

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN

Mirtha Regina Cabrales Alvarez

Pelotas, 2015

Mirtha Regina Cabrales Alvarez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN

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

Orientador: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A473m Alvarez, Mirtha Regina Cabrales

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN / Mirtha Regina Cabrales Alvarez; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 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. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

O melhor

Se pensarmos pequeno, coisas pequenas teremos... Mas se desejarmos fortemente o melhor e principalmente lutarmos pelo melhor, o melhor vai se instalar em nossa vida. Porque sou do tamanho daquilo que vejo, e não do tamanho da minha altura.

Carlos Drummond de Andrade

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus pela força e coragem na busca pelos meus ideais.

Aos meus pais: Ada Mirtha e Israel (In memoriam) por ter me dado a vida, por entender e a escolher.

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho e a toda a equipe de saúde da UBS/ESF Coronel João Pessoa.

Ao meu orientador Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda por sua sabedoria e instrução do conhecimento.

Resumo

ALVAREZ, Mirtha Regina Cabrales. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN.** 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. Estas doenças levam com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. Os objetivos propostos se relacionaram ao aumento da cobertura para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, à melhoria da qualidade da atenção à melhoria da adesão ao programa, à melhoria do registro das informações, ao mapeamento dos hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, bem como à promoção da saúde desses usuários. A intervenção proposta foi realizada no período de 12 semanas entre os meses de fevereiro a abril de 2015. Foram estabelecidas metas para cada um dos objetivos propostos, cujo alcance pode ser verificado por meio dos indicadores apresentados. As atividades envolveram a comunidade, informando sobre a importância do programa a ser implantado na equipe orientando a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Para tanto, o Projeto de intervenção foi realizado na unidade Básica de Saúde Coronel João Pessoa, no qual, foram avaliados 168 usuários hipertensos (66,7%) e 34 diabéticos (92,9%) maiores de 20 anos. Conseguimos realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como agendamento das consultas médicas e visitas domiciliares, onde a técnica de enfermagem foi encarregada por essas ações. Foi possível ainda a realização de visitas domiciliares para 100% dos usuários idosos ou com problemas de locomoção. No trabalho da equipe garantiu também orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para a prática regular de atividade física para 100% dos usuários e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos hipertensos e diabéticos. Essas orientações de saúde bucal foram realizadas pela médica e enfermeira durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde. A intervenção trouxe benefícios para a equipe de saúde e comunidade dessa forma estando incorporada à rotina de serviço da unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	67
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	68
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	69
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	70
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	70
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	71
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	73
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	73
Figura 9	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	75
Figura 10	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.	76
Figura 11	Fotografia Reunião da equipe da ESF/UBS Coronel João Pessoa para monitoramento das ações da intervenção.	92
Figura 12	Fotografia Grupo de Educação em Saúde com os hipertensos e diabéticos.	92
Figura 13	Grupo de Atividades Físicas com os hipertensos e diabéticos, realizado pelo educador físico e fisioterapeuta do NASF.	93

Figura 14	Consulta clínica com exame físico completo realizado pela médica da ESF.	93
Figura 15	Fotografia Registro dos dados dos usuários no prontuário clínico, PCD e ficha espelho.	94
Figura 16	Fotografia Aferição de Pressão Arterial - Trabalho em equipe.	94

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CLS	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
EAD	Educação À Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCD	Planilha de Coleta dos Dados
RN	Rio Grande do Norte
SB	Saúde Bucal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	26
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística	60
2.3.4 Cronograma.....	63
3 Relatório da Intervenção.....	65
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	65
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	67
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados.....	68
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências	91
Apêndices.....	92
Anexos.....	96

Apresentação

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, na Modalidade E a D, realizado em parceria com Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Destina-se à melhora na atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, no Município de Coronel João Pessoa/RN.

O texto está organizado em unidades, correspondendo a sete capítulos. No capítulo 1 foi realizada a Análise Situacional, com a observação do município, território, estrutura física da unidade de saúde e o processo de trabalho da equipe. No capítulo 2 apresento a Análise Estratégica, através da elaboração do Projeto de Intervenção, que foi implantado na prática diária da equipe, com a realização das ações durante 12 semanas.

No capítulo 3 apresento o relatório da intervenção, com a descrição das ações previstas e desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas e os motivos, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da equipe. No capítulo 4 encontra-se a avaliação da intervenção, com a apresentação dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde trabalhados, os resultados encontrados e uma discussão sobre as ações desenvolvidas.

No capítulo 5 apresento o relatório da intervenção para gestores, no capítulo 6 o relatório da intervenção para a comunidade e no capítulo 7 a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização. O curso de especialização teve seu início no mês Junho de 2014 e sua finalização ocorreu no mês de Setembro de 2015.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade Básica de Saúde (UBS) Coronel João Pessoa tem um total de 4.749 usuários, representados por 1.332 famílias cadastradas, entre a zona urbana e rural do município de Currais Novos-RN. A equipe multiprofissional que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está composta por duas médica, duas enfermeira, duas técnica de enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro na área urbana e cinco rural respectivamente.

Nossa unidade possui vínculo institucional com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Hospital de médio porte, onde são atendidas todas as urgências e emergências, além de realizar pequenas cirurgias. O município conta com especialistas de nutrição, fonoaudióloga, psicológica e fisioterapia, além de um pediatra.

Uma prioridade a ser efetivada em nossa realidade é a instalação de uma equipe de Saúde Bucal (SB) para realizar atendimento odontológico em 100% da população, principalmente para as famílias que não possuem recursos financeiros para deslocar até outra unidade ou cidade.

Estamos trabalhando em uma unidade improvisada, visto que a nossa UBS está em processo de reforma e ampliação. Na atual UBS, possuímos de maneira improvisada três salas, sendo uma recepção, um consultório e uma sala de vacina. A ausência de outras salas impede o acesso dos usuários aos atendimentos e dificulta a realização da triagem, organização do serviço e a continuidade da assistência. Mesmo apresentando essas limitações estruturais, a assistência prestada é realizada de maneira qualificada, não sendo empecilho para nossa.

Contamos na UBS com equipamentos para realizar um bom exame físico, como otoscópio, esfigmomanómetro, estetoscópio, aparelho de nebulização, balança antropométrica adulto e infantil.

Acreditamos que a participação social na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para a sua qualificação, e que primeiro devemos qualificar o nosso conselho municipal de saúde, e a partir daí com a educação continuada em saúde organizar e implantar um conselho local de saúde.

Temos uma grande demanda de usuários com doenças crônicas e que requerem uma maior intervenção do SUS. Além da grande demanda de usuários por consultas médicas a equipe está organizando a agenda de atendimento para os grupos prioritários da Atenção Primária a Saúde (APS), com foco no Hipertenso, Diabético, Gestante, Criança, Adolescente, Idoso.

Um dos pontos positivos do nosso trabalho é o engajamento de todos os profissionais da equipe da ESF. O trabalho em equipe é sem dúvidas uma das qualidades que contribuem para o desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção e prevenção em saúde e para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários, família e comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Coronel João Pessoa está localizado na mesorregião do Oeste Potiguar e microrregião da Serra de São Miguel, no estado do Rio Grande do Norte, distante 443 Km de Natal, capital estadual. A população do município em 2010 de acordo com o Censo IBGE era de 4.772 habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente o município possui uma UBS, chamada de Coronel João Pessoa, com duas equipes de Saúde da Família (ESF), contemplando um total de 4.749 usuários da zona urbana e rural, totalizando 1.332 famílias cadastradas. As equipes multiprofissionais que compõe a ESF estão compostas por dois médicos clínicos gerais, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, quatro ACS na zona urbana e cinco ACS na zona rural e uma pediatra.

Temos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantado com um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um nutricionista. A disponibilidade de atenção especializada é insuficiente, pois só contamos com os profissionais do NASF, faltando atendimento em cardiologia, ginecologia entre outros. O município

disponibiliza exames laboratoriais para a população e não contamos com um Centro de Especialização Odontológica (CEO). Nossa UBS possui ainda vínculo institucional com um CAPS e um Hospital de pequeno porte onde são referidas todas as urgências e emergências e cirurgias simples.

A estrutura física de nossa UBS encontra-se em reforma e aplicação de acordo com o que preconiza o Ministério de Saúde (MS). A nova unidade será composta por uma sala de espera/recepção, sala de triagem, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, sala de vacinas, farmácia e um consultório odontológico. Enquanto a UBS está em reforma e ampliação, a equipe de saúde está atendendo em uma estrutura adaptada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

As Visitas Domiciliares (VD) são realizadas por todos os profissionais de saúde da equipe, porém só estamos conseguindo realizar as VD's dentro da cidade, devido problemas de ausência de transporte (carro da saúde) para a equipe deslocar até as comunidades rurais, motivos pelo qual os usuários que moram longe da unidade de saúde, ficam pendentes da visita domiciliar.

Outra prioridade para a nossa equipe é a implantação do consultório odontológica e a atuação de uma equipe de SB, para assim trabalhar com a promoção e prevenção de doenças odontológica. A ausência de uma equipe de SB acarreta na saúde da população de forma negativa, pois a atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática.

A equipe de saúde também vem desenvolvendo ações de educação em saúde na comunidade visando despertar uma consciência crítica e preventiva nos usuários e famílias, à medida que as noções de autocuidado são transmitidas. Buscamos sempre estar estimulando a transformação de hábitos e atitudes saudáveis e de comportamentos benéficos à sua própria saúde, sendo muito importante contar com o apoio da equipe do NASF.

Todas essas situações são debatidas na reunião de equipe e são comunicadas ao gestor de saúde do município, para buscar soluções para a resolução dessas situações o mais breve possível, garantindo o acesso de qualidade às ações e serviços o serviço de saúde e o mais importante que nossos usuários confiem no SUS e na assistência que lhes são oferecidas.

Cada membro da equipe tem atribuições bem definidas e é de conhecimento de cada um. Em nossa realidade existe uma metodologia de trabalho em equipe, onde cada profissional desempenha suas funções e promovem a integração dos saberes. Buscamos sempre valorizar as funções de todos na equipe e trabalhar a questão da humanização do atendimento e da criação do vínculo com os usuários.

A equipe consegue atender avaliando o impacto destas limitações na atenção à saúde da população, conseguindo alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições. São temas de conversas em reuniões de equipe os usuários faltosos nas consultas agendadas e o gestor de saúde tem conhecimento dos temas.

O nosso serviço de saúde é a porta de entrada do sistema municipal de saúde em Coronel João Pessoa-RN e se articula com os outros níveis de atenção da cidade e região. Atualmente a população não tem uma ideia clara de esse sistema que ajudaria a aliviar os hospitais e articular o sistema de atenção primária com a atenção secundária permitindo uma atenção qualificada e resolutiva a cada usuário.

O SUS defende o atendimento seguindo a política da humanização, que preconiza a atenção, o esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde, a agilidade no atendimento. No entanto, a responsabilidade pela qualidade do atendimento não é apenas dos funcionários da recepção, o papel dos usuários é relevante para que a procura por estes serviços seja bem-sucedida. O bom funcionamento depende do trabalho de cada um dos envolvidos. Talvez, o problema de aglomeração de pessoas é devido há um alto número da população da comunidade é acompanhado pela unidade.

