar para receber cuidados ou ser atendidos. No caso dos limitados ou acamados, estes tem prioridade para ser visitados e orientados.

A população total da área adstrita da minha UBS é de 15.000, com predomínio de pessoas jovens na faixa etária entre 15 e 59 anos (9.263 pessoas, sendo 5.200 homens e 4.063 mulheres). O número de equipes da UBS não é adequado, porque cada equipe fica responsável por uma população de 5.000 pessoas. O adequado seria se a UBS atendesse um total de 12.000 pessoas ou contasse com quatro ESF, conforme descrito na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Em virtude da inadequação da população da UBS, temos grande demanda espontânea, por isso o acolhimento da demanda espontânea é priorizado como

estratégia para aumentar o número de vagas para o atendimento à população. Para lidarmos com o excesso de demanda espontânea, buscamos ser resolutiva nas queixas dos usuários, avaliando a disponibilidade de recursos materiais e de humanos, os riscos biológicos, a vulnerabilidade social, sempre cuidando a saúde da população. Temos muita demanda para atendimento odontológico que não é resolvida no momento, pois temos somente uma cadeira odontológica na unidade. Além disso, temos uma equipe de saúde bucal que desenvolve seu trabalho em dois turnos semanais, incluindo as visitas domiciliares e nas escolas, o que é insuficiente para a demanda populacional. Não são oferecidos serviços de prótese dentária ou atendimento especializado na unidade.

Referente à Saúde da Criança podemos dizer que nossa UBS desenvolve muitas ações no cuidado das crianças, tais como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental, entre outros.

De acordo com o Caderno de ações Programáticas da UFPEL, a cobertura estimada da saúde da criança na UBS foi de 65%, contando com 206 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na unidade. A partir da análise dos indicadores de qualidade da atenção as crianças menores de um ano, verificamos que 100% (206) das mães das crianças recebem orientação para manter o aleitamento exclusivo e prevenção de acidentes, 92% (198) das crianças menores de um ano residentes na área com vacinas atualizadas, 86% (178) delas com a triagem auditiva realizada, 38% (78) delas realizou o Teste do pezinho até sete dias e 50% (104) está com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. A qualidade da atenção à saúde das crianças necessita ser melhorada e isto somente será possível com o trabalho realizado em equipe contando com todos os profissionais. Além disso, sugeriu-se a realização de grupo com as mães das crianças menores de um ano onde a equipe possa desenvolver melhor as atividades de promoção e prevenção à saúde nessa faixa etária.

Utilizamos o protocolo do Ministério de Saúde, o Caderno de Atenção Básica, nº 33, para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde e temos arquivos específicos para dos atendimentos de puericultura os quais são monitorados com regularidade. A adesão da população as ações de saúde para

este grupo é bem acolhida em virtude da qualidade da atenção às crianças. No momento estamos terminarmos o cadastramento e atualização da população de toda a área de abrangência e este cadastro irá contribuir no acompanhamento das crianças de nossa área de abrangência. Penso que para melhorar esta ação poderíamos envolver todos os profissionais de saúde neste trabalho, além dos clínicos gerais, pediatras enfermeiros, técnicos de enfermagem e os ACS e fazer grupos de mães das crianças para poder melhorar as atividades de Educação em Saúde para esta população.

Referente à Atenção ao Pré-natal, na UBS realiza-se ações no cuidado das gestantes como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, controle dos cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da atividade física, de saúde bucal, de saúde mental, suplementação de sulfato ferroso. Para isso, os profissionais apoiam suas atividades no protocolo do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica, nº 32, também nos registros dos atendimentos das gestantes.

A cobertura estimada da atenção às gestantes foi de 89%, ou seja, 201 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS. Os indicadores de qualidade apontam que 100% (201) das gestantes da área de cobertura foram orientadas para aleitamento materno exclusivo, 94% (188) tiveram solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais, 88% (176) receberam vacina antitetânica e 84% (169) receberam vacina contra hepatite B conforme protocolo, 90% (180) receberam prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Identificou-se que somente 48% (97) receberam avaliação da saúde bucal. A ausência de cadeiras odontológicas suficientes para a atenção das demandas da população agrava a oferta desse serviço. A população apoia todas as ações de saúde realizadas para as gestantes. Verifica-se que é necessário o envolvimento de todos os profissionais da UBS na atenção das gestantes, além de intensificar as ações de educação em saúde (grupos).

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo e controle de Câncer de Mama, a área de abrangência da UBS tem um número estimado de 2.592 mulheres entre 25 e 64 anos e de 565 entre 50 e 69 anos residentes na área e que fazem acompanhamento na UBS; apresenta-se uma cobertura estimada de 86% para a Prevenção do Câncer de Colo e 82% para o controle de Câncer de Mama. Nosso

serviço realiza ações como orientar a todas as mulheres para o uso de preservativo em todas as relações sexuais para diminuir a chance de adquirir papiloma vírus humanos, orientar sobre os malefícios do tabagismo, educação da mulher para realização periódica de exame preventivo do câncer de colo de útero, realização da coleta de exame citopatológico, ações para o controle de peso, para estimular a pratica regular de atividade física, orientar sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool, orientações sobre a realização de autoexame periódico das mamas, além do exame clínico das mamas e/ou solicitação de mamografia.

Os indicadores de qualidade não foram avaliados em virtude da ausência destes registros. Além disso, na UBS não se utiliza protocolos para controle de câncer de mama e de câncer de colo de útero, nem arquivo específico para o registro dos resultados dos exames. Mostra-se importante ter um registro específico para estas ações, pois auxilia no desenvolvimento, acompanhamento e análise dos dados referentes a este grupo populacional, averiguando o comportamento deste programa na UBS, seguimento das doentes, entre outras coisas. Além disso, seria ótimo se tivéssemos Mamógrafo em nosso município para garantir que as mulheres deste grupo de população fizesse o exame sem ter que viajar até a capital de estado. Queremos garantir que todos os profissionais da UBS sejam envolvidos em todas as ações realizadas pelo serviço, também fazer grupos com pessoas doentes. Acho que as atividades de promoções de saúde com troca de experiências seria ótimo nas evoluções e melhora da qualidade de vida.

Em relação à atenção a hipertensos e diabéticos, são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, de controle de peso corporal, para estimular a pratica regular da atividade física, ações de orientações sobre os malefícios do consumo de álcool e o tabagismo entre outras. Utilizam-se os protocolos do Ministério de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37 (BRASIL, 2013). Nos registros de atendimentos são monitoradas regularmente estas ações pelo médico, enfermagem e técnico de enfermagem da equipe.

Segundo as estimativas do CAP, o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência foi de 2.643, entretanto, o número de hipertensos acompanhados na UBS é de 1.156 pessoas, indicando uma cobertura estimada de 44%. Sobre os diabéticos, a estimativa de residentes na área de abrangência foi de 755 pessoas e os que fazem acompanhamento na UBS são 389, verificando cobertura estimada desta ação de 52%. O comportamento dos

indicadores de qualidade não foi avaliado devido à ausência de dados tabulados na unidade. Constatou-se que, dentre as ações programáticas desenvolvidas na nossa UBS, a Hipertensão e Diabetes é a que apresenta os menores indicadores de cobertura.

A cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos poderia ser maior, pois se verificou que há pessoas que ainda estão cadastradas ou com cadastro desatualizado para ser diagnosticados como hipertensos ou diabéticos, que ainda recebem atendimento nesse programa e estamos trabalhando nesse sentido. A população concorda e apoia estas ações. Acredito que a ESF tem que se envolver mais nestas ações, criando o grupo de hipertensos e diabéticos para realizar com eles ações de cuidado, promoções e educações em saúde. Também a atenção à saúde bucal dos hipertensos e diabéticos não é muito boa pelos aspectos já mencionados. A atuação sobre a diminuição dos fatores de risco e na modificação e promoção de modos e estilos de vida saudáveis, são muito importantes para uma boa evolução destas doenças.

Na Atenção à Saúde do Idoso, os profissionais da UBS realizam ações de imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, promoção de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, de problemas de alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo, e outros. Utiliza-se o protocolo de atendimento do Ministério de Saúde, mas não temos registro específico para o monitoramento regular destas ações.

A cobertura de atenção à Saúde do Idoso poderia ser maior se toda a população estivesse cadastrada e se tivéssemos grupos de idosos para realizar maior número de atividades de cuidado, promoções e educação em saúde, e melhorar a qualidade de vida deles. Em geral, os idosos precisam de uma atenção mais sensibilizada pela parte de todos os profissionais de saúde, os quais deveriam ter mais participação nas ações de saúde e cuidados que recebem eles curando precisam. Referente à atenção à Saúde Bucal, os idosos tem prioridade no agendamento das consultas que são realizados diariamente, mas não são suficientes porque a demanda é grande e não temos consultas especializadas de odontologia na UBS. Os indicadores de qualidade, temos que, do total de idosos acompanhados na UBS (n=516) 332 deles são Hipertensos e 147 diabéticos.

Sobre a saúde bucal, a UBS Antônio Sirieiro conta com dois cirurgiões-dentistas e 2 técnicos de saúde bucal. Minha ESF não possui equipe de saúde bucal, para tanto, a população da minha área de abrangência marca consulta para atendimento não programado, que inclui atenção a toda população que precise. A atenção à Saúde bucal na minha UBS pode ser melhorada com a aquisição de mais cadeiras odontológicas, como também da inclusão de equipes de saúde bucal nas demais ESF.

Nossa UBS enfrenta hoje um desafio muito grande relacionado muitas vezes as características das regiões atendidas assim como a situação geográfica da área, que dificultam o acesso igualitário a toda a população e favorece as migrações da população de uma região para outra, na busca de atenção à saúde de mais qualidade, ocasionando aumento na atenção a demanda espontânea, insatisfação da população curando não consegue ser acolhido corretamente, entre outras coisas.

A Estratégia de Saúde da Família é hoje uma das principais estratégias do Ministério da Saúde. Os profissionais da UBS prestam cuidados, tanto no serviço, quanto nos domicílios de seus usuários, realizando ações de saúde de forma integrada a todos os componentes da família. Além disso, intervém nos fatores de riscos identificados na comunidade, que afetam direta ou indiretamente a saúde dos moradores, estimula a organização comunitária para o exercício de controle social trabalhando em conjunto com a UBS.