Em relação à atenção a demanda espontânea, em nossa UBS o acolhimento é realizado na maioria das vezes pela recepcionista e técnica de, com recepcionista e enfermagem, que preenchem as fichas e agendam os atendimentos de livre demanda com a médica e enfermeira. Estaremos implantando a classificação baseado no risco clínico e familiar dos usuários, através da escuta qualificada da enfermeira, reconhecendo riscos e vulnerabilidades e organizando assim o processo de trabalho da equipe.

O cadastramento dos usuários é realizado periodicamente pelos ACS que visitam as residências da área, dessa forma o número de cadastrados sempre corresponde ao número real dos usuários da unidade. Sendo esses, de vital importância no processo da atenção básica. São os ACS que colhem os dados

primários das famílias assistidas, repassando essa informação para a enfermeira cadastrar nos sistemas de informação.

Em relação ao processo de trabalho da equipe nas principais ações programáticas sugeridas pelo MS, a atenção à Saúde da Criança é realizada às terças-feiras pela manhã pela médica da família e pediatra, onde estamos inserindo a participação da enfermeira. Esses atendimentos são planejados com o agendamento de 15 crianças por dia. Contamos com 63 crianças menores de um ano de idade na área de abrangência, as quais são atendidas na unidade de saúde. De acordo com dados preenchidos no Caderno de Ações Programáticas (CAP) a saúde da criança na nossa UBS possui uma cobertura de 90%.

A atenção à saúde a criança na UBS começa antes do nascimento e continuam depois com a primeira consulta, realizada na primeira semana de vida o qual constitui o momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, ofertando orientações e realizamos as imunizações correspondentes do esquema de vacinação nacional, além da orientação sobre a importância da realização do teste do pezinho.

Depois da primeira consulta são agendadas consultas as crianças como recomenda o MS, mensalmente até nos 12 meses, e semestralmente nos dois primeiros anos de vida. Após os dois anos de vida a consulta é anual, até os seis anos, posteriormente agenda das consultas é programada por a equipe de acordo as necessidades inerentes a cada criança. As crianças que precisam de maior atenção são visitadas ou agendadas atendimentos em menos tempo.

Em cada consulta é feita à avaliação nutricional por tabelas, orientando as mães sobre a alimentação e estímulo do desenvolvimento psicomotor. Temos como guia o protocolo, em sua atualização. A população não estava acostumada a essa forma do trabalho, já que não levava as crianças para as consultas planejadas. Conseguimos avançar nessa ação com o importante apoio dos ACS.

Os indicadores da qualidade avaliados são afetados principalmente por um atraso de 16% nas consultas que seguem o estabelecido pelo programa com respeito ao planejamento, obedecendo de forma geral às mães adolescentes que não dão importância a esta consulta, sendo recuperadas nas visitas domiciliares aproveitando o espaço para explicar a importância da mesma.

Outro elemento importante é a insistência de crianças entre 24 e 72 meses de não comparecerem às consultas planejadas, só apresentando-se a estas quando

por motivos de doenças agudas. Ainda temos que trabalhar para orientar às mães sobre a importância de trazer as crianças à consulta planejada, para avaliar de uma forma correta o seu crescimento e desenvolvimento.

Da mesma forma, temos que trabalhar para garantir por parte do gestor de saúde a acessibilidade da realização do teste da orelhinha nas crianças, devido a sua importância na detecção de possíveis alterações auditivas precocemente, para poder iniciar o tratamento no tempo hábil e, assim garantir a saúde das crianças.

O atendimento ao pré-natal na nossa UBS está organizado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência da UBS Coronel João Pessoa, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados disponíveis.

A UBS acolhe as gestantes cadastradas, através da enfermeira ou médica, que realizam o cadastro da gestante no Sistema de Informação de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e o preenchimento do Cartão da Gestante. O acompanhamento é realizado mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente até o término da gestação e continua posteriormente com uma consulta no período do puerpério.

Segundo os dados, existem apenas 37 gestantes que estão cadastradas na área de abrangência, tendo em conta que é uma população com muitos problemas sociais e com pouco desenvolvimento econômico que impede sua acessibilidade a outras redes de atenção, geralmente termina a gestação com muitos problemas de saúde bucal sem resolver. De acordo com dados do CAP nessa ação programática apresentamos 52% de cobertura.

As captações tardias apresentam-se como um problema a ser resolvido, procurando atendimento depois das 24 semanas. Os outros indicadores estão de acordo com o preconizado pelo MS. Durante a consulta se oferecem palestra a gestante sobre importância das vacinas, aleitamento materno, saúde bucal e outros temas. Outro elemento muito interessante é a falta do arquivo para o registro de gestantes na unidade, o qual pode ajudar em o desenvolvimento de o processo do trabalho, pois ganharíamos em organização. Contamos com os protocolos de atenção pré-natal, porém não existe equipe multidisciplinar nem especialista de obstetrícia regularmente no município para atendimento as intercorrências das gestantes de alto risco.

Em relação ao Puerpério, o estimado para nossa população é de 37% puérperas, mas temos registros de atendimento apenas a 18 usuárias. Os registros indicam indicadores que apontam uma boa qualidade da atenção, pois as 18 puérperas acompanhadas tiveram a sua consulta puerperal registrada, consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram as mamas e o abdome examinados, e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Os registros não oferecem o número de puérperas avaliadas quanto a intercorrências, com exame ginecológico realizado e com avaliação psíquica.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero na unidade de saúde se encontra abaixo do estimado para a população. De um total de 1.053 mulheres entre 25-64 anos, somente 754 (72%) fazem o acompanhamento. Esses dados foram coletados nos prontuários das usuárias, pois o registro encontra-se desatualizado e incompleto, por isso o trabalho deve ser encaminhado ao cadastro e vinculação das mulheres ao programa.

Existe baixa cobertura de atendimento sobre o número de mulheres que deveriam fazer o exame cito patológico, O trabalho será organizado para garantir um melhor funcionamento, permitindo instituir ações para incrementar o trabalho em equipe. Não é realizada a coleta cito patológica uma vez na semana, geralmente é feita por uma enfermeira por rastreamento oportuníssimo, além disso, no mês de agosto se começo a trabalhar a consulta de atenção integral a saúde da mulher que é feita as quartas-feiras à tarde, mais ainda é difícil fazer um planejamento, pois temos dificuldade com a assistência das mulheres nessas faixas etárias.

A atenção a este programa é deficiente em nossa UBS, pois temos um livro de registro mais não tem os dados precisos e necessários para poder fazer umas análises de qualidade e definir estratégias precisas de atenção para obter com efetividade a prevenção, controle e tratamento do câncer de colo uterino. É indispensável constituir grupos de mulheres de essa faixa de etária para fazer palestras e dessa forma garantir que toda população tenha um conhecimento sobre a temática. Mesmo com os problemas de organização nessa ação programática, encontramos uma cobertura de 88% no CAP.

A Cobertura de Controle do Câncer de Mama apresenta um ótimo resultado de acordo com dados do CAP, com 100% de cobertura, obedecendo ao preconizado pelo MS. Temos o registro desses dados nos prontuários das usuárias, com informações das usuárias pesquisadas em consultas e orientadas, no período de seis meses de trabalho.

Durante o atendimento a este grupo de mulheres, realizamos a consulta integral com a busca de fatores de risco, antecedentes familiares, entre outros, porém ainda não garantimos as consultas/atendimentos programados devido à falta de participação dessas usuárias. Atualmente se trabalha na elaboração do registro atualizado que nos permita conhecer a real situação de cada uma das usuárias, para um atendimento com maior qualidade e resolutividade, garantindo assim o acesso de todas as mulheres aos serviços de mamografia.

O atendimento ao Hipertenso e Diabético (HIPERDIA) é realizado às quartas-feiras, no horário da tarde, tendo em conta o estabelecido pelo MS. Essas ações são desenvolvidas pela médica e enfermeira da equipe, abordando a temática de HAS e DM de forma integrada, o que facilita o trabalho, pois muitas vezes o mesmo usuário é portador das duas doenças.

Atualmente a cobertura de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é muito baixa tendo em conta que o cadastro já está atualizado. Do total de 151 usuários com HAS cadastrados, só são acompanhados 63 usuários, temos também o déficit ou mesmo inexistência de registro de informações nos prontuários dos usuários hipertensos. De acordo com os dados preenchidos no CAP, possuímos uma cobertura de 43%.

Durante a consulta é realizado o exame físico integral aos usuários que permite a concretização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, sendo um elemento de muita importância para o posterior acompanhamento e para estabelecer o tratamento adequado. Durante as consultas do Hiperdia também é um momento de renovar as receitas médicas e agendar o retorno que ocorre de quatro em quatro meses.

A equipe reforça ainda sobre a importância das ações de prática de atividade física regular, orientação nutricional, avaliação da saúde bucal, mas não temos como resolver os problemas diagnosticados em saúde bucal já que não contamos como serviço odontológico atendendo na UBS. Não enfrentamos

dificuldades com a realização dos exames complementares periódicos dos usuários acompanhados.

A estimativa de Diabetes Mellitus (DM) para nossa população é de 58 usuários, porém temos atualmente cadastrados pelas ACS 21 usuários. A cobertura nessa ação programática está em 21%, considerada baixa, levando em consideração a alta incidência dessa doença. Os cadastros deverão ser atualizados pelos ACS e a inserção de novos usuários com DM, para poder garantir dados confiáveis para a equipe.

Durante as consultas aos usuários com DM é realizada uma anamnese completa e um exame físico integral, para o diagnóstico de complicações e o estabelecimento de um tratamento adequado e a orientação de mudanças no estilo de vida. Assim como para os usuários com HAS, também renovamos as receitas e agendamos os retornos. São reforçadas ações sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional, avaliação da saúde bucal, cuidados com o pé diabético.

As ações relacionadas ao Hiperdia são realizadas pela médica e enfermeira da equipe, com a colaboração dos técnicos de enfermagem e ACS da UBS/ESF. Esse trabalho integrado contribui para o sucesso das ações a serem implementadas e para a prática de atividades educativas e multidisciplinares com esses usuários.

As ações serão articuladas e realizadas integralmente com usuários e famílias tendo em conta a grande necessidade da organização do processo de trabalho da equipe frente essa ação programática. Serão instituídas a avaliação multidimensional rápida e a avaliação de risco de morbimortalidade, sobre as possíveis complicações que podem apresentar, assim como reconhecer os sinais de alerta além das atividades de educação em saúde e Educação Permanente em Saúde (EPS).

A saúde da pessoa idosa na nossa UBS tem como objetivo principal estar garantindo um incremento da expectativa de vida dos idosos residentes em nossa comunidade, sendo importante o desenvolvimento de atividades assistências, educativas e gerenciais na equipe para alcançar resultados preconizados pelo MS.