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

Ao fazer comparativo entre o primeiro trabalho “Situação da ESF/APS em meu serviço” e este relatório, acredito que adquirimos um conhecimento em todos os aspectos que envolvem o funcionamento de nossa UBS: estrutura da mesma, as atribuições de cada profissional, os diferentes programas existentes, os protocolos de atendimento para cada grupo populacional específico. Este relatório é completo e demonstra a realidade da UBS assim como do trabalho que desempenham os profissionais em cada uma delas, além de mostrar as estratégias para melhorar a atenção aos usuários da nossa comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças de alta prevalência e representam um sério problema de saúde pública em decorrência das suas complicações crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população brasileira (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A Unidade Básica de Saúde Antônio Sirieiro, localizada no bairro Novo Brasília, município Santana/Amapá, possui uma população adstrita de 15.000 habitantes. A estrutura da mesma é a seguinte: direção, recepção, farmácia, sala de vacina, um salão de reunião, um salão de curativos, três banheiros, um consultório odontológico (uma cadeira odontológica), quatro consultórios médicos, uma cozinha e um salão de depósito de limpeza. Temos três equipes de saúde da família. As equipes são compostas por uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico clínico geral e seis agentes comunitários de saúde.

Segundo a estimativa do Caderno de Atenção programática, possuímos uma cobertura de diabéticos e hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de 52% e 44% respectivamente. Isto demonstra que temos na população de abrangência muitos usuários não estão cadastrados ou tem seu cadastro desatualizado.

A população caracteriza-se por ter estilos de vida não saudáveis, como dieta rica em gorduras, sedentarismo, etc. Às vezes, na visita domiciliar, eles são assistidos e encaminhados para emergências do Hospital com descontrole metabólico ou alta pressão arterial na própria consulta ou na visita domiciliar. Destaca-se que já está sendo desenvolvidas ações de promoção de saúde principalmente nas consultas e na visita domiciliar, onde os profissionais da equipe

orientam sobre os fatores de risco, realiza-se rastreamento dos hipertensos, avaliação nutricional, teste da glicemia capilar, orienta-se sobre a modificação de estilos de vida, etc.

A intervenção é importante no contexto da UBS para atingir cadastrar pelo menos 80% da população alvo e diminuir as intercorrências por estas doenças. Queremos também que a população viva com qualidade com suas doenças e não para suas doenças, isto é possível, só quando o usuário conhece muito bem sua doença e decide cuidar sua saúde para ficar controlado e evitar as complicações.

Como principal dificuldade que possamos encontrar para a realização da nossa intervenção, acreditamos que seja o baixo engajamento dos profissionais da UBS frente estas ações.

O projeto de intervenção auxiliará na qualificação da atenção à saúde da população alvo, pois será trabalhado com a população essas doenças e as complicações, a importância dos estilos de vida mais saudáveis. Também os fatores de risco poderão ser modificados e o usuário portador destas doenças crônicas terá uma evolução favorável. Só assim a qualidade de vida vai ser melhor nesta população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Antônio Sirieiro, Santana-AP

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.2 Metas

Relativas ao objetivo 1

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

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

Relativas ao objetivo 2

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3

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

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

Relativas ao objetivo 4.

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

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

Relativas ao objetivo 5.

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

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

Relativas ao objetivo 6.

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

O trabalho consiste em uma intervenção que vai ser realizada através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de

assistência, promoção Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Sirieiro, no Município de Santana-AP. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Nosso e prevenção à saúde dos hipertensos e diabéticos desta UBS. O trabalho será realizado com os todos usuários hipertensos e/ou diabéticos, acima de 20 anos de idade da nossa área adstrita.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será feita com a realização de consultas clínicas, através do grupo de Hiperdia, Visitas ao domicilio, avaliação de prontuários clínicos. O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira semanalmente. A ação será realizada pelo médico, os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Fazendo o correto preenchimento dos prontuários clínicos nas consultas e visitas na área de abrangência, com envolvimento do maior número dos profissionais. Esta ação será realizada pelo médico, os ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Aumentar o número de vagas para o acompanhamento das consultas clínicas, do grupo de hipertensos e/ou diabéticos, não estender o tempo de espera de acolhimento dos usuários e qualificar aos profissionais na tomada de pressão arterial e sobre a vulnerabilidade social. Toda a equipe estará envolvida na ação.

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

Detalhamento: Realizar conversar com os gestores de saúde sobre a necessidade de recursos materiais para otimizar o desempenho desta ações. Esta ação será realizada pelo médico.

Engajamento público

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

Detalhamento: Para realizar esta ação precisa-se da participação dos os profissionais das equipes. Estas informações podem ser divulgadas na mesma consulta, nas ações de saúde feita na comunidade, nas visitas domiciliar, realizando palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem, também como apoio dos profissionais do equipe de NASF.

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

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

Mediante a divulgação nas consultas médicas, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde na comunidade, com a realização de palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF, (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Vamos falar para a população e a comunidade nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, na visita domiciliar, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF, (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: comunicando a toda à população, em consultas, ações de saúde na comunidade, visita domiciliar, palestras educativas, pelo médico da equipe, os ACS a enfermagem e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o

apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões das equipes semanalmente pelo médico de equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões de equipe, realizando aulas demonstrativas pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: realizando a visita domiciliar, através das consultas médicas, avaliando os prontuários clínicos e outros registros para usuários hipertensos e/ou diabéticos. O monitoramento será realizado semanalmente pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa, fazendo um correto preenchimento dos registros (prontuários clínicos).

Detalhamento: Fazendo o correto preenchimento dos prontuários clínicos nas consultas e visitas na área de abrangência, com envolvimento do maior número dos profissionais. Será realizada por todos os profissionais da equipe.

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

Detalhamento: aumentando o número de vagas para as consultas de Hipertensão, diminuir o tempo de espera do acolhimento para as consultas, capacitar aos profissionais para uma correta tomada da pressão arterial e realização de hemoglicoteste a usuários com risco ou da população alvo do foco da intervenção. A ação será realizada pelos ACS, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: O médico comunicará aos Gestores de Saúde para que sejam garantidos os materiais necessários para realizar os hemoglicotestes.

Engajamento público

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

Detalhamento: Esta informação vai ser feita nas consultas médicas, nas visitas a área de abrangência, nas ações de saúde na comunidade, até na própria UBS com a realização de palestras públicas. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Os usuários diabéticos e hipertensos e toda a população da comunidade vão ser informados nas consultas, na visita domiciliar, nas ações de saúde, na realização de palestras educativas. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: Vamos orientar nas consultas médicas, nas palestras educativas, na visita domiciliar e nas ações de saúde comunitárias. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF.

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

Detalhamento: Esta ação vai ser feita nas consultas médicas, nas palestras educativas, nas ações de saúde comunitárias, a visita domiciliar e nas atividades com os grupos de usuários hipertensos e/ou diabéticos quando foram criados. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da

enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe, semanalmente pelo médico da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/hg.

Detalhamento: nas reuniões da equipe com a realização de aulas demonstrativas pela enfermagem da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado acolhimento adequado, triagem, realização de glicoteste, anamnese, exame clínico e solicitude e avaliação de exames. O monitoramento da ação será semanal feito pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O técnico de enfermagem vai fazer a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitação e avaliação de exames.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira dialogarão com os gestores de saúde para obter o documento.

Engajamento público

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

Detalhamento: Nas palestras educativas feitas nas UBS, nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos nas visitas domiciliares, nas ações de saúde, nas reuniões. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será realizado acolhimento adequado, triagem, realização de glicoteste, anamnese, exame clínico e solicitação e avaliação de exames. O monitoramento da ação será semanal feito pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A enfermagem vai fazer o hemoglicoteste. O técnico de enfermagem vai fazer a triagem, o médico a anamnese, exame clínico, solicitação e avaliação de exames.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe. A capacitação será realizada pelo médico da equipe.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: semanalmente nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelo médico e a enfermeira da equipe, através do diálogo com os gestores de saúde para obter o documento.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes 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.

Detalhamento: nas palestras educativas feitas nas UBS, nas consultas de Hipertensão, nas visitas domiciliares, nas ações de saúde. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, o médico vai fazer aulas demonstrativas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: revisando dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de Hipertensão de acordo com a periodicidade recomendada, com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de Hipertensão. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira com apoio dos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico da equipe solicitará os exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: O médico realizará uma conversa com o gestor, procurado sensibilizá-lo sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: sensibilizar aos usuários nas consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico. Esta ação será realizada pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas de Hiperdia, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo. Estas serão realizadas pelo médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem. Também contaremos com o apoio dos profissionais da equipe de NASF (o orientador físico e a nutricionista especificamente).

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

Detalhamento: nas consultas de Hiperdia, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo de hiperdia. Que fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: revisando os prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta de hipertensos e/ou diabéticos. Quem fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

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

Detalhamento: revisando os prontuários clínicos semanalmente, depois de realizada a consulta da população alvo. Quem fará será o médico da equipe, os ACS a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico solicitará os exames complementares definidos no protocolo.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira conversarão para sensibilizar ele sobre a importância desta intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: tentando sensibilizar aos usuários das consultas da importância da realização dos exames, e retornar a consulta segundo sejam citados, porque na UBS não temos laboratório clínico. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas dos usuários alvo. Nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

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

Detalhamento: nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde e nas reuniões de grupo. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas aulas referentes ao tema nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliar a existência, em farmácia, dos medicamentos no programa.

Detalhamento: O médico da equipe semanalmente vai-se reunir com o técnico de farmácia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O Médico vai pactuar informações mensais com o técnico de farmácia.

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

Detalhamento: registrando nas consultas a medicação indicada para cada paciente, com avaliação posterior do registro feito. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar, nas ações de saúde na comunidade, nas atividades de grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Quem realizará isto será o médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanal e fara o médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanal. Com apoio do técnico de Farmácia. A capacitação vai ser feita pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: semanalmente o médico da equipe vai avaliar a existência na farmácia, dos medicamentos do programa.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico da equipe pactuará informações mensalmente com o técnico de farmácia.

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

Detalhamento: Os ACS vão registrar nas consultas a medicação indicada para cada usuário, com avaliação posterior do registro feito por eles mesmos.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

Detalhamento: Será realizada pelo médico nas reuniões da equipe semanalmente.

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

Detalhamento: Semanalmente, nas reuniões da equipe pelo médico.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: fazendo os registros nas consultas, ações de saúde, visita domiciliar. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: especialmente dos hipertensos e diabéticos nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizada capacitação nas reuniões da equipe com ajuda dos odontologistas da UBS.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: fazendo o registro nas consultas, ações de saúde, visita domiciliar. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão o registro.

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

Detalhamento: prévio acordo com o departamento de odontologia da UBS e estabelecendo prioridade para os casos mais críticos. Os ACS se organizarão segundo seus usuários e farão a marcação de consultas.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: especialmente dos hipertensos e diabéticos, nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe com ajuda dos odontologistas.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: avaliando os prontuários clínicos semanalmente depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, realizado pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Todos os ACS vão priorizar as visitas de seus usuários. A enfermeira irá auxiliar na organização das visitas para busca dos faltosos.