Na UBS Coronel João Pessoa, a cobertura de saúde da pessoa idosa, de acordo com dados preenchidos no CAP, encontra-se com 100% de cobertura. Está população é muito vulnerável a doenças e quadros clínicos que podem levar ao desenvolvimento de incapacidades funcionais e diminuir a qualidade de vida dessa

população, assim a equipe já está organizada e atenta para realizar um atendimento de qualidade.

Existem idosos acamados que precisam do atendimento no domicílio e moram longe da UBS e ainda por falta de transporte, onde muitas vezes a equipe não consegue realizar essas atividades. É fundamental, na avaliação funcional, do funcionamento e dinâmica familiar, na identificação de riscos de acidentes, de abandono ou apoio familiar, de maus tratos físicos ou verbais, condições de vida, e estabelecer vínculos equipe de saúde-indivíduo-família.

A consulta médica aos idosos vem sendo realizada integralmente, tendo em conta a avaliação multidimensional rápida e avaliação de risco de morbimortalidade, articulamos com usuários e famílias sobre as possíveis complicações que podem apresentar, assim como reconhecer os sinais de alerta, damos promoção de saúde de temas importantes como prática de exercícios físicos, alimentação saudável, promovemos a saúde bucal, prevenção de quedas, sexualidade na terceira idade. Todos os profissionais da equipe da UBS/ESF estão engajados nessas atividades.

Com 30% dos idosos com HAS e o 6% com DM, temos a dificuldade com a investigação de indicadores de fragilização na velhice e a caderneta do usuário idoso constituindo indicadores negativos, já que a equipe não possui o material para ser preenchido e distribuído aos idosos. As doenças bucais são diagnosticadas, mas não já citado anteriormente, ainda não contamos com o serviço odontológico na equipe de ESF.

Temos muitos desafios adiante, além de já ter um caminho recorrido, ainda temos muito que fazer para alcançar um serviço de excelência para nossa população, os resultados podem ser favoráveis para garantir uma atenção como solicita o MS e como merece a população do Brasil.

Atualmente contamos com todas as ferramentas necessárias para modificar nosso processo de trabalho, além disso, o curso de especialização em Saúde da Família vem permitindo conhecer nossas dificuldades e potencialidades através de temas importantes como as atribuições dos profissionais, estrutura da unidade de saúde, assim como o atendimento a demanda espontânea e grupos específicos. O questionário do caderno de ações contribuiu para a visualização de nossas principais dificuldades, o que permitirá uma maior organização dos serviços.

Os maiores desafios que a equipe enfrenta é a grande demanda de usuários com doenças crônicas, que requer uma maior intervenção da equipe de saúde, além

da nossa equipe está sediada em uma estrutura física provisória, que não é adequada para o conforto e qualidade dos atendimentos. No, entanto a UBS sede da equipe está passando por uma reforma de ampliação e reformulação através do ministério da saúde, buscando a partir dessa reforma aproxima-se das recomendações de estrutura arquitetônica e de funcionamento de acordo com as normas preconizadas.

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

Fazendo uma comparação com a tarefa apresentada na segunda semana de ambientação, podemos perceber que a equipe se mantém otimista com a organização do processo de trabalho que ocorrerá na UBS, realizando reuniões para programar as atividades a serem ofertadas para a população. Anteriormente não realizávamos reuniões frequentes de equipe e nem pensávamos em organizar o processo de trabalho desenvolvido por cada profissional na equipe.

O relacionamento interpessoal na equipe vem melhorando, onde os ACS estão ajudando muito nas atividades de promoção e prevenção em saúde, buscando um maior conhecimento das doenças que afetam a população. Continuamos com o cadastramento e atualização dos dados dos usuários, pois dessa forma podemos ter uma informação correta sobre a nossa população e poder estabelecer e cumprir com todas as estratégias propostas.

Agora conhecemos mais a realidade da equipe e UBS, com suas potencialidades e limites de atuação. O curso de especialização tem sido uma ferramenta importante para melhorar as atividades desenvolvidas na equipe e aproximar os profissionais de saúde com a comunidade de atuação e a gestão municipal de saúde, além de apresentar os protocolos do MS que servirão para a padronização das condutas clínicas e educativas a serem implantadas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS. Consideradas Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde (CSAPS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. No Brasil, a prevalência média de HAS e DM auto referidos na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito, é maior em mulheres do que em homens. A frequência de HAS e DM tornaram-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Para os homens, os diagnósticos das duas doenças foi menos frequente (BRASIL, 2013).

A UBS Coronel João Pessoa possui área adstrita urbana e rural, com duas equipes no modelo de atenção centrada na Saúde da Família. As equipes são compostas cada uma por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro ACS no área urbana e rural cinco ACS. Não possuindo equipe de Saúde Bucal. A estrutura física da UBS encontra-se em reforma e aplicação, onde provisoriamente os atendimentos estão sendo realizados em uma estrutura adaptada na SMS. Atualmente temos cadastrados um total de 4.749 usuários na área abrangência, representando 1.332 famílias. Destes 3.430 são do sexo feminino (72%) e 1.319 do sexo masculino (28%), prevalecendo à faixa de etária de 15 a 59 anos. Observa-se que o crescimento demográfico tende a concentrar-se no grupo correspondente à população potencialmente ativa (15-59 anos).

A cobertura dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS Coronel João Pessoa é baixa de acordo com a estimativa do MS e com os dados do CAP, pois só

151 hipertensos estão cadastrados e 21 diabéticos. A consulta de Hiperdia realizada pela equipe está muito baixa, com apenas 43% de hipertensos e 61% de diabéticos recebendo atendimento por consulta agendada e os outros usuários por demanda espontânea. Pretendemos chegar a 60% de cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos no território de atuação da equipe de ESF.

Será ampliado a cobertura da atenção e o desenvolvimento de ações de EPS sobre a temática. Outra ação importante a ser realizada é a atualização dos dados do arquivo dos hipertensos e diabéticos, assim como organizar o processo de agendamento das consultas, garantindo o acompanhamento integral desses usuários. O projeto de intervenção permitirá melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos e garantir um incremento da expectativa de vida na comunidade, sendo de suma importância a organização do processo de trabalho da equipe para o alcance de bons resultados. Criará expectativa em nossa equipe de trabalho que vai a desenvolver ações, mais humanitária.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Coronel João Pessoa, no município de Coronel João Pessoa/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável 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

Inicialmente o projeto de intervenção estava programado para ser desenvolvido em 16 semanas, porém terá que ser encurtado para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Este projeto será desenvolvido na UBS Coronel João Pessoa, no Município de Coronel João Pessoa/RN. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência da UBS e que apresentam hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar 60% de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS estarão realizando o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no primeiro mês da intervenção e a enfermeira e médica estarão realizando o monitoramento desses clientes cadastrados no programa mensalmente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira e a médica estarão realizando o registro dos hipertensos de acordo com a realização dos cadastros pelos ACS.

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

Detalhamento: A enfermeira e a médica estarão realizando no primeiro mês da intervenção uma atividade de capacitação para os profissionais da equipe visando melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS.

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

Detalhamento: A médica e enfermeira estarão entrando em contato permanente com a SMS e Coordenação da AB para garantir mensalmente o material adequado para a mensuração da Pressão Arterial (PA).

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem e os ACS estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde sobre a existência do

Programa de atenção à HAS e DM, que envolvam a comunidade, informando sobre a importância do programa a ser implantado na equipe. Serão ofertadas orientações a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe estará criando e coordenando um programa de EPS para a equipe, abordando temas relativos à abordagem da HAS no território. No início da intervenção será realizado uma capacitação para os ACS sobre o cadastramento correto dos hipertensos. A médica estará realizando no início da intervenção uma roda de discussão com a enfermeira e técnica de enfermagem visando discutir e capacitar sobre a metodologia adequada e atualizada para verificação da PA, incluindo o uso correto do manguito.

Meta 1.2: Cadastrar 60% 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 60% de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Os ACS estarão realizando o cadastro de 60% dos diabéticos da área de abrangência no primeiro mês da intervenção e a enfermeira e médica estarão realizando o monitoramento desses clientes cadastrados no programa.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira e técnica de enfermagem da equipe estarão realizando o registro dos dados dos diabéticos cadastrados no programa de forma mensal.

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

Detalhamento: O acolhimento desses usuários será realizado por todos os integrantes da equipe multidisciplinar da ESF e a classificação de risco para os atendimentos na UBS será realizada pela enfermeira da equipe.

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

Detalhamento: A médica e enfermeira estarão entrando em contato permanente com a SMS e Coordenação da AB para garantir mensalmente o material adequado para a realização do hemoglicoteste (glicosímetro, tiras, agulhas, luvas).

Engajamento Público:

Ação:

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

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão e diabético

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem e os ACS estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg. Essas atividades envolverão a comunidade, informando sobre a importância do programa a ser implantado na equipe. Serão ofertadas orientações a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: No início da intervenção será realizada uma capacitação pela enfermeira para os ACS sobre o cadastramento correto dos diabéticos. A médica estará realizando no início da intervenção uma roda de discussão com a enfermeira e técnica de enfermagem visando discutir e capacitar sobre a metodologia adequada e atualizada para a realização do hemoglicoteste e sobre a importância da detecção da PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

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: A médica e enfermeira da equipe estarão mensalmente realizando o monitoramento dos dados da realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos. Devemos garantir que os 100% possam fazer os exames periódicos com o objetivo de diagnosticar as possíveis complicações. Efetivar-se o exame físico adequado aos dos hipertensos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos. A médica de acordo com o Protocolo do MS estará definindo no primeiro mês da intervenção as atribuições específicas de cada membro da equipe e as atribuições gerais.

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

Detalhamento: Estabelecer a capacitação dos profissionais em cada consulta para a realização de um exame clínico apropriado.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontros de 15 em 15 dias para ações de EPS com todos os profissionais, abordando as temáticas relacionadas ao projeto de intervenção.

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

Detalhamento: A médica estará na primeira semana da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar a versão impressa e atualizada do protocolo de HAS e DM na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira estará mensalmente realizando palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica estará realizando no primeiro mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre a realização do exame clínico apropriado para o Hipertenso.

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: A enfermeira estará monitorando mensalmente através dos prontuários e ficha espelho a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, identificando os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos diabéticos. A médica de acordo com o Protocolo do MS estará definindo no primeiro mês da intervenção as atribuições específicas de cada membro da equipe e as atribuições gerais.

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

Detalhamento: A médica e enfermeira estarão realizando mensalmente atividades de EPS e estabelecendo a capacitação dos profissionais para a realização de um exame clínico apropriado.

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

Detalhamento: A médica estará na primeira semana da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar a versão impressa e atualizada do protocolo de HAS e DM na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira estará mensalmente realizando palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica estará realizando no primeiro mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre a realização do exame clínico apropriado para o Hipertenso.

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.

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

Detalhamento: A médica mensalmente estará monitorando através dos prontuários clínicos o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo e o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A médica na primeira semana da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde, informando sobre a importância dos exames complementares para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e garantir a solicitação e agilidade para a realização, conforme definição do protocolo do MS adotado na intervenção.

A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção estabelecendo um sistema de alerta para os exames complementares preconizados, através de uma fita adesiva na cor laranja a ser colada nos exames solicitados aos hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente estará realizando ações de educação em saúde, orientando os usuários e a comunidade quanto à necessidade e importância da realização dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica e enfermeira durante as atividades de EPS estarão no primeiro mês da intervenção capacitando a equipe para seguir corretamente o protocolo do MS para a solicitação dos exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação:

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

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

Detalhamento: A médica mensalmente estará monitorando através dos prontuários clínicos o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo e o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A médica na primeira semana da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde, informando sobre a importância dos exames complementares para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e garantir a solicitação e agilidade para a realização, conforme definição do protocolo do MS adotado na intervenção.

A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção estabelecendo um sistema de alerta para os exames complementares preconizados, através de uma fita adesiva na cor laranja a ser colada nos exames solicitados aos hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente estará realizando ações de educação em saúde, orientando os usuários e a comunidade quanto à necessidade e importância da realização dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica e enfermeira durante as atividades de EPS estarão no primeiro mês da intervenção capacitando a equipe para seguir corretamente o protocolo do MS para a solicitação dos exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o controle de estoque de medicamentos para hipertensos e diabéticos disponíveis na UBS, inclusive a sua validade e realizando um controle e registro dos medicamentos utilizados pelos usuários do hiperdia na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente nas atividades de educação em saúde orientando os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão

Detalhamento: A médica estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os profissionais da equipe sobre a atualização no tratamento da hipertensão e sobre o tratamento vigente de acordo com o protocolo do MS.

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: A enfermeira estará mensalmente monitorando o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o controle de estoque de medicamentos para hipertensos e diabéticos disponíveis na UBS, inclusive a sua validade e realizando um controle e registro dos medicamentos utilizados pelos usuários do hiperdia na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente nas atividades de educação em saúde orientando os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Capacitar os profissionais sobre o tratamento da diabetes.

Detalhamento: A médica estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os profissionais da equipe sobre a atualização no tratamento da hipertensão e sobre o tratamento vigente de acordo com o protocolo do MS.

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: A enfermeira estará mensalmente realizando o monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Ação:

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

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

Detalhamento: Como a equipe de ESF não possui equipe de SB, a médica estará no primeiro mês da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para organizar agenda para a equipe estar encaminhando os usuários hipertensos e diabéticos que possuem necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira e técnica de enfermagem estarão mensalmente em contato com a comunidade através de ações de educação em saúde para orientar sobre a importância de realizar avaliação da SB, especialmente os hipertensos e diabéticos. Os temas de saúde bucal são muito importantes nos hábitos de vida saudável, pelo qual vamos a garantir a orientação sobre higiene bucal. É uma deficiência não contar como o serviço odontológico, mas deve ficar resultado a futuro, explica o gestor de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica no primeiro mês da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde para designar um dentista para capacitar a

equipe de ESF sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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: A enfermeira estará mensalmente realizando o monitoramento dos diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

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

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

Detalhamento: Como a equipe de ESF não possui equipe de SB, a médica estará no primeiro mês da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para organizar agenda para a equipe estar encaminhando os usuários hipertensos e diabéticos que possuem necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira e técnica de enfermagem estarão mensalmente em contato com a comunidade através de ações de educação em saúde para orientar sobre a importância de realizar avaliação da SB, especialmente os hipertensos e diabéticos. Os temas de saúde bucal são muito importantes nos hábitos de vida saudável, pelo qual vamos a garantir a orientação sobre higiene bucal. É uma deficiência não contar como o serviço odontológico, mas deve ficar resultado a futuro, explica o gestor de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica no primeiro mês da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde para designar um dentista para capacitar a equipe de ESF sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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: A enfermeira da equipe estará realizando mensalmente o monitoramento do cumprimento das consultas no hiperdia de acordo com o protocolo do MS. Os prontuários de atendimentos e fichas espelho serão consultados para esse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: A enfermeira mensalmente estará organizando no cronograma de atividades da equipe as Visitas Domiciliares (VD) para a busca dos faltosos, em parceria com os ACS e a médica da equipe. Será organizado semanalmente na agenda de atendimentos, vagas para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente informando a comunidade sobre a importância de realizar as consultas do hiperdia.

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

Detalhamento: A enfermeira e médica estarão permanentemente em contato com a comunidade para ouvir as estratégias sugeridas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, caso exista número excessivo de faltosos.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente durante as atividades de educação em saúde esclarecendo os portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os ACS sobre as orientações a serem repassadas para os hipertensos sobre a importância de realizar as consultas e a sua periodicidade.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando mensalmente o monitoramento do cumprimento das consultas no hiperdia de acordo com o protocolo do MS. Os prontuários de atendimentos e fichas espelho serão consultados para esse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: A enfermeira mensalmente estará organizando no cronograma de atividades da equipe as Visitas Domiciliares (VD) para a busca dos faltosos, em parceria com os ACS e a médica da equipe. Será organizado

semanalmente na agenda de atendimentos, vagas para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente informando a comunidade sobre a importância de realizar as consultas do hiperdia.

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

Detalhamento: A enfermeira e médica estarão permanentemente em contato com a comunidade para ouvir as estratégias sugeridas para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes, caso exista número excessivo de faltosos.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente durante as atividades de educação em saúde esclarecendo os portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os ACS sobre as orientações a serem repassadas para os diabéticos sobre a importância de realizar as consultas e a sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Atualizar 100% o registro dos hipertensos, devido à falta de arquivos, assim como a atualização dos prontuários médicos com os dados dos

usuários que ficarem desatualizados, esta é uma dificuldade, mas temo a facilidade que com ajuda das agentes de saúde vamos a logra vencer.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente atualizando as informações sobre os hipertensos e diabéticos no SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A médica da equipe na primeira semana da intervenção estará apresentando a ficha de acompanhamento para a equipe da ESF e implantado o instrumento para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: A médica estará realizando na primeira semana da intervenção uma pauta com a equipe sobre a importância do registro de todas as informações coletadas durante o atendimento dos hipertensos e diabéticos. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo registro das informações que coletarem.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A médica da equipe será responsável pelo monitoramento dos registros das ações realizadas com o público-alvo da intervenção.

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: A médica e enfermeira no primeiro mês da intervenção estarão realizando uma organização nos arquivos e prontuários dos usuários do hiperdia. As fichas dos usuários que estão em situação de alerta, como atraso na realização de consulta de acompanhamento, exames complementares, não realização da estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, serão mensalmente monitorados pela médica, que separará esses prontuários em uma pasta de alerta, para identificação desses usuários.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente nas atividades de educação em saúde estará oferecendo a comunidade informações sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os usuários também serão informados durante as atividades na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A médica estará no primeiro mês da intervenção estará capacitando a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários do hiperdia e sobre o registro adequado de todos os procedimentos clínicos em todas as consultas e atendimentos.

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: Atualizar 100% do registro dos diabéticos, devido à falta de arquivos, assim como a atualização dos prontuários médicos com os dados dos usuários que ficarem desatualizados, esta é uma dificuldade, mas temo a facilidade que com ajuda das agentes de saúde vamos a logra vencer.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente atualizando as informações sobre os hipertensos e diabéticos no SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A médica da equipe na primeira semana da intervenção estará apresentando a ficha de acompanhamento para a equipe da ESF e implantado o instrumento para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: A médica estará realizando na primeira semana da intervenção uma pactuarão com a equipe sobre a importância do registro de todas as informações coletadas durante o atendimento dos hipertensos e diabéticos. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo registro das informações que coletarem.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A médica da equipe será responsável pelo monitoramento dos registros das ações realizadas com o público-alvo da intervenção.

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: A médica e enfermeira no primeiro mês da intervenção estarão realizando uma organização nos arquivos e prontuários dos usuários do hiperdia. As fichas dos usuários que estão em situação de alerta, como atraso na realização de consulta de acompanhamento, exames complementares, não realização da estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, serão mensalmente monitorados pela médica, que separará esses prontuários em uma pasta de alerta, para identificação desses usuários.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente nas atividades de educação em saúde estará oferecendo a comunidade informações sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os usuários também serão informados durante as atividades na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A médica estará no primeiro mês da intervenção estará capacitando a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários do hiperdia e sobre o registro adequado de todos os procedimentos clínicos em todas as consultas e atendimentos.

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: A médica estará mensalmente monitorando através dos prontuários dos hipertensos o número de usuários que realizaram pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:**Ação:**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção realizando uma organização nos atendimentos da UBS, priorizando os usuários do hiperdia classificados como de alto risco. Os usuários que forem classificados como de alto risco serão agendados atendimentos clínicos com a médica em dias fixos na semana (demanda agendada) e grupos de educação em saúde mensais.

Engajamento Público:**Ação:**

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os usuários e a comunidade nas atividades de educação em saúde quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular do estado de saúde, esclarecendo sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: A médica no segundo mês da intervenção, durante as atividades de EPS estará capacitando à equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, com foco na enfermeira e dentista da equipe. Serão abordadas também temáticas relacionadas à importância do registro das avaliações de risco nos prontuários e ficha espelho. A enfermeira estará capacitando a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A médica estará mensalmente monitorando através dos prontuários dos diabéticos o número de usuários que realizaram pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Detalhamento: A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção realizando uma organização nos atendimentos da UBS, priorizando os usuários do

hiperdia classificados como de alto risco. Os usuários que forem classificados como de alto risco serão agendados atendimentos clínicos com a médica em dias fixos na semana (demanda agendada) e grupos de educação em saúde mensais.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os usuários e a comunidade nas atividades de educação em saúde quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular do estado de saúde, esclarecendo sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: A médica no segundo mês da intervenção, durante as atividades de EPS estará capacitando a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, em especial na avaliação dos pés dos usuários diabéticos, com foco na enfermeira e dentista da equipe. Serão abordados também temáticas relacionadas a importância do registro das avaliações de risco nos prontuários e ficha espelho. A enfermeira estará capacitando a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira e médica da equipe estarão avaliando mensalmente as orientações nutricionais realizadas com os hipertensos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com a Nutricionista do NASF estarão realizando as orientações nutricionais aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira e a médica estarão entrando em contato com a nutricionista do NASF para organizarem as práticas coletivas sobre alimentação saudável a serem realizadas mensalmente com os usuários do hiperdia.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e ACS estarão mensalmente realizando ações de educação em saúde com os usuários e comunidade sobre a importância da alimentação saudável. A nutricionista do NASF estará sempre presente nessas ações visando a multidisciplinaridade e maior qualidade nas informações repassadas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A nutricionista do NASF estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação sobre práticas de alimentação saudável com a equipe da ESF.

As metodologias de educação em saúde serão abordadas em uma capacitação com a condução da médica, no primeiro mês da intervenção.