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

Detalhamento: Quando forem visitados pelos ACS já será citado para o dia da consulta de hipertensos e/ou diabéticos. Será deixado espaço na agenda semanal para acolher estes faltosos e o médico acompanhará a consulta.

Engajamento público

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

Detalhamento: Nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Fará esta ação o médico, ACS, a enfermagem e o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Ouvir a comunidade nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Qualquer profissional que soubesse de estratégias faladas pela comunidade, informará a equipe nas reuniões semanalmente.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. O médico da equipe, os ACS, a enfermeira e o técnico da enfermagem farão a orientação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe vão avaliar, os prontuários clínicos semanalmente depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Todos os ACS vão priorizar as visitas de seus usuários.

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

Detalhamento: Quando visitados pelos ACS, já serão citados para o dia da consulta de hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelos profissionais da equipe.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Qualquer profissional que soubesse de estratégias faladas pela comunidade, informará a equipe nas reuniões semanalmente.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade por todos os profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente pelo médico da equipe.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Todos os ACS revisarão os prontuários clínicos de seus usuários, avaliando o correto preenchimento. O monitoramento desta ação será semanal realizado pelo médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Os ACS farão o preenchimento em cada consulta segundo seus usuários.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: nas reuniões da equipe. Semanalmente segundo sejam consultados os usuários, nas reuniões da equipe, se organizará a informação. Participarão todos os profissionais da equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Todos os ACS vão ser responsáveis pelo monitoramento dos registros de seus usuários.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Com a realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta. Os ACS nas reuniões semanal farão orientação dos usuários deles com situações de alerta, para visitar eles posteriormente e orientar.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelo médico, os ACS a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico vai fazer a capacitação.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico vai fazer a capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Todos os ACS revisarão os prontuários clínicos de seus usuários, avaliando o correto preenchimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: preenchendo em cada consulta pelos ACS e o médico

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: nas reuniões da equipe, todos os profissionais participarão.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Todos os ACS vão ser responsáveis pelo monitoramento dos registros de seus usuários.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Pela realização da visita domiciliar e com o trabalho de cada ACS acho que vai ser possível viabilizar estas situações de alerta.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade por todos os profissionais da equipe.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe pelo médico da equipe.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade pelos ACS o médico, a enfermeira e o técnico de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, nas consultas de Hiperdia.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas. O médico fará as consultas.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, nas consultas de Hiperdia.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas, os ACS farão a agenda.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliares nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe farão esta ação.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliares nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe farão esta ação.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde. Será realizada pelo médico e enfermeira.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizando aulas referentes ao tema.

Detalhamento: nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde o médico fará a capacitação.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade, o médico fará esta ação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, nas consultas de hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas a médico fará o acompanhamento.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, nas consultas de Hipertensão.

Detalhamento: Fazendo consultas nas visitas domiciliar, nas ações de saúde, aumentando o número de vagas nas consultas. Esta consulta será feita semanalmente, uma ou duas consultas com vagas para 10 -15 pessoas, os ACS vão fazer a agenda.

Engajamento público

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe vão orientar.

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

Detalhamento: nas consultas, nas visitas domiciliar nas palestras educativas, nas ações de saúde na comunidade. Todos os profissionais da equipe vão esclarecer.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde. O médico fará.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, realizando aulas referentes ao tema.

Detalhamento: nas reuniões da equipe de saúde, a capacitação vai ser realizada pelo médico da equipe.

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

Detalhamento: realizando aulas referentes ao tema, nas reuniões da equipe de saúde, o médico fará a capacitação.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: realizando encaminhamento ao Nutricionista dos usuários e revisando as orientações dele descritas, no prontuário clínico nas consultas de controle. O médico fará.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, nas reuniões de grupo de Hiperdia.

Detalhamento: podem ser feitas aulas, palestras educativas, assistir vídeos, fazer mostruários, trocar experiências, entre outros. Todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Tentando sensibilizar ele respeito à importância de nosso trabalho de intervenção, o médico e a enfermeira farão estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde comunitárias, nas visita domiciliar. Todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF farão estas ações.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com a participação da Nutricionista do NASF, nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento Com o apoio de um profissional capacitado nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Realizando encaminhamento ao Nutricionista aos usuários, e revisando as orientações dele descritas no prontuário clínico. O médico fará.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, nas reuniões de grupo de Hipertensão.

Detalhamento: podem ser feitas aulas, palestras educativas, assistir vídeos, fazer mostruários, trocar experiências, entre outros. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ele respeito à importância de nosso trabalho de intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo a todos os profissionais da equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações comunitárias, nas visitas domiciliar. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com a participação da Nutricionista do NASF, na reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com o apoio de profissionais capacitado nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo. O monitoramento será feito pelo orientador físico da equipe do NASF.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico, podemos planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas como parte da agenda do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para atingir conseguir realizar esta ação.

Engajamento público

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

Detalhamento: Com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o apoio de um educador físico nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com apoio de um profissional nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: realizaremos encaminhamento a cada usuário a um orientador, também podemos buscar assessoramento de um deles para acompanhar aos usuários nas atividades do grupo. O orientador físico da equipe do NASF vai avaliar esta ação.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, com envolvimento de todos os profissionais e assessoramento de um orientador físico.

Detalhamento: Podemos planejar caminhadas, atividades esportivas e recreativas como parte da agenda do grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo os da equipe do NASF.

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar o gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o apoio do orientador físico da equipe do NASF, nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento: com apoio dos profissionais, nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, o médico fará.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: nas reuniões da equipe semanalmente, o médico fará.

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

Detalhamento: com apoio de profissionais semanalmente nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos o médico fará.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Os responsáveis da equipe irão tentar sensibilizar o gestor.

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

Detalhamento: com apoio dos profissionais semanalmente nas reuniões da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS farão.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: com apoio de todos os membros da equipe. Os problemas que tivesse cada paciente, o médico e seu ACS vão tentar resolver com orientações específicas, caso não aconteça, o ACS vão se encarregar de dar o seguimento nas visitas domiciliar.

Engajamento público

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

Detalhamento: envolvendo toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Com a revisão dos prontuários clínicos semanalmente, depois das consultas de hipertensos e/ou diabéticos, realizado pela enfermeira e médico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: com apoio de todos os membros da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia. Vão ser realizada por todos os profissionais da equipe incluindo a equipe do NASF.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com ajuda dos Odontologistas da UBS, nas reuniões da equipe semanalmente, tentaremos sensibilizar ao gestor da importância de nosso trabalho de intervenção para realizar estas ações.

Engajamento público

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

Detalhamento: com o envolvimento de todo o equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Disperdia.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: com o envolvimento de toda a equipe, nas consultas, nas palestras educativas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliar, nas atividades do grupo de Hiperdia.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 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. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2.1. Proporção 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. Proporção 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. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção em nossa UBS vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013a) o Caderno de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013b), a ficha espelho e planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso da UFPEL e um questionário elaborado pelo médico que prevê a coleta de dados gerais sobre os usuários, história pregressa de saúde, avaliação nutricionais e da pressão arterial, avaliação de fatores de risco, dados ocupacionais e medicação que consomem os usuários.

Estimamos alcançar cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos e, para tanto, faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar as fichas espelhos e fichas complementares necessárias que serão anexadas às fichas espelhos.

Para organizar o registro específico do programa, semanalmente depois das consultas de Hiperdia, o técnico de enfermagem localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando as anotações sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, avaliação dos riscos cardiovasculares.

A programação das visitas e consultas está programada no protocolo de atendimento no programa, para um atendimento correto dos usuários na UBS e na comunidade periodicamente, como está estabelecido, de forma permanente.

A capacitação vai ser realizada pelo médico semanalmente por um mês para os profissionais das equipes. Elas vão ser feitas na sala de reuniões nas reuniões da equipe.

Para o monitoramento das ações da intervenção será avaliado semanalmente os prontuários clínicos depois das consultas de Hiperdia. Precisaremos dos registros (prontuários clínicos, ficha espelho, cartão de Hiperdia) para que os profissionais possam avaliar como vai a qualidade das consultas, do preenchimento dos registros, se os usuários estão modificando seu estilo de vida, como vai a realização dos exames, porque os faltosos não vão a consulta na UBS, entre outras, para melhorar a qualidade da atenção como está estabelecido no protocolo. O monitoramento das ações da intervenção será realizado pela enfermeira semanalmente, com apoio do médico.

Para organizar agenda e acolher aos usuários faltosos, e visitar eles previamente precisa-se dos ACS para que eles sejam visitados e sejam capazes de sensibilizar eles da importância para a saúde da assistência a consulta, a periodicidade, a realização de exames, a avaliação dos resultados pelo médico, assim como os direitos dele como usuário a receber cuidado de sua saúde. Eles também irão organizar agenda para as consultas de usuários faltosos.

Fará parte do nosso trabalho diário o registro de todas as ações que fazemos com o usuário nas fichas e os registros, e a constância da assistência à consulta a guia para todos os especialistas que precisem avaliar este usuário e deve preencher-se corretamente sem omitir nenhum dado ou observação. Os ACS vão ser responsáveis para monitorar os registros de seus usuários e ser capazes de visualizar situações de alerta referente a atraso nas consultas, na realização de exames estratificação de risco. Só precisa-se dos ACS, e dos registros para realizar estas ações que são muito importantes para prevenir intercorrências honestas doenças e atingir qualidade de atenção dos usuários de forma sistemática e permanente. Nas reuniões da equipe semanalmente será pactuado as informações dos registros dos usuários de Hiperdia.

Para organizar práticas coletivas sobre os temas da intervenção, contaremos com apoio dos profissionais da equipe e dos usuários para criar o grupo de Hiperdia, onde neste grupo planejará as atividades coletivas para atingir hábitos saudáveis e melhorar a qualidade de vida. Precisamos também do gestor da atenção à saúde da família na busca de parcerias institucionais, para envolvimento de nutricionista e educador físico nesta atividade e orientar corretamente aos usuários e famílias permanente e sistematicamente nos grupos que serão realizados semanalmente, na Praça Vila Olímpica de Santana e o responsável por ele será a equipe de NASF. Para a orientação dos hipertensos e diabéticos sobre a importância de uma alimentação saudável, precisa-se dos usuários e das famílias, mas também dos profissionais. Nas visitas domiciliares consultas, palestras e ações de saúde, os usuários vão receber orientação sobre a importância de uma alimentação saudável para evitar intercorrências e manter a doença controlada.