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: A enfermeira e médica da equipe estarão avaliando mensalmente as orientações nutricionais realizadas com os diabéticos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com a Nutricionista do NASF estarão realizando as orientações nutricionais aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira e a médica estarão entrando em contato com a nutricionista do NASF para organizarem as práticas coletivas sobre alimentação saudável a serem realizadas mensalmente com os usuários do hiperdia.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e ACS estarão mensalmente realizando ações de educação em saúde com os usuários e comunidade sobre a importância da alimentação saudável. A nutricionista do NASF estará sempre presente nessas ações visando à multidisciplinaridade e maior qualidade nas informações repassadas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A nutricionista do NASF estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação sobre práticas de alimentação saudável com a equipe da ESF.

As metodologias de educação em saúde serão abordadas em uma capacitação com a condução da médica, no primeiro mês da intervenção.

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: A enfermeira e médica da equipe estarão mensalmente avaliando as orientações para atividades físicas realizadas com os hipertensos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com o Educador Físico estar realizando as orientações de práticas de atividades físicas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A médica estará realizando contato com o gestor municipal de saúde para definir parcerias com o Educador Físico do NASF ou do município para a organização e realização de práticas coletivas para orientação de atividade física.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os hipertensos e a comunidade sobre a importância da realização de práticas de atividade física regular, nas ações de educação em saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A enfermeira em parceria com o educador físico do NASF estarão realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividades físicas de forma regular.

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: A enfermeira e médica da equipe estarão mensalmente avaliando as orientações para atividades físicas realizadas com os diabéticos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com o Educador Físico estar realizando as orientações de práticas de atividades físicas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A médica estará realizando contato com o gestor municipal de saúde para definir parcerias com o Educador Físico do NASF ou do município para a organização e realização de práticas coletivas para orientação de atividade física.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os diabéticos e a comunidade sobre a importância da realização de práticas de atividade física regular, nas ações de educação em saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A enfermeira em parceria com o educador físico do NASF estarão realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividades físicas de forma regular.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientações sobre riscos de tabagismo aos hipertensos, através do levantamento dos prontuários, ficha espelho e cadernos de educação em saúde.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica estará entrando em contato no primeiro mês da intervenção com o gestor municipal de saúde para informar sobre a prevenção e tratamento do tabagismo, demandando do gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" do tabagismo. Será informado também ao gestor sobre o programa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceria com o MS para a adesão dos municípios no programa de cessação do tabagismo.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A enfermeira, médica, dentista, técnicos de enfermagem e ACS estarão orientando os hipertensos tabagistas do território sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: A médica estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da ESF sobre o tratamento de usuários tabagistas, através da metodologia baseada na EPS.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientações sobre riscos de tabagismo aos diabéticos, através do levantamento dos prontuários, ficha espelho e cadernos de educação em saúde.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: A médica estará entrando em contato no primeiro mês da intervenção com o gestor municipal de saúde para informar sobre a prevenção e tratamento do tabagismo, demandando do gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" do tabagismo. Será informado também ao gestor sobre o programa do INCA em parceria com o MS para a adesão dos municípios no programa de cessação do tabagismo.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A enfermeira, médica, dentista, técnicos de enfermagem e ACS estarão orientando os diabéticos tabagistas do território sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: A médica estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da ESF sobre o tratamento de usuários tabagistas, através da metodologia baseada na EPS.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, através da avaliação dos dados registrados nos prontuários dos usuários e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Como a equipe/UBS não possui o serviço de SB implantado, será informado ao gestor municipal sobre a necessidade de projeto para implantação. Os usuários são encaminhados para outros dentistas do município (outras equipes de ESF). A médica da equipe estará entrando em contato com esses dentistas que atendem as famílias do território para estarem no primeiro mês da intervenção organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para os usuários da equipe.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira e técnica de enfermagem estarão permanentemente orientando os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Como a equipe/UBS não possui o serviço de SB implantado, será informado ao gestor municipal sobre a necessidade de projeto para implantação. Será solicitada a coordenação da ESF para designar um dentista do município para realizar uma capacitação com a equipe sobre as orientações de higiene bucal. Essa capacitação ocorrerá no segundo mês da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos, através da avaliação dos dados registrados nos prontuários dos usuários e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Como a equipe/UBS não possui o serviço de SB implantado, será informado ao gestor municipal sobre a necessidade de projeto para

implantação. Os usuários são encaminhados para outros dentistas do município (outras equipes de ESF). A médica da equipe estará entrando em contato com esses dentistas que atendem as famílias do território para estarem no primeiro mês da intervenção organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para os usuários da equipe.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A médica, enfermeira e técnica de enfermagem estarão permanentemente orientando os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Como a equipe/UBS não possui o serviço de SB implantado, será informado ao gestor municipal sobre a necessidade de projeto para implantação. Será solicitada a coordenação da ESF para designar um dentista do município para realizar uma capacitação com a equipe sobre as orientações de higiene bucal. Essa capacitação ocorrerá no segundo mês da intervenção.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção ao hipertenso e diabético estaremos adotando o Protocolo de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus do MS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Serão utilizadas as fichas espelho disponibilizadas pelo curso e o prontuário dos usuários para realização dos registros, além da Planilha de Coleta dos Dados (PCD).

Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e enfermeira estarão elaborando uma ficha complementar, que será elaborada em equipe na semana de definição do instrumento, incluindo ações de Saúde Bucal. Estimamos alcançar com a Intervenção 60% dos usuários.

Realizaremos contato com o gestor municipal para disponibilidade de impressão das fichas espelho, que serão anexadas nos prontuários, para o acompanhamento mensal da intervenção. Para organizar o registro específico do

programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que procuraram a UBS para atendimento nos últimos quatro meses. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho.

Cada profissional de saúde integrante da equipe desempenhará um papel importante no projeto de intervenção. A médica da equipe realizará as consultas clínicas com todos os usuários com HAS e/ou DM, com um exame físico completo, estratificação do risco cardiovascular, orientações individuais, prescrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais e complementares. Todas essas informações serão registradas na PCD.

Serão desenvolvidas também atividade de Educação em Saúde com a comunidade, em diversos espaços públicos, como associações e igrejas, visando desenvolver rodas de conversa sobre a temática. Durante essas atividades de educação em saúde a equipe do NASF estará presente apoiando as ações da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e dos ACS.

Os ACS serão responsáveis pelo cadastro de todos os usuários com HAS e/ou DM, na busca constante de casos novos, na busca ativa de faltosos as ações programáticas e nas atividades de educação em saúde. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando anotações sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas, exames multidisciplinar e necessidades de atendimento em saúde bucal.

A enfermeira será responsável pela organização da equipe, definição da agenda de atendimentos, realização de atividades de EPS, educação em saúde com a comunidade, nas ações de monitoramento dos dados, além das atividades de enfermagem desenvolvidas com os usuários hipertensos e diabéticos.

A técnica de enfermagem, além de realizar a triagem para as consultas médicas e de enfermagem, será responsável por estar completando o esquema vacinal dos hipertensos e diabéticos, auxiliando a enfermeira e médica durante as atividades da intervenção e realizando atividades de educação em saúde na comunidade.

A equipe receberá capacitação sobre o Manual Técnico da Atenção à de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Essas atividades de EPS serão realizadas em um turno das duas últimas semanas antes do início da intervenção e um turno durante a primeira semana da intervenção, durante as reuniões na UBS.

Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo o acolhimento na UBS e todas as quartas-feiras serão destinadas para o atendimento dos hipertensos e diabéticos (demanda agendada). Serão planejadas Visitas Domiciliares para os hipertensos e diabéticos faltosos as consultas e garantir o acolhimento desses usuários provenientes das buscas ativas.

A equipe estará em contato com a comunidade, através de ações de educação em saúde e EPS para explicar sobre todas as ações do projeto de intervenção. A equipe da ESF também será capacitada permanentemente sobre os temas mais importantes a serem abordados com os usuários, famílias e comunidade. Essas atividades utilizarão a metodologia ativa e participativa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Em relação ao desenvolvimento das ações do projeto de intervenção durante as 12 semanas, podemos citar que o início das atividades foi adiada, devido ao período de férias do Programa Mais Médicos. No início da intervenção foi realizado uma reunião de equipe para apresentar o projeto de intervenção, assim como o cronograma para organizar o trabalho.

A médica e enfermeira da equipe conseguiram apresentar o projeto de intervenção para o gestor municipal de saúde e para a equipe de funcionários da SMS, ressaltando a importância do desenvolvimento do trabalho na área de HAS e DM, visando a reorganização do processo de trabalho da equipe de ESF e das ações desenvolvidas na UBS. O gestor municipal de saúde desde o início da intervenção nos deu todo o apoio para sua execução.

A capacitação da equipe de saúde para a execução do projeto foi realizada pela médica da equipe e as outras ações de educação permanente em saúde sobre o protocolo do MS e temática abordada na intervenção ocorreram de acordo com o cronograma, com o apoio da enfermeira, conseguindo implantar reuniões para capacitações e discussão de casos.

A equipe conseguiu estabelecer o papel de cada profissional na ação programática e definir as funções comuns para serem desenvolvidas, principalmente em relação ao acolhimento dos usuários e na execução das atividades de educação em saúde e monitoramento dos dados.

Conseguimos cadastrar os usuários, com um excelente trabalho desenvolvido pelos ACS, através das visitas domiciliares e do contato permanente com as famílias e comunidade. Garantimos o acolhimento dos usuários cadastrados e aqueles que forem encontrados na busca ativa, assim como foi organizado o

atendimento seguindo o protocolo de atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus do Ministério de Saúde.

As consultas médicas foram realizadas de acordo com o agendamento dos ACS, de forma programática, abordando uma anamnese e exame físico completo, estratificação do risco cardiovascular, orientações individuais, diagnósticos de possíveis complicações, prescrição de tratamento medicamentoso e mudança de estilo de vida e solicitação de exames laboratoriais e complementares.

As consultas de enfermagem foram realizadas visando instituir medidas e plano de cuidado com os usuários hipertensos e diabéticos, através da avaliação do tratamento, das recomendações sobre mudanças no estilo de vida, na adesão ao tratamento medicamentoso e no acompanhamento dos níveis de Pressão Arterial e da Glicemia.

O esquema vacinal dos hipertensos e diabéticos foi avaliado pela técnica de enfermagem, sempre que necessário administrando o reforço de alguma vacina, visando a prevenção de doenças infectocontagiosas.

O NASF desenvolveu uma parceria importante com a equipe de ESF, através de ações de educação em saúde, realizadas principalmente pelo educador físico e fisioterapeuta, na implantação de atividades físicas e pelo acompanhamento da alimentação dos usuários pela nutricionista.

As visitas domiciliares dos idosos acamados, foram realizadas pela médica e enfermeira da equipe, visando diagnosticar doenças agudas que poderiam provocar complicações e acompanhar o quadro clínico desses usuários.