Também realizaremos palestras para toda a população da UBS, onde serão oferecidos serviços como: tomada da pressão arterial, teste de glicose, tomada da circunferência de abdômen e perímetro braquial etc., com uma frequência semanal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para começar o relatório, nós podemos dizer que não atingimos os 80% da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa UBS. Eu sei que foi uma meta muito ambiciosa, mas no começo da intervenção, fomos orientados que a população alvo de nosso projeto tinha que ser de toda a UBS, e não somente da nossa equipe, como nós tínhamos planejado. Várias vezes eu conversei com minha antiga orientadora, porque sabia que a população alvo era muito numerosa e o acesso aos usuários seria difícil, mais não foi possível. Isto não foi causa de desmotivação para nós continuarmos com a nossa intervenção.

Realizando uma avaliação das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, posso relatar que todas foram cumpridas integralmente. Algumas com mais dificuldades que outras. Conseguimos antes de começar a intervenção, contatar com o gestor Municipal para falar da importância da intervenção e solicitamos o seu apoio. No início não tivemos dificuldades com a distribuição das fichas espelhos pela secretaria de saúde, mais depois sim, porque quando precisamos de cópias, eles não nos disponibilizara, justificando não ter tinta para imprimir as mesmas. Assim, nós mesmos tivemos que conseguir as fichas com recurso próprio. Conseguimos divulgar a intervenção com ajuda dos ACS principalmente e de dois líderes comunitários. Capacitamos sem dificuldade aos membros da equipe nos diferentes temas e estabelecemos o papel de cada profissional nas diferentes ações. O técnico de enfermagem que chegou a nossa equipe na semana 4 da intervenção, juntou-se a mesma para participar na intervenção. Isto foi legal e de muita ajuda, pois também conseguimos capacitar o mesmo para que pudesse integrar a nossa intervenção. Realizamos as reuniões da equipe semanalmente para pactuar informações e avaliar a intervenção, no entanto

não conseguimos a participação dos ACS das outras equipes, o qual interferiu diretamente na atenção dos usuários destas outras equipes, pois foi muito difícil conseguir o retorno destes à consulta. Realizamos, segundo a periodicidade planejada, o controle dos medicamentos disponibilizados para os usuários na farmácia da UBS. Às vezes os medicamentos disponibilizados para estes usuários, não estiveram disponibilizados na sua totalidade. Mantemos as seguintes ações: cadastramento dos usuários, buscas dos faltosos a consulta, agendamento de consultas para eles, realização de triagem incluindo a tomada do perímetro braquial e da cintura, exame clínico, a estratificação de risco cardiovascular, orientações para os usuários sobre os fatores de risco modificáveis, realização de atividades coletivas com o apoio da equipe do NASF. Para a realização destas ações não tivemos grandes dificuldades, às vezes as chuvas frequentes que impossibilitavam visitar eles ou que eles chegassem até a uns para a consulta agendada.

Também realizamos a avaliação dos usuários que necessitavam do atendimento odontológico, referenciando o mesmo para o Odontologista e a nutricionista nos casos que precisaram. As orientações sobre higiene bucal realizada pela equipe de saúde bucal e a avaliação pela nutricionista dos usuários com Índice de Massa Corporal (IMC) $> 30\text{Kg/m}^2$, foram determinantes para um acompanhamento de qualidade nestes usuários. Não tivemos dificuldades com os acompanhamentos pela Nutricionista da equipe do NASF, mas sim com a Odontologista, pois na UBS temos 3 equipes de saúde da família que tem equipe odontológico com um odontólogo por equipe, mas nossa equipe não tem, então foi difícil para os usuários marcarem consultas com eles. Também a falta de material constantemente, impossibilitou um atendimento regular para estes usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não temos ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, mas temos tido dificuldades com a realização de glicotestes, pela falta de material, durante toda a intervenção, e com o atendimento odontológico. Sobre este último nossa equipe não tem odontologista, apenas nas outras equipes e este serviço esteve paralisado pela falta de material. Hoje está muito difícil para os usuários marcar uma consulta, pois só têm prioridade crianças, grávidas e pessoas idosas. Outra situação que apresentamos dificuldades desde o início da intervenção é com

relação à realização dos exames complementares para os usuários. A mesma ocorre devido à inexistência de um laboratório clínico para a realização de exames complementares na UBS, onde somente realizam coleta um dia por semana, e as amostras são levadas até o laboratório municipal de Santana, que fica aproximadamente a três quilômetros da UBS. No entanto este laboratório não está funcionando pela falta de material. Na UBS não são feitas coletas para exames como: potássio sérico, hemoglobina glicosilada, TSH, albumina na urina. Os eletrocardiogramas (ECG) são realizados no hospital ou no Pronto Socorro. Estas dificuldades causam insatisfação na população porque nem todos tem o recurso econômico para recorrer ao setor privado, e às vezes ficam desmotivados e despreocupados com a própria saúde deles.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Avaliando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção e o fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo de indicadores, posso dizer que no começo da intervenção eu tive dúvidas de interpretação ao preencher a planilha de dados, mas não faltou minha comunicação pelo DOE com meu orientador Pablo e o rápido retorno dele, para o esclarecimento delas. Esta comunicação nos manteve sempre e tem sido de muita ajuda para o desenvolvimento de nossa intervenção até o presente momento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Analisando a incorporação das ações previstas no projeto e a rotina do serviço descrevendo aspectos que estão funcionando, posso descrever que hoje nós estamos conseguindo, nos dias de consulta aos hipertensos e/ou diabéticos, fazer palestras sobre hábitos de vida saudável ou temas referentes a estas doenças. Também estamos incluindo a aferição da circunferência braquial e da cintura na triagem destes usuários e também a realização de glicotestes quando temos material disponível. Estamos conseguindo realizar a avaliação de risco cardiovascular destes usuários, orientando a periodicidade das consultas, passando os exames laboratoriais, realizando exame clínico, agendando consultas aos

usuários faltosos, realizando atividades com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos, com a equipe do NASF e visitando junto com eles os usuários idosos ou cadeirantes. Assim posso garantir que estas ações foram incorporadas nas rotinas da nossa UBS e pretendemos expandir as mesmas para o programa de atenção à saúde dos Idosos.

Acredito que as ações educativas e de promoção de saúde poderiam ser expandidas a toda a população da área de abrangência, porque atuando e prevenindo os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, poderemos evitá-las. Somente vamos atingir isso ensinando a população toda sobre as doenças e como preveni-las e controlá-las.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção foi desenvolvida em 12 semanas ao invés das 16 semanas propostas inicialmente. Isto ocorreu, pois conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento destas semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma sete ao calendário estabelecido com a Universidade.

Na UBS Antônio Sirieiro temos um número estimado de 1156 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 389 diabéticos. Conseguimos realizar nossa intervenção com um total de 105 usuários, onde destes 91 foram hipertensos, 21 diabéticos e 7 hipertensos e diabéticos. Destes 41 são homens e 64 mulheres, com idades entre 25 e 107 anos. Todos receberam atendimento na UBS Antônio Sirieiro do Bairro Novo Brasília.

Desde sempre nosso projeto teve como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da população na área de abrangência da UBS. Isso nos levou a desenvolver ações para atingir nossas metas iniciais, que serão avaliadas a seguir.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial a Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

Com relação à cobertura dos hipertensos, cadastramos no primeiro mês 33 usuários (2,9%), elevando para 67 no segundo mês (5,8%) e finalizamos o terceiro mês com 91 (7,9%) hipertensos cadastrados, não atingindo nossa meta inicial de 80% (Figura 1)

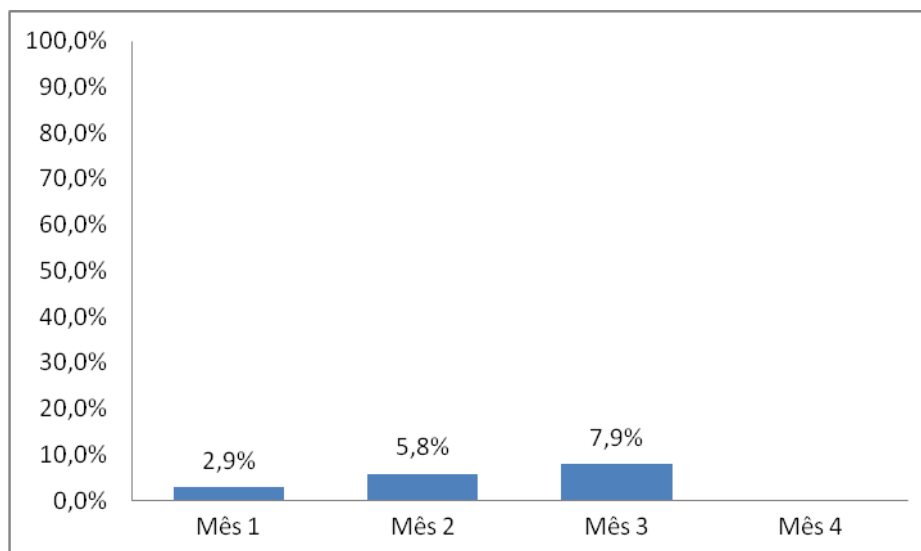


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

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

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

Já nos diabéticos, cadastramos no primeiro mês 9 usuários (2,3%), elevando para 15 no segundo mês (3,9%) e finalizamos o terceiro mês com 21 (5,4%) diabéticos cadastrados, não atingindo nossa meta inicial de 80%.

Acredito que não foi possível alcançar a nossa meta inicial por alguns motivos como: a influência do clima, pois tivemos períodos constantes de chuvas, que impossibilitavam ações de campo, o envolvimento parcial dos profissionais da UBS na intervenção que impossibilitou maior busca dos usuários faltosos a consulta assim como o cadastramento da população alvo na sua totalidade. Ainda assim o comportamento deste indicador foi em ascensão mensalmente. Tenho certeza que com a adequação das ações realizadas na rotina diária do serviço vamos atingir progressivamente resultados positivos, chegando a nossa meta estabelecida (Figura 2).