Com um trabalho em equipe conseguimos realizar a maioria das ações que estavam programadas no cronograma da intervenção. O apoio da gestão municipal de saúde, da comunidade, da equipe do NASF e principalmente dos integrantes da equipe de ESF, sem dúvida foram os pontos fundamentais para o desenvolvimento de todas essas ações já relatadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas ações que estavam previstas não foram desenvolvidas principalmente pela dificuldade da estrutura física que a equipe de ESF está atendendo, não permitindo acolher e atender os usuários de forma confortável. As ações de saúde bucal que dependiam de atendimento especializado a ser realizado

pelo dentista não foram desenvolvidas devido à ausência do profissional na equipe. Sendo assim os tratamentos odontológicos não foram realizados.

Porém, conseguimos realizar a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos e capacitações para a equipe sobre a higiene bucal para ser multiplicada com os usuários.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Apresentamos alguma dificuldade na inserção de dados na PCD, através do registro nas fichas espelho e prontuários dos usuários, além do cálculo dos indicadores gerados pela própria planilha em Excel. Porém o professor orientador sempre que solicitado realizou o esclarecimento das dúvidas, contribuindo para a resolução dos problemas encontrados na coleta e sistematização dos dados.

Ao termino da décima segunda semana da intervenção foi possível fazer a avaliação correta de todos os indicadores do projeto e a leitura dos gráficos gerados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe já incorporou as ações da intervenção na rotina de atendimentos da UBS, tornando-se uma prática. Os conhecimentos adquiridos durante a elaboração do projeto e a implementação na prática das ações foi muito importante para a capacitação da equipe sobre os protocolos da AB, principalmente relacionado a HAS e DM, padronizando as condutas clínicas, assistências e educativas.

Durante as diferentes reuniões da equipe foram avaliadas de forma detalhada o desenvolvimento das ações. O cadastro dos usuários com HAS e/ou DM será mantido pelos ACS, assim como as visitas domiciliares, busca ativa de faltosos. O monitoramento dos dados continuará ser realizado pela médica e enfermeira da equipe e as consultas clínicas, atividades de EPS e educação em saúde com os hipertensos e diabéticos e a comunidade em geral continuará sendo desenvolvida pela equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida para melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus residentes na no território de atuação da UBS/ESF Coronel João Pessoa-RN. No início do projeto haviam 151 hipertensos cadastrados e apenas 63 (43%) estavam sendo acompanhados e 21 (61%) de diabéticos. No final das 12 semanas da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 168 hipertensos (66,7%) e 34 diabéticos (100%). A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação ao cadastro dos hipertensos da área de abrangência da UBS/ESF, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 55 hipertensos (21,8%), no segundo mês 101 (40,1%) e no terceiro mês 168 (66,7%). Os dados estão apresentados na Figura 1.

O resultado pactuado para a meta de cobertura foi atingido, devido a organização do processo de trabalho da equipe, as capacitações realizadas, o apoio da comunidade e dos gestores municipais de saúde, além do importante trabalho da médica, enfermeira, ACS e técnicos de enfermagem da equipe. Todos contribuíram

para este resultado, principalmente os ACS, cadastrando os hipertensos de nossa área de abrangência.

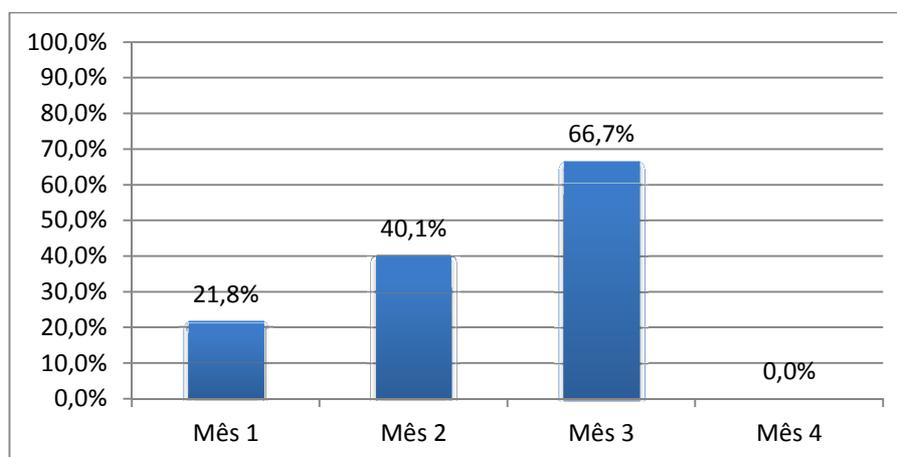


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao HAS na unidade de saúde Coronel João Pessoa - Coronel João Pessoa/RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação ao cadastro dos diabéticos da área de abrangência da UBS/ESF, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 13 diabéticos (38,2%), no segundo mês 21 (61,8%) e no terceiro mês 34 (100%). Importante observar que há no segundo mês conseguimos alcançar a meta proposta e no final da intervenção com um ótimo resultado. Os dados estão apresentados na Figura 2.

As ações que mais auxiliaram no aumento da quantidade de diabéticos cadastrados e acompanhados foram à capacitação da equipe sobre o protocolo do Ministério da Saúde, a divulgação da importância do diagnóstico e acompanhamento do DM na comunidade e o compromisso e engajamento dos profissionais de saúde da UBS no cadastro e na busca ativa desses usuários.

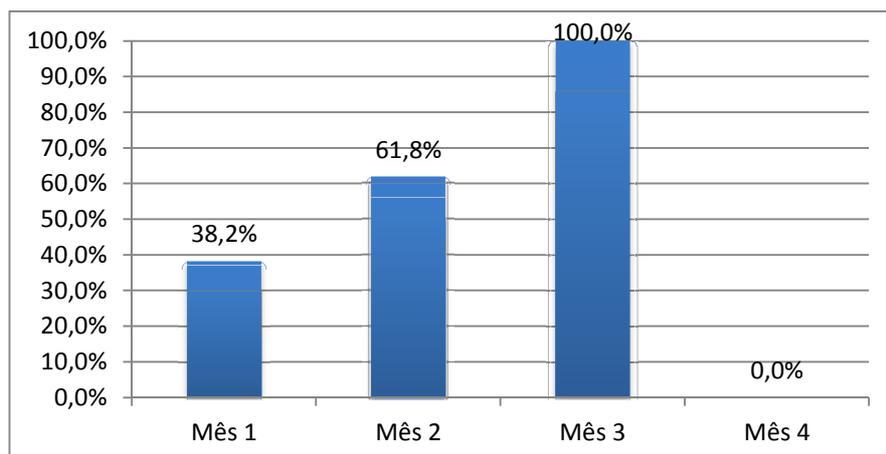


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao DM na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Em relação à proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo do MS, que a equipe passou a utilizar nos atendimentos, observa-se que no primeiro mês realizamos exame clínico apropriado para 43 hipertensos (78,2%), no segundo mês 89 (88,1%) e no terceiro mês 156 (92,9%). Os dados estão apresentados na Figura 3.

Mesmo não conseguindo atingir os 100%, consideramos que a ação que mais auxiliou exame clínico apropriado em dia foi o correto agendamento das consultas dos usuários da área adstrita pelos ACS, através das visitas domiciliares e pela qualidade no atendimento médico em cada consulta dos usuários. Como fatores dificulta dores para o não cumprimento dessa meta, destacamos o encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas. Porém com a continuidade da intervenção conseguiremos atingir a meta proposta.

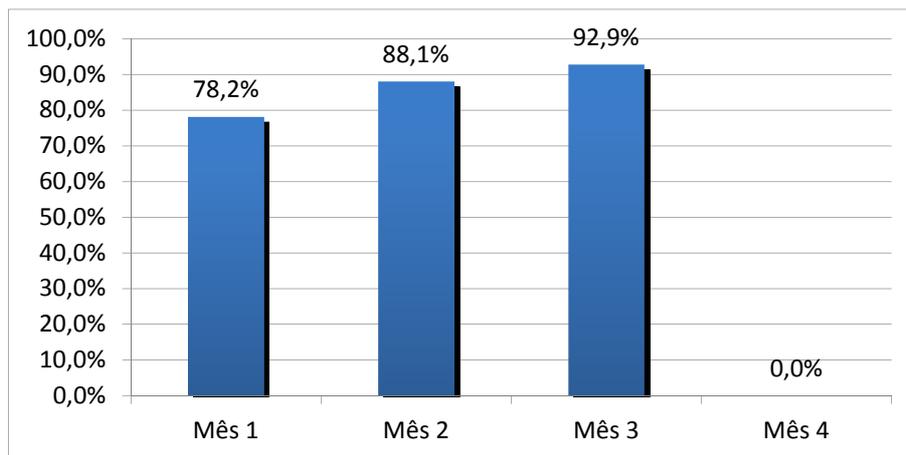


Figura 3 - Proporção de HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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

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

Em relação à proporção de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo do MS, que a equipe passou a utilizar nos atendimentos, observa-se que no primeiro mês realizamos exame clínico apropriado para 09 diabéticos (69,2%), no segundo mês 17 (81,0%) e no terceiro mês 30 (88,2%). Os dados estão apresentados na Figura 4.

Consideramos que a ação que mais auxiliou o exame clínico apropriado em dia foi o correto agendamento das consultas dos usuários da área adstrita por parte dos ACS e a organização das consultas médicas para os diabéticos, com um dia fixo na agenda de atendimentos. Os fatores dificultadores para atingir a meta são os mesmo descritos na meta anterior.

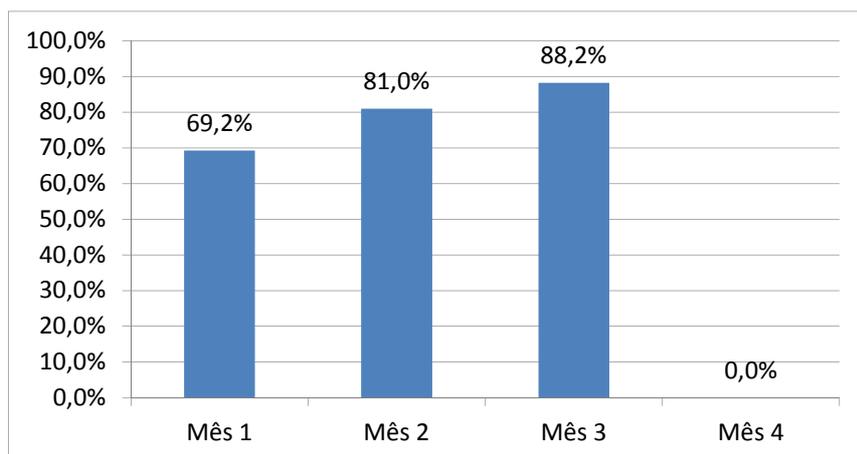


Figura 4 - Proporção de DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados 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.

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS em 42 hipertensos (76,4%), no segundo mês para 88 (87,1%) e no terceiro mês para 155 hipertensos (92,3%).

Como fatores facilitadores, destacamos a questão da organização das consultas médicas, com a solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo do MS. Porém enfrentamos muitas dificuldades com a autorização, agendamento e recebimento dos resultados dos exames realizados no SUS e a maioria da população não tem condições financeiras de pagarem por esses exames. Os dados estão apresentados na Figura 5.