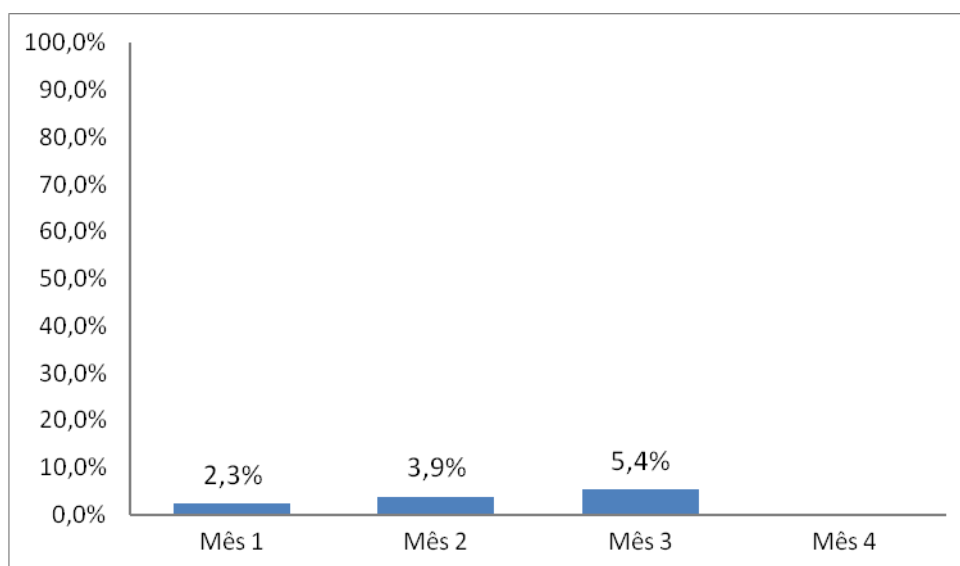


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

A realização do exame clínico aos usuários na consulta é muito importante, ainda mais nos usuários da nossa população alvo, para prevenir e atestar agravos e intercorrências que pudessem ocasionar a internação destes. Isto inclui a triagem, para a qual, muitas vezes, os usuários foram referenciados para atendimentos de urgências no hospital por crises, emergências hipertensivas ou descontrole metabólico.

Assim, no primeiro mês obtivemos 33 (100%) hipertensos em dia com os exames clínicos, no segundo mês foram 67 (100%) e no terceiro chegamos a 91 hipertensos que corresponderam a 100%, atingindo nossa meta inicial.

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

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

Nos diabéticos também mantivemos 100% nos três meses de intervenção. Conseguimos no primeiro mês 9 (100%) diabéticos em dia com os exames clínicos,

no segundo mês foram 15 (100%) e no terceiro chegamos a 21 diabéticos que corresponderam a 100%, atingindo nossa meta inicial.

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

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

A realização dos exames complementares nestes usuários é de muita importância para tratar fatores agravantes que ocasionem descontrole nestas doenças. Exemplos destes exames são: a determinação da hemoglobina glicosilada, o colesterol, os triglicerídeos entre outros. Segundo os resultados destes exames, determinaremos a conduta a seguir e as orientações que a equipe de saúde fará para cada um de seus usuários.

A proporção de hipertensos com exames complementares em dia se demonstrou da seguinte maneira: no primeiro mês tivemos 5 (15,2%), no segundo mês 8 (11,9%) e no terceiro 24 (26,4%), não alcançando nossa meta inicial.

É muito importante analisar a situação da infraestrutura para a realização dos exames pelos usuários, pois nossa UBS não tem na sua estrutura básica um local de laboratório clínico. Somente se realizava coleta de sangue e outros materiais uma vez por semana, onde eram levados estes exames até o laboratório municipal, situado a 4 km de distância da UBS. Perto da terceira semana de intervenção, este serviço ficou paralisado na UBS e no Laboratório municipal, pela falta de matéria. Desde o mês de julho ficou restabelecido parcialmente. No entanto, os usuários têm dificuldades pra realizarem o mesmo. Alguns conseguem pelo setor privado, mas a maioria não. Pensamos que com a adequação destas ações a nossa rotina, vamos conseguir progressivamente que os usuários mantenham os exames em dia, e também a assistência à consulta de acordo com o protocolo (Figura 3).

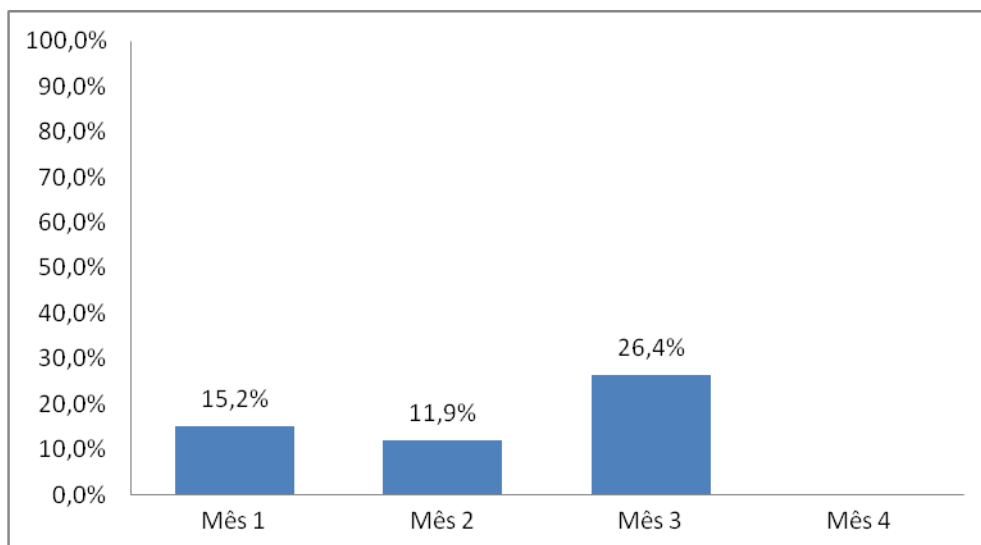


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Já a proporção de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com protocolo, se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês foi apenas 1 (11,1%), no segundo mês 2 (13,8%) e no terceiro mês 5 (23,8%) diabéticos com exames em dia de acordo com o protocolo. Este indicador melhorou seu comportamento no terceiro mês, pelos mesmos motivos já descritos anteriormente. As dificuldades com a realização dos exames têm as mesmas causas já descritas. Somente atingiremos melhoras neste indicador através do aumento da quantidade e qualidade dos serviços oferecidos, construindo também novas instituições encarregadas de oferecer estes serviços a toda à população (Figura 4).

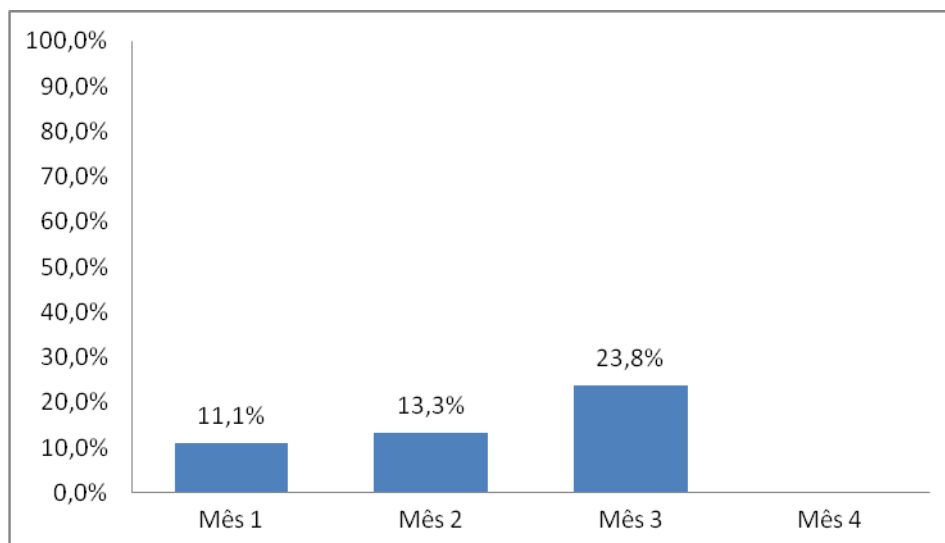


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No tratamento da Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus, o controle dos hábitos de vida e fatores de risco modificáveis é de vital importância, mas a medicação certa, administrada regular, permanente e sistematicamente vai ajudar, no controle das doenças.

No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 31 (93,9%) hipertensos, no segundo mês foram 59 (88,1%) e no terceiro mês 79 (86,8%) (Figura 5).

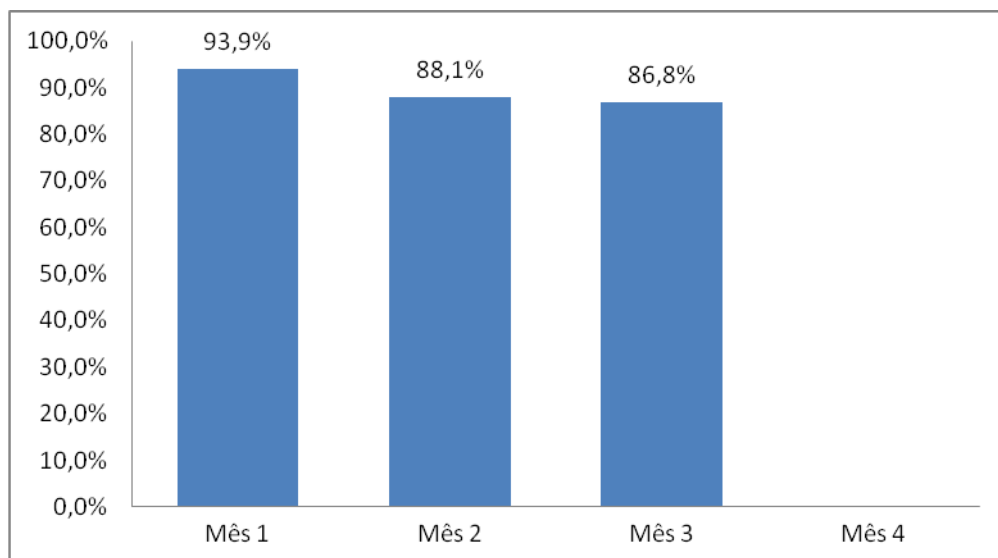


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Podemos ver que este indicador se comportou geralmente próximos dos 90%. Isto quer dizer que a maior parte da população estudada consome medicamentos da farmácia popular.

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

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

No primeiro mês prescrevemos medicamentos para 9 (100%) diabéticos, no segundo mês foram 14 (93,3%) e no terceiro mês 19 (90,5%).

Existiram fatores desfavoráveis que afetaram os usuários como a instabilidade do medicamento na farmácia. Acredito que se deve realizar o trabalho em conjunto com os gestores municipais de saúde, para conseguir este propósito (Figura 6).

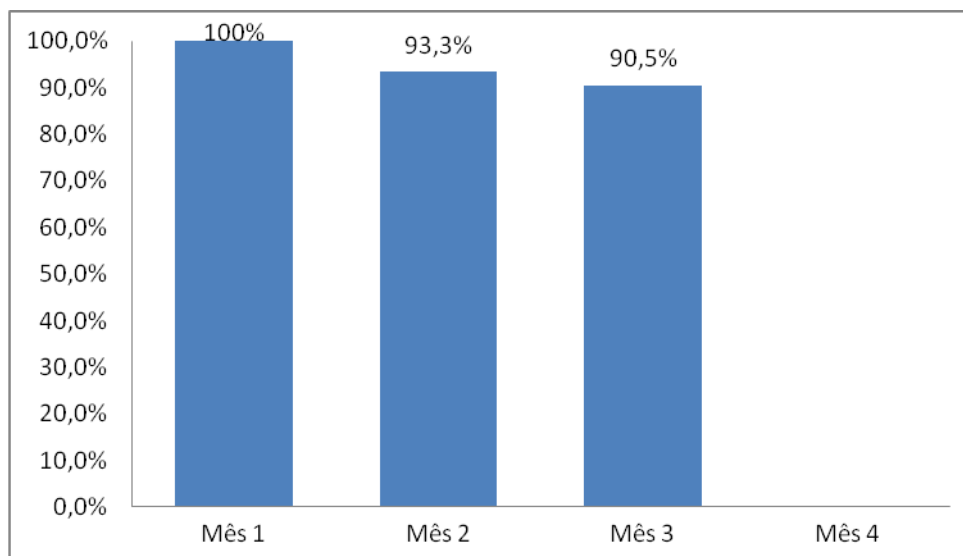


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

O atendimento odontológico é um serviço de muita importância para a comunidade toda. Em nossa população alvo, e principalmente nos usuários diabéticos que precisam manter o corpo livre de infecções para prevenir o descontrole metabólico, esta ação é imprescindível. Agora vamos avaliar como foi o comportamento deste indicador com a realização da nossa intervenção.

Podemos dizer que dos 105 usuários que completaram o estudo, 40 deles tem idade \geq a 65 anos de idade, sendo (32) hipertensos e (8) diabéticos. Falamos disso porque foi frequente achar próteses dentárias totais ou parciais na maioria deste grupo de idosos nos quais, além de receber orientação sobre a importância de uma saúde bucal adequada, também foram avaliados e referenciados para o odontólogo pela necessidade de atendimento. Não foram avaliados aqueles que por vontade própria, após as orientações, falaram que não iriam precisar do atendimento odontológico.

Com relação aos hipertensos, no primeiro mês orientamos 26 (78,8%), no segundo mês foram 58 (86,6%) e finalizamos com 80 (87,9%) (Figura 7).

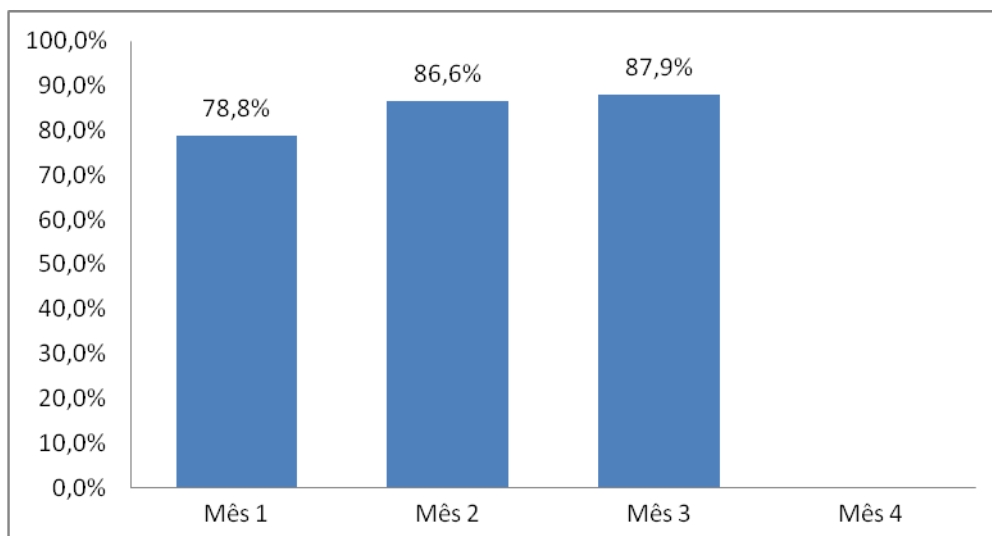


Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Já com relação aos diabéticos, no primeiro mês conseguimos orientar 7 (77,8%), no segundo mês foram 12 (80%) e finalizamos com 16 (76,2%).

Mas queremos dizer que os usuários referenciados ao odontólogo tiveram dificuldades para receber o serviço, pois nossa equipe não tem odontologista e o serviço esteve paralisado por dois meses pela falta de material.

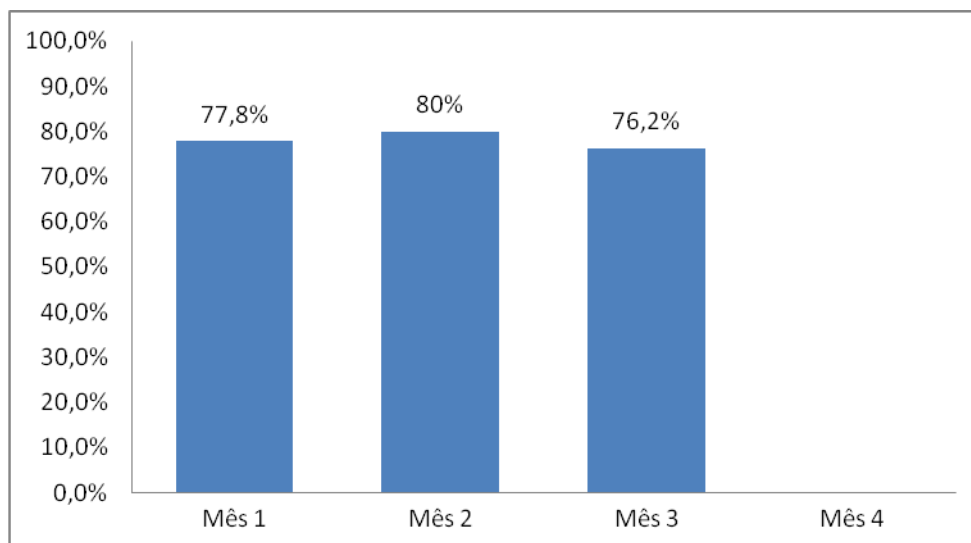


Figura 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

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

A assistência às consultas programadas pelo médico ou pela equipe é importante para manter uma ótima saúde ou naqueles casos patológico, manter a doença controlada. Isso é possível realizando os acompanhamentos. Nas visitas domiciliar o pessoal de saúde tem a oportunidade de achar os usuários faltosos à consulta e orientá-los sobre a importância desta para um adequado acompanhamento da doença, evitando as intercorrências e internações sem necessidade.

Assim, a avaliação da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, podemos observar que iniciamos com 22 (78,6%), no segundo mês foram 55 (90,2%) e concluímos com 63 (91,3%) (Figura 9).

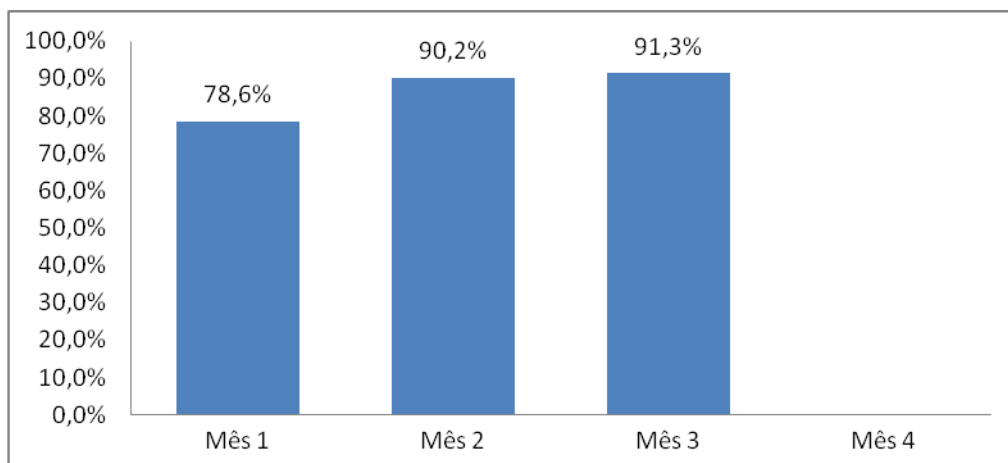


Figura 9. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Com os usuários diabéticos, iniciamos realizando a busca de 7 (87,5%) faltosos, no segundo mês forma 11 (91,7%) e terminamos com o atendimento de 15 (93,8%), não atingindo nossa meta inicial para esta ação.

Nós finalmente, conseguimos consultar essa população que por algum motivo ou outro não retornaram as consultas agendadas pela equipe. Através da continuidade destas ações na UBS, conseguiremos realizar o acompanhamento de todos os faltosos que ainda não retornaram (Figura 10).

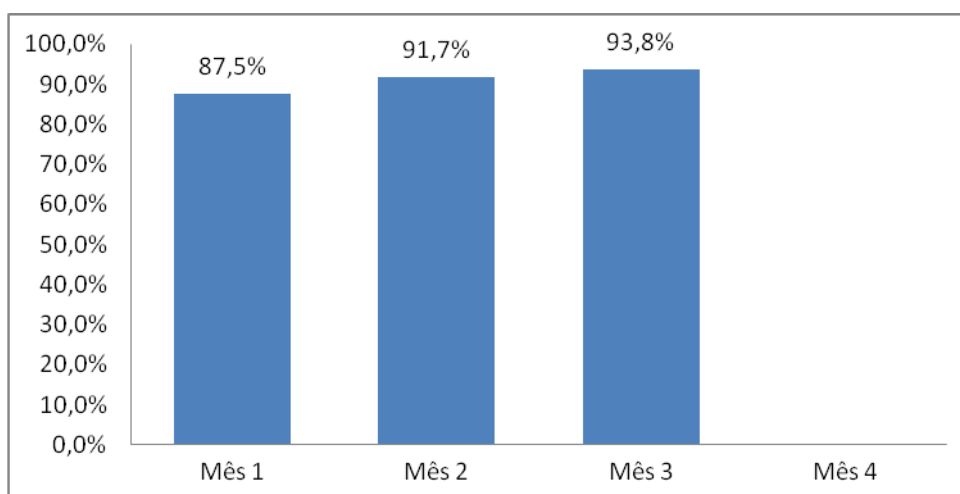


Figura 10: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Manter um registro adequado nas fichas de acompanhamento dos usuários da população toda é importante, pois a mesma recolhe toda a história de saúde de uma pessoa. No momento do atendimento, a equipe só conhece esta história lendo a mesma. Quando isto não acontece corretamente, então a consulta pode-se complicar e influenciar na qualidade de atendimento ao usuário.

Ao analisar o comportamento deste indicador, podemos observar que nos usuários hipertensos, tivemos 4 (12,1%) no primeiro mês, 6 (9%) no segundo e 22 (24,2%) no terceiro mês.