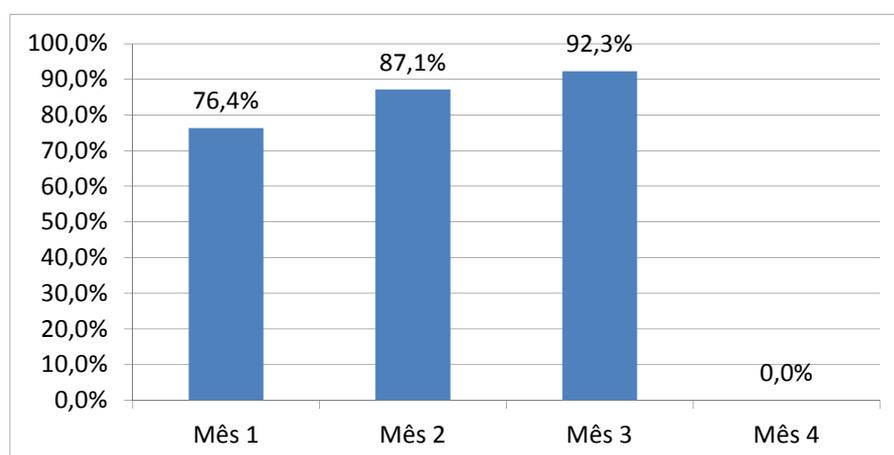


Figura 5 - Proporção de HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados 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

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS para 9 diabéticos (69,2%), no segundo mês para 17 (81,0%) e no terceiro mês para 30 usuários diabéticos (88,2%). Os fatores facilitadores e dificultadores para o cumprimento dessa meta já foram destacados na meta anterior. Os dados estão apresentados na Figura 6.

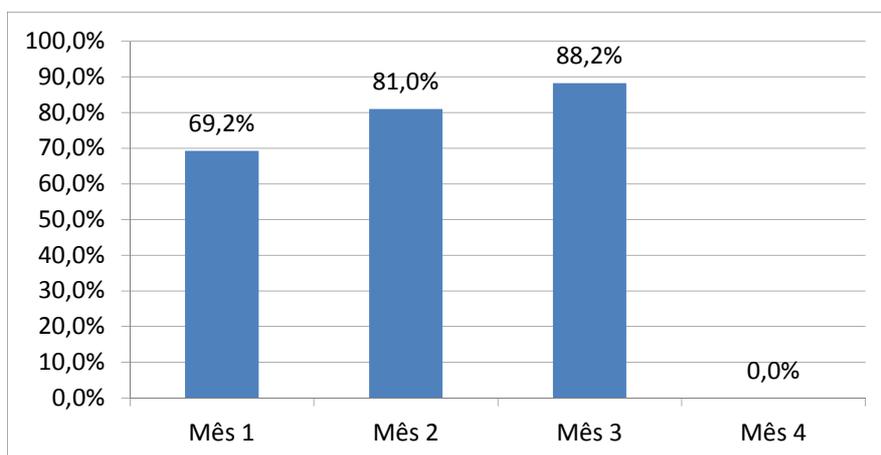


Figura 6 - Proporção de DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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.

Em relação a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no primeiro mês conseguimos priorizar para 55 usuários (100%), no segundo mês para 101 (100%) e no terceiro mês para 168 (100%). Ao longo da intervenção foram garantidos a aquisição dos medicamentos nas farmácias populares dos usuários a través de conversas e convencimento durante as consultas médicas, visitas domiciliares e palestras onde participaram hipertensos e familiares, alcançando toda a comunidade.

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 conseguimos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 13 usuários diabéticos (100%), no segundo mês para 21 (100%) e no terceiro mês para 34 (100%). Ao longo da intervenção foram garantidos a aquisição dos medicamentos nas farmácias populares dos usuários a través de conversas e convencimento durante as consultas médicas, visitas domiciliares e palestras onde participaram hipertensos e familiares.

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

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

Ao longo da intervenção durante as consultas médicas e de enfermagem foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico pela equipe de saúde. No primeiro mês foram avaliados 51 hipertensos (92,7%), no segundo mês 97 (96,0%) e no terceiro mês 164 (97,6%). Os dados estão apresentados na Figura 7.

Como fatores facilitadores para os resultados alcançados nessa meta foram à dedicação da médica e enfermeira da equipe, para realizarem durante os atendimentos e consultas a avaliação da saúde bucal dos usuários, oferecendo orientações individuais e em grupo de educação em saúde sobre a saúde bucal com a participação da equipe. A equipe da ESF não possui ainda dentista e auxiliares.

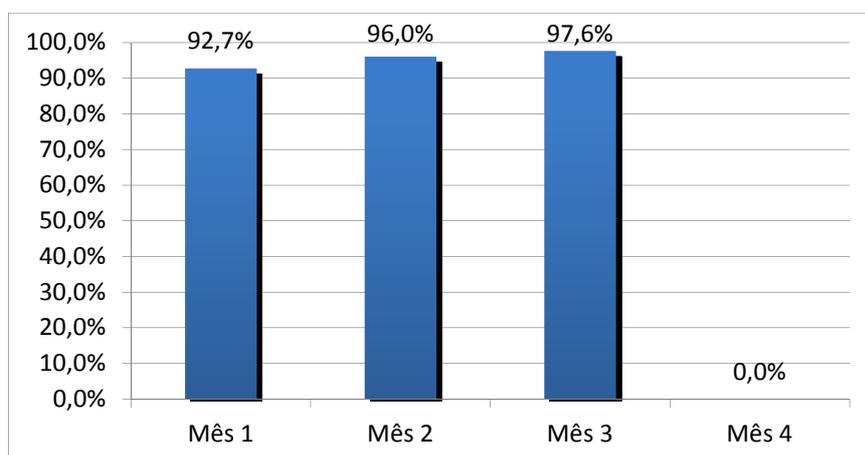


Figura 7- Proporção de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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

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

Ao longo da intervenção durante as consultas médicas e de enfermagem foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico pela equipe de saúde para os usuários com DM. No primeiro mês foram avaliados 12 diabéticos (92,3%), no segundo mês 20 (95,2%) e no terceiro mês 33 (97,1%). Os dados estão apresentados na Figura 8.

Os fatores facilitadores e dificultados para os resultados alcançados nessa meta foram descritos na meta anterior.

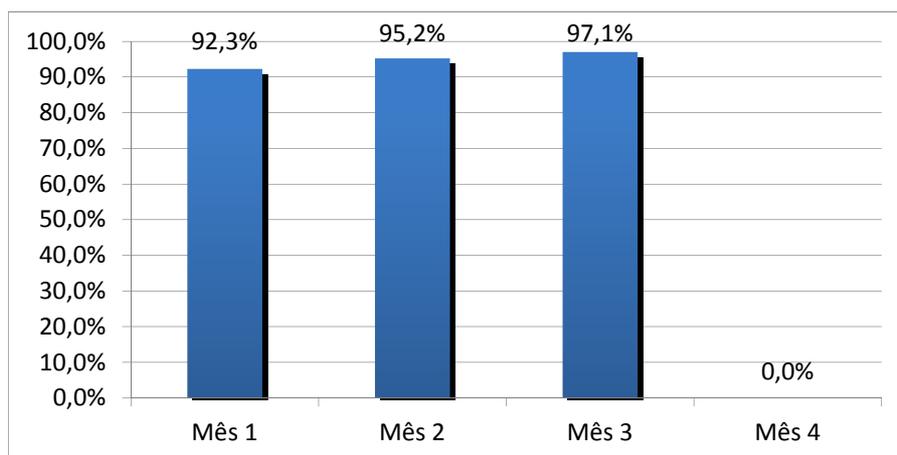


Figura 8- Proporção de DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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

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

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

Durante a intervenção foram realizadas no primeiro, segundo e terceiro mês 11 consultas médicas com busca ativa para hipertensos faltosos, representando 100% em todos os três meses de ações desenvolvidas na intervenção.

Como fatores facilitadores a capacitação da equipe e dos ACS realizada pela médica e enfermeira, ofertando informações importantes sobre as particularidades e vantagens da realização da busca ativa; a dedicação dos ACS, estando em contato com os usuários faltosos e a organização da agenda de consultas da equipe, que permitiu incluir os usuários provenientes dessas buscas ativas nos atendimentos.

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.

No primeiro, segundo e terceiro meses da intervenção foram realizadas a busca ativa para 03 diabéticos faltosos (100%). Essas ações foram realizadas em parceria com os ACS, durante as visitas domiciliares, que engajaram os usuários faltosos para comparecerem na data e horário agendado na UBS.

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.

Em relação à ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos, elas foram preenchidas no primeiro mês da intervenção para 78 usuários (87,3%), no segundo mês para 94 (93,1%) e no terceiro mês para 161 (95,8%). Os dados estão apresentados na Figura 9.

Não tínhamos antes da intervenção o registro adequado das informações relativas às consultas e procedimentos realizados com os usuários hipertensos na UBS/ESF. As ações mais importantes para essa meta foram capacitações realizadas pela médica, enfermeira e equipe sobre o assunto e a prática diária de registrar todos os dados pelos profissionais de saúde. Não conseguimos atingir a meta proposta pelo curso de 100% devido à grande demanda de atendimentos da equipe de saúde, mas acreditamos que com a continuidade da intervenção conseguiremos atingir os 100%.

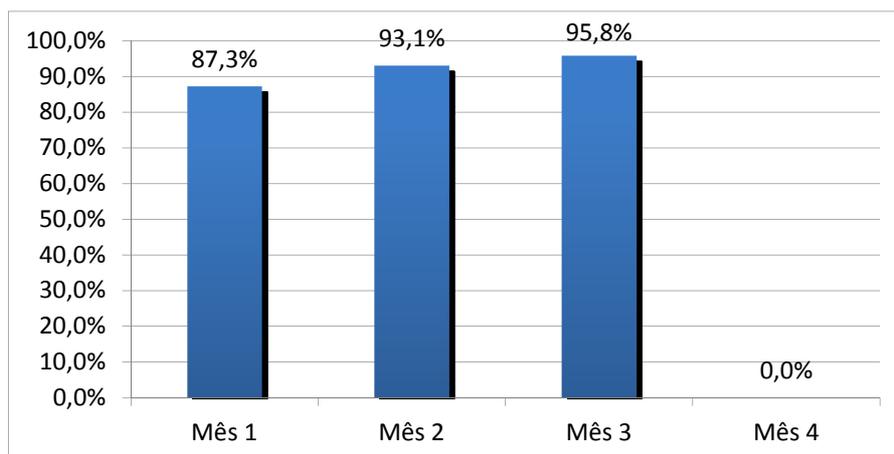


Figura 9 - Proporção de HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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.