Quando os usuários assistiram a consulta pela primeira vez, somente tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, quatro dos 105 que participaram da intervenção. Nós informamos como registro adequado estes quatro usuários, mais os usuários que retornaram a consulta. Nos demais registros dos outros usuários, conseguimos preencher as fichas espelhos, anexando o questionário ao prontuário clínico, porém, ficaram desatualizados, porque eles não conseguiram retornar a consulta para avaliar os resultados de exames, mais desde a assistência deles pela primeira vez o prontuário foi preenchido. Tenho certeza que com a incorporação destas ações na rotina da UBS, atualizaremos todas as fichas dos demais usuários (Figura 11).

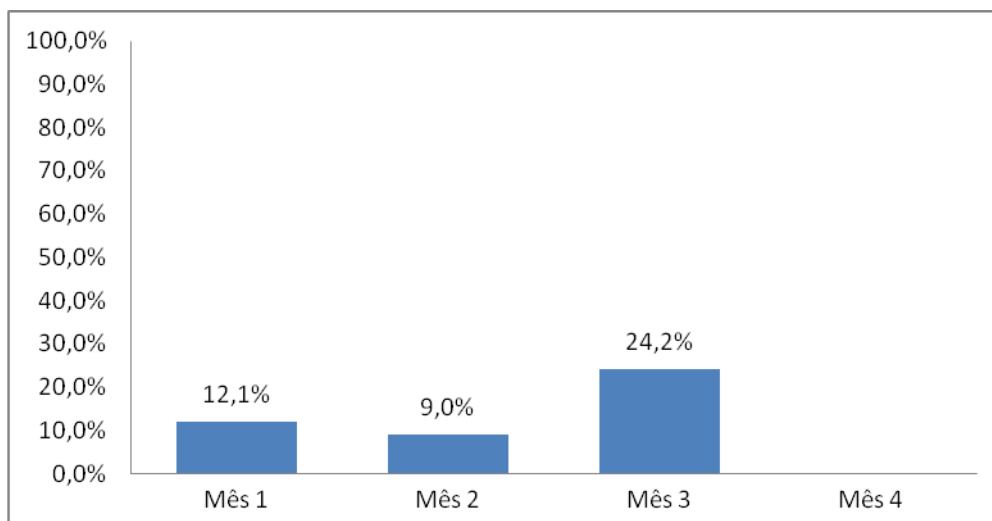


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No caso dos usuários diabéticos, o comportamento do indicador, foi similar, pois no primeiro mês registramos 1 (11,1%), no segundo mantivemos 1 (6,7%) e finalizamos com 3 (14,3%) (Figura 12)

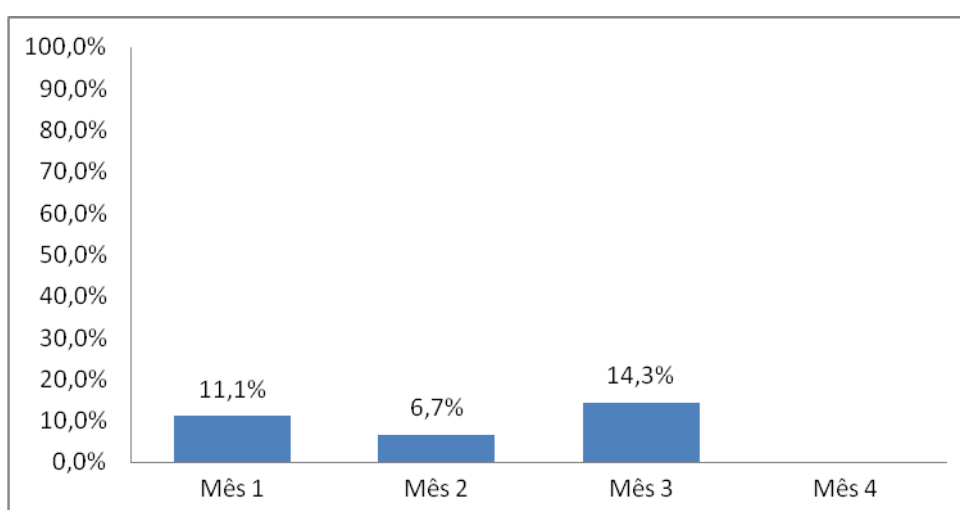


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao analisar a proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, podemos dizer que este indicador é fundamental porque estabelece o risco que estes usuários têm em desenvolver um acidente vascular cerebral ou outro tipo de agravos cardiovasculares nos próximos 10 anos.

Assim, no primeiro mês conseguimos mapear 33 (100%), no segundo mês foram 67 (100%) e finalizamos com 91 hipertensos (100%).

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Nos diabéticos foram mapeados no início 9 (100%), no segundo mês 15 (100%) e finalizamos com 21 (100%).

Atingimos nossa meta inicial e a ação já é parte da rotina de atendimento destes usuários, e progressivamente, estamos inserindo em outros programas de saúde como o programa de atenção à saúde do idoso.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

As ações educativas e de promoção de saúde são determinantes na evolução e controle dos usuários diabéticos e hipertensos. Neste sentido conseguimos desenvolver as mesmas à todos os usuários hipertensos e diabéticos que participaram desta intervenção.

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 33 (100%), no segundo mês foram 67 (100%) e finalizamos com 91 (100%).

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

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

Nos diabéticos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 9 (100%), no segundo mês foram 15 (100%) e finalizamos com 21 (100%).

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

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

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 33 (100%), no segundo mês foram 67 (100%) e finalizamos com 91 (100%).

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

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

Nos diabéticos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 9 (100%), no segundo mês foram 15 (100%) e finalizamos com 21 (100%).

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

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

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 33 (100%), no segundo mês foram 67 (100%) e finalizamos com 91 (100%).

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

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

Nos diabéticos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 9 (100%), no segundo mês foram 15 (100%) e finalizamos com 21 (100%).

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 33 (100%), no segundo mês foram 67 (100%) e finalizamos com 91 (100%).

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nos diabéticos este indicador se comportou da seguinte maneira. No primeiro mês foram orientados 9 (100%), no segundo mês foram 15 (100%) e finalizamos com 21 (100%).

O comportamento destes indicadores se deve ao fato que estas ações formam parte da rotina da UBS realizadas desde o nosso primeiro dia de trabalho na unidade básica de saúde. Eu fico muito animada como qualquer profissional quando realizo uma palestra educativa, onde participam os grupos do Hiperdia ou a comunidade toda. É muito bom também falar do apoio oferecido pelos profissionais da equipe do NASF, com as palestras e atividades educativas também. Acredito que estas ações formam parte de nossa rotina e vai formar parte da rotina futura dos profissionais na UBS.

4.2 Discussão

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Antônio Sirieiro, baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA. A maioria destes usuários não estava cadastrada no Programa. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da qualidade de atendimento destes usuários, com anterioridade. Com a realização de nossa intervenção na UBS, conseguimos em valores ainda muito baixos, ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção realizando exame clínico apropriado, priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliamos a necessidade de atendimento odontológico e conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos cadastrados. Também realizamos a promoção à saúde destes garantindo a orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física e orientação sobre os riscos do tabagismo e da importância da orientação sobre higiene bucal.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A maioria dos membros da equipe foi participativa as ações desenvolvidas, mas, no entanto, não contamos com o envolvimento da maioria dos profissionais da UBS. Perante este período, devemos destacar o trabalho dos ACS, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de capacitações para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças, mobilizado os usuários para a participação nos encontros mensais previstos. Através disto conseguimos unir mais a nossa equipe, favorecendo nosso trabalho. Dentre as atribuições estabelecidas para os profissionais, os ACS garantiram a busca e assistência a consultas de retorno dos usuários faltosos a consulta, principalmente nas visitas domiciliar A enfermeira e o técnico de enfermagem realizam a triagem, incluindo glicotestes, e a médica ficou responsável pela realização das consultas destes usuários. Além disto, todos os membros da equipe cuidam pela qualidade de preenchimento dos registros dos hipertensos e diabéticos, realizam palestras para os usuários e participam nas visitas domiciliar na comunidade. Também estão

engajados nas atividades coletivas com o apoio dos profissionais de equipe do NASF periodicamente.

Para o serviço, nossa intervenção foi de vital importância, pois com a realização desta intervenção, conseguimos envolver todos os profissionais da equipe nas atividades de atenção ao programa de HIPERDIA, onde antes eram concentradas somente na profissional médica. Hoje, com as atribuições de cada membro da equipe viabilizamos o atendimento a um maior número de usuários no serviço. Acredito que estamos conseguindo melhorar a qualidade de atendimento deles, pois estamos realizando o preenchimento dos registros com mais qualidade, as consultas clínicas estão se desenvolvendo de maneira integral, onde incluímos nestas a realização de exame clínico, a avaliação de risco cardiovascular, orientações de promoção de saúde e um retorno com agenda garantida para o seguimento dos usuários.

Para a comunidade, esta intervenção teve um impacto muito grande, no entanto a percepção destes ainda é pouca. Por enquanto o atendimento destes grupos de usuários está garantido na nossa UBS. Com o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, a realização dos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes o oferecimento de atividades educativas periódicas (que incluem oferecimento de serviços como aferição de pressão arterial, realização de glicotestes, palestras), a comunidade está se sentindo atendida e com qualidade. Ao incorporar estas ações na rotina da UBS, conseguimos ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência da UBS.

Penso que desde o início não tivemos uma boa articulação com a secretaria municipal de saúde. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o primeiro contato com o gestor para informar sobre a nossa intervenção tivéssemos realizado uma reunião com todos os profissionais da atenção primária da saúde que trabalham nas UBS para conseguir um maior apoio e envolvimento de todos nesta intervenção. Assim nossos resultados teriam uma qualidade superior. Temos tido instabilidade com os gestores municipais de saúde, porém, algumas dificuldades que tivemos durante a realização do projeto (paralisação dos serviços na UBS e do laboratório municipal pela falta de material para a realização de exames, falta do atendimento odontológico e da disponibilidade dos modelos das planilhas de registro) não foram resolvidas em um rápido tempo. Também tivemos pouca

articulação com os líderes comunitários o que propiciou que muitos usuários da comunidade desconhecesse nossa intervenção e da importância desta para eles. Acredito que através do diálogo poderíamos discutir com os usuários as suas prioridades para satisfazer os mesmos.

Temos a viabilidade da incorporação de nossa intervenção na rotina do serviço. A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe. A busca dos usuários faltosos já está sendo incorporada a nossa rotina do serviço. As ações realizadas durante a intervenção como o preenchimento adequado dos registros, a verificação dos prontuários com a constatação de registros desatualizados e posterior busca do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo. Também a realização da triagem, de glicotestes, da realização das consultas com um exame clínico de qualidade, da avaliação de risco cardiovascular e do atendimento odontológico aqueles usuários que precisaram estão na rotina da nossa UBS. Além disto, prescrevemos os exames laboratoriais, oferecemos as orientações de promoção de saúde, garantimos a agenda de retorno para a consulta, prescrevemos os medicamentos da farmácia popular para garantir a redução de gastos com medicamentos no orçamento familiar, mantendo o controle da existência e disponibilidade destes na farmácia. Acreditamos que nos próximos meses conseguiremos ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos superando todas as dificuldades encontradas antes, durante e depois da realização desta intervenção. Somente desta maneira todas as ações programática vão resultar em um atendimento de qualidade para estes usuários.

Temos alguns passos a seguir para melhorar a atenção à saúde no serviço como estabelecimento progressivo de uma boa articulação com o gestor municipal, com os líderes comunitários, com diretor da UBS e todos os profissionais que trabalham lá. Desse jeito, conseguiremos pactuar todas as informações referentes a dificuldades transitórias ou permanentes encontradas na realização da intervenção, que impossibilitaram atingir bons resultados ou que dificultaram na atualidade, a incorporação desta na rotina do nosso serviço na UBS e também conseguir implementar nosso projeto na rotina da atenção aos usuários, melhorando a qualidade no atendimento destes.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sou funcionária da Unidade Básica de Saúde Antônio Cirieiro, que se situa no município de Santana /AP, onde eu e a minha equipe realizamos uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Neste Relatório pretendo explicar como foi implementada a ação programática durante as doze semanas, proposta pela especialização em saúde da família, através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS de Pelotas, obtendo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica, resultando em uma avaliação contínua com o monitoramento das ações, alcançando a participação da comunidade.

Após a análise situacional, ficou identificado que existem muitos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS Antônio Sirieiro com agravos ou intercorrências, produto do descontrole destas doenças. Diante disso, propusemos em realizar nossa intervenção para qualificar a assistência destes usuários no programa de saúde voltado aos mesmos. Para isto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica. Com isto conseguimos desenvolver diversas ações, como o cadastramentos de 105 usuários, destes 91 (7,9%) hipertensos, 14 (5,4%) diabéticos e 7 (0,5%) hipertensos e diabéticos que receberam acompanhamento na UBS.

Além disto, conseguimos que 96,2% dos hipertensos e 94,1% dos diabéticos faltosos as consultas fossem assistidos principalmente durante a visita domiciliar. Nestas, realizamos ações como triagem, exame clínico, avaliação de risco

cardiovascular, exames laboratoriais, orientações sobre os fatores de risco modificáveis e hábitos saudáveis de vida, além da realização de atividades coletivas.

No entanto tivemos algumas dificuldades durante a intervenção, como a realização de exames complementares, pois em nossa UBS, este serviço esteve paralisado durante quase todo o período da intervenção. Outro problema enfrentado foi a não avaliação dos usuários referenciados para o serviço odontológico e instabilidade às vezes, dos medicamentos dos usuários da população alvo, pois existiam em quantidade insuficiente para satisfazer a demanda.

Acredito que através do empenho dos gestores, conseguiremos o restabelecimento dos serviços de laboratório clínico para a realização dos exames a toda a população. Também poderão propiciar os serviços de odontologia, e a oferta dos fármacos na nossa UBS para garantindo a atenção integral a todos os nossos usuários.

Já, nós conseguimos incorporar as diferentes ações da intervenção na rotina da UBS. Acredito que com a implantação delas e o envolvimento maior dos gestores nas ações desenvolvidas na uns oferecendo apoio na resolução das dificuldades, conseguiremos ampliar a cobertura destes usuários, atingindo uma atenção à saúde de muita qualidade. Assim poderemos satisfazer as necessidades de saúde desta população alvo e de toda a comunidade, materializando todos os princípios do SUS, principalmente a equidade, a integralidade e universalidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar à comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da equipe da UBS Antônio Sirieiro, situada no bairro Novo Brasília, município Santana-AP. Projeto desenvolvido pela médica Eldris Bell Duconger em conjunto com a equipe de saúde da família correspondente.

Após a análise situacional detalhada da UBS, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a presença elevada de agravos e intercorrências dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, encontradas principalmente no momento das consultas, afetando a qualidade de atenção aos mesmos. Isto ocasionava muitas vezes o encaminhamento destes usuários, porque necessitavam do atendimento de urgência na rede secundária. Outro problema sério encontrado, é que não existiam registros sobre a situação dos nossos usuários impedindo que soubéssemos quantos estavam recebendo a assistência adequada. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a qualidade de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

Participaram da Intervenção um total de 105 usuários, destes 91 hipertensos, 14 diabéticos e 7 hipertensos e diabéticos que receberam acompanhamento na UBS.

Durante a intervenção, foram desenvolvidas as seguintes ações: Realização de reuniões com a equipe de saúde para informar sobre o projeto, assim como para conseguir o envolvimento e apoio, dos demais profissionais da UBS. Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para orientar as atribuições de cada profissional nesta intervenção, assim como a periodicidade das reuniões e as atividades coletivas com os usuários. Cadastramento dos usuários e a busca dos faltosos a consulta. Monitoramento dos

registros dos usuários e dos medicamentos destes na Farmácia Popular /Hiperdia. Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos e materiais para realizar a triagem e glicotestes (determinação das cifras da glicemia capilar) dos usuários. Acompanhamento destes com a realização de exame clínico. Realizamos também a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a avaliação de risco cardiovascular pelo exame clínico, as orientações sobre nutrição e alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Acompanhamos os indicadores digitados nas planilhas, além de mobilizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos para a participação do programa de saúde. Conseguimos formar um grupo para educação em saúde, com a participação de diversos profissionais, incluindo a equipe do NASF.

Como resultado da intervenção, observou-se que conseguimos ampliar a cobertura de hipertensos para 7,9% e de diabéticos para 5,4%. Além disto, conseguimos ótimos resultados nos nossos indicadores de qualidade como a realização de exame clínico, a avaliação de risco cardiovascular, o preenchimento adequado dos registros dos usuários, a indicação dos exames complementares, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e as orientações sobre os fatores de risco e os hábitos de vida saudável, que contemplaram todos os usuários atendidos e cadastrados na nossa UBS.

Acredito que o apoio da comunidade estará em correspondência com nosso trabalho e os resultados deles. O trabalho de prevenção, promoção, reabilitação etc., é vital para que a comunidade conheça ainda mais sobre as suas doenças e como melhorar a qualidade de vida. Estreitar o vínculo entre as equipes de saúde da família, a comunidade e os gestores da UBS, vão propiciar resultados maravilhosos na adesão dos usuários ao programa.

Acreditamos que com o estabelecimento destas ações como parte da rotina diária de nosso serviço da UBS, vamos conseguir melhor o vínculo comunidade-UBS-usuários e também ampliar muito mais a cobertura da atenção para estes usuários. Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos de melhorar a qualidade da atenção à saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Antônio Sirieiro, foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos

profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Realizar este curso de especialização foi algo maravilhoso para mim. Foi muito importante para atingir a obtenção do título de especialista em saúde da família, ainda sem compreender direito o Projeto Pedagógico do curso.

Com o começo das aulas, conheci o Ambiente Virtual, experimentando ele pela primeira vez na minha vida. Conheci também a minha orientadora, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores, coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhada.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha motivação deixou de ser pessoal e passou a ser coletiva. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, conversei sobre a importância do curso para outros colegas que se tinham afastado dele.

No começo foi difícil, pois a linguagem e a escrita foram uma barreira que interferiram às vezes na comunicação com os usuários, colegas de trabalho e orientadores, mas não faltou jamais o desejo de superar isto para realizar com carinho, amor e alegria minhas ações, na busca de um sorriso de bem estar dos usuários ao sair das consultas. Sempre tentando fazer meu trabalho melhor a cada dia, envolvendo e incentivando a minha equipe e outros profissionais da UBS.

Achei que realizar a intervenção na UBS, não seria tão difícil quanto foi. Às vezes, minha bondade de continuar ficava fraca quando apareciam dificuldades e eu não sabia como resolver elas ou buscar ajuda, mas conseguia melhorar com o apoio de meu orientador Pablo, e de meus colegas. Outras vezes foram às dificuldades com a internet, pelo qual não foi possíveis postar e enviar as tarefas em tempo.

O Curso realmente está sendo muito importante para minha prática profissional porque acredito que adquiri muitos conhecimentos e experiências sobre a Estratégia de saúde da Família, sobre a equipe de saúde da família na Atenção Primária de Saúde, além de compreender seu funcionamento e a articulação com diversas esferas assistenciais. Para mim é uma experiência muito enriquecedora. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>.

IBGE. **Censo Demográfico 2009 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção **Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:**

hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.

Apêndices

Apêndice A – Questionário História de saúde do usuário.

1-Dados gerais:

Nome

Sobrenome: _____

Endereço: _____

Sexo: Masculino _____ Feminino _____ Data de nascimento: _____

Idade: _____

Raça/cor da pele: _____ Estado Civil: Solteiro (a) _____ Casado (a) _____ Viúvo(a) _____ União Estável _____.

2-Avaliações:

Peso _____ Estatura _____ Cintura _____ IMC _____ Pressão Arterial: _____

3-História de Saúde Pessoais:

Hipertensão _____ Diabetes _____ Angina de Peito _____ Infarto Agudo de Miocárdio _____ Acidente cerebral Vascular _____ Obesidade _____ Doença Renal Crônica _____ Retinopatia _____ Outras (qual) _____

3-Dados Ocupacionais:

Empregado _____ Sem emprego _____ Aposentado _____ com Assistência Social _____

Estudante _____ Dona de Casa _____.

4-Escolaridade:

Não foi a escola _____ Ensino fundamental completo _____ não completo _____ Ensino médio completo _____ Não completo _____, Terceiro grau completo _____ Pós-graduado _____

4-Estilo de vida:

Faz dieta :Sem _____ Não _____ Às vezes _____

Tabagismo: sem _____ Não _____ Extabagista _____

Pratica de atividade física: Sem _____ Não _____ Às vezes _____

Etilista Crônico _____ Etilista Social _____ Não bebe álcool _____ Bebe as vezes _____

5-Medicamentos para tratar a diabetes e a hipertensão que você consome:

-Glibenclamida (comp- 5mg) Não _____ Sem _____ Quantos ao dia _____

-Metformina (comp 500 e 850 mg) Não _____ Sem _____ Quantos ao dia

-Insulina (BB-100U/l) Não _____ Sem _____ Quantos U AO Dia _____

-Captopril (com 25 e 50 mg) Não _____ Sem _____ Quantos ao dia

-Hidroclorotiazida (comp 25 e 50 mg) Não _____ Sem _____ Quantos ao dia

-Nifedipino (comp 10 e 20mg) Não _____ Sem _____ Quantos ao dia

-Outros _____.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