Em relação à ficha de acompanhamento dos usuários diabéticos, elas foram preenchidas no primeiro mês da intervenção para 10 usuários (76,9%), no segundo mês para 18 (85,7%) e no terceiro mês para 31 (91,2%). Os fatores facilitadores e dificultadores para a execução dessa meta já foram descritos anteriormente na meta dos hipertensos. Os dados estão apresentados na figura 10.

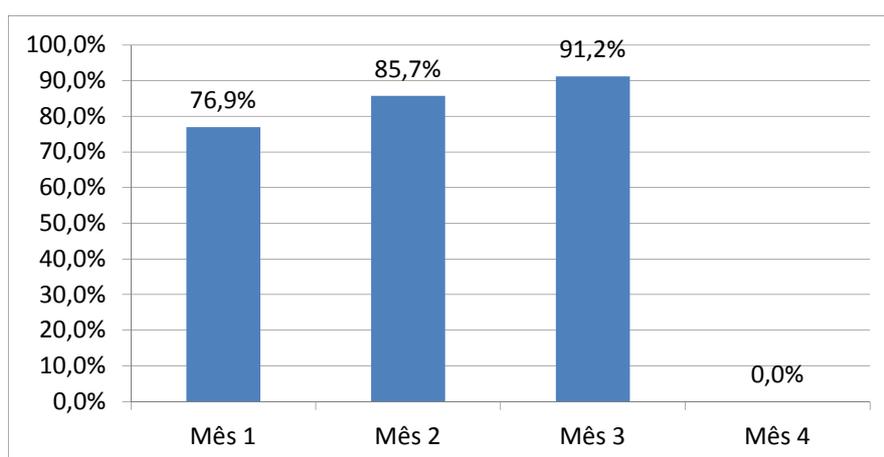


Figura 10 - Proporção de DM com registro adequado na ficha de Acompanhamento na unidade de saúde Coronel João Pessoa, Coronel João Pessoa/RN, 2015.

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 por exame clínico em dia.

Durante as 12 semanas da intervenção foi realizada a estratificação do risco cardiovascular para 100% dos usuários com HAS. No primeiro mês foram estratificados 55 hipertensos, no segundo mês 101 e no terceiro 168. A ação que mais auxílio foi garantir uma consulta médica integral para os hipertensos, com um dia fixo na agenda da equipe, organizando as atividades da médica, que pode se dedicar a realização da estratificação.

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 por exame clínico em dia.

Assim como para os hipertensos, foi realizada a estratificação do risco cardiovascular para 100% dos usuários com DM. No primeiro mês foram estratificados 13 diabéticos, no segundo mês 21 e no terceiro mês 34. A ação que mais auxílio foi garantir uma consulta médica integral para os diabéticos, com um dia fixo na agenda da equipe, organizando as atividades da médica, que pode se dedicar a realização da estratificação.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Antes da intervenção desconhecíamos a quantidade de usuários hipertensos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis segundo dados informados nos prontuários clínicos. No primeiro mês receberam orientação nutricional 55 hipertensos (100%), no segundo mês 101 (100%) e no terceiro mês 168 (100%). Ao longo da intervenção foi possível garantir orientação nutricional para

hábitos alimentares saudáveis atendidos no projeto através das consultas médicas, visitas domiciliares assim como em palestra feitas com usuários, familiares e a comunidade.

A ação que mais auxiliou foram a parceria com a nutricionista do NASF, que realizou atividades de educação em saúde com os usuários com HAS e DM e a comunidade, além das capacitações realizadas pela médica e enfermeira sobre o protocolo do MS.

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

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

Em relação à orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para os diabéticos, no primeiro mês receberam orientação nutricional 13 usuários, no segundo mês 21 e no terceiro mês 34, totalizando 100% de cobertura durante os três meses da intervenção. Ao longo da intervenção foi possível garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis atendidos no projeto através das consultas médicas, visitas domiciliares assim como em palestra feitas com usuários, familiares e a comunidade.

A ação que mais auxiliou foram a parceria com a nutricionista do NASF, que realizou atividades de educação em saúde com os usuários com HAS e DM e a comunidade, além das capacitações realizadas pela médica e enfermeira sobre o protocolo do MS.

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

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

Antes da intervenção desconhecíamos a quantidade de hipertensos que receberam orientação para a prática regular de atividade física. Com a implantação do nosso projeto de intervenção na UBS Coronel João Pessoa, foi possível no primeiro mês ofertar orientações sobre a prática regular de atividades físicas para 55 hipertensos (100%), no segundo mês para 101 (100%) e no terceiro mês para 168 (100%).

Ao longo da intervenção foi possível garantir a orientação para a prática regular de atividade física dos usuários atendidos no projeto através das consultas médicas, visitas domiciliares assim como em palestra feitas com usuários, familiares e a comunidade, além da importante contribuição do Educador Físico do NASF, que realizou vários grupos de práticas de atividades físicas com os usuários hipertensos e diabéticos do nosso território.

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

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

No primeiro mês da intervenção ofertamos orientações sobre a prática regular de atividades físicas para 13 diabéticos (100%), no segundo mês para 21 (100%) e no terceiro mês para 34 (100%). Ao longo da intervenção foi possível garantir a orientação para a prática regular de atividade física dos usuários atendidos no projeto através das consultas médicas, visitas domiciliares assim como em palestra feitas com usuários, familiares e a comunidade, além da importante contribuição do Educador Físico do NASF, que realizou vários grupos de práticas de atividades físicas com os usuários hipertensos e diabéticos do nosso território.

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

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

Durante os três meses da intervenção todos os profissionais de saúde da equipe de ESF realizaram atividades de educação em saúde com a temática do tabagismo, visando prevenir e controlar essa prática no nosso território, alertando sobre os riscos do tabaco para a saúde. No primeiro mês foram realizadas orientações sobre os riscos do tabagismo com 55 hipertensos, no segundo mês com 101 e no terceiro mês com 168, totalizando 100% de cobertura nessa ação.

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

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

Durante os três meses da intervenção todos os profissionais de saúde da equipe de ESF realizaram atividades de educação em saúde com a temática do tabagismo, visando prevenir e controlar essa prática no nosso território, alertando sobre os riscos do tabaco para a saúde. No primeiro mês foram realizadas orientações sobre os riscos do tabagismo com 13 diabéticos, no segundo mês com 21 e no terceiro mês com 34, totalizando 100% de cobertura nessa ação.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção foram instituídas orientações sobre higiene bucal para 100% dos usuários com HAS pela médica e enfermeira da equipe de ESF. No primeiro mês foram 55 usuários orientados, no segundo mês 101 e no terceiro mês 168. A médica e enfermeira da equipe se esforçaram bastante para conseguir organizar suas práticas clínicas e se capacitaram para orientar todos os usuários atendidos na intervenção sobre a higiene bucal. Como fator dificultador, como já citado nesse volume, a questão da ausência de equipe de SB integrada a equipe de ESF.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção foram instituídas orientações sobre higiene bucal para 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS/ESF Coronel João Pessoa. No primeiro mês foram 13 usuários orientados, no segundo mês 21 e no terceiro mês 34. As ações que mais auxiliaram na orientação sobre higiene bucal nos diabéticos foram às mesmas citadas anteriormente com o público de hipertensos.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Coronel João Pessoa, no município de Coronel João Pessoa-RN, propiciou a ampliação da cobertura da atenção nos Programas de Atenção aos usuários com HAS e/ou DM, cadastrados na unidade, a melhoria dos registros (prontuários clínicos e fichas espelho) e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame integral multidisciplinar rápido e a classificação de risco cardiovascular neste grupo.

A ação que mais auxiliou foi atualização dos cadastros dos 151 usuários hipertensos e 21 diabéticos da área adstrita, além dos novos cadastros que foram realizados pelos ACS, durante as visitas domiciliares realizadas, como apoio da comunidade e familiares, permitindo garantir uma qualidade no atendimento.

Antes da intervenção não tinha usuários com registro na ficha espelho em dia, só contávamos com os dados oferecidos pelos prontuários clínicos e as consultas médicas não ocorriam de acordo com o protocolo do MS, a estratificação do risco cardiovascular e de forma programática.

A intervenção permitiu que fossem diagnosticado novos usuários hipertensos e diabéticos, além da realização de exames laboratorial, de raio-x de tórax e Eletrocardiograma, assim como o encaminhamento para avaliação com o cardiologista, neurologistas e endocrinologista.

As ações de educação em saúde foram realizadas pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS, através de palestras em espaços públicos que abordaram principalmente orientações sobre: Alimentação saudável, atividade física diária e seus benefícios, orientação sobre exame do pulso de pé, identificação de sintomas de alarme de hipertensão e diabetes, além da importância do acompanhamento pela equipe multidisciplinar de saúde.

O monitoramento semanal ocorreu nas reuniões da equipe, verificando o andamento das ações e se a equipe seguiu as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem e dos ACS.

De forma geral, em cada reunião da equipe foram avaliados os desenvolvimentos das ações previstas, tendo em conta as atribuições para cada membro da equipe. A realização da Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada

pela médica e enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem garantindo o exame físico apropriado em 82% das consultas realizadas incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posteriores e pediosos e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Conseguimos realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como agendamento das consultas médicas e visitas domiciliares, onde a técnica de enfermagem foi encarregada por essas ações. Foi possível ainda a realização de visitas domiciliares para 100% dos usuários idosos ou com problemas de locomoção.

O rastreamento da HAS foi feito durante as consultas em 100% dos usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e para DM foi realizado o teste de glicemia onde o enfermeiro, a técnica de enfermagem e a médica garantiram essas ações. Nas consultas médicas foi possível avaliar o cadastramento e monitoramento dos usuários de Hiperdia, garantindo que ao final da intervenção não tivéssemos usuários faltosos as consultas programadas.

No trabalho da equipe garantiu também orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para a prática regular de atividade física para 100% dos usuários e orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos hipertensos e diabéticos. Essas orientações de saúde bucal foram realizadas pela médica e enfermeira durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde.

Com a incorporação permanente e ativa da equipe da saúde em cada uma das atividades desenvolvidas na UBS, garantimos um atendimento de maior qualidade para a população, diminuindo a demanda espontânea, porém trazendo consigo uma melhora dos indicadores de saúde. Continuaríamos com os atendimentos aos usuários de Alto Risco com uma programação de consultas agendadas a cada três meses e assim garantindo bem-estar e prevenindo as complicações para esses usuários.

No que se refere à importância da intervenção para o serviço, percebe-se que antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica, provocando uma sobrecarga na agenda de trabalho

da mesma, assim como dificuldades para o planejamento para o atendimento dos grupos estabelecidos.

Com a intervenção todas as atribuições da equipe, viabilizando a atenção ao um maior número de pessoas, tiveram que ser revistas. Sendo necessária uma diminuição na demanda espontânea, e assim como uma organização do fluxograma de atendimento na UBS. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários, com preenchimento das fichas espelhos e atualização dos prontuários médicos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco de morbimortalidade dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, tendo em conta avaliação multidisciplinar rápida.

Já sobre a importância da intervenção para a comunidade acredito que o maior impacto seja percebido pela comunidade, mesmo que, ainda tenhamos muito por fazer e melhorar. Os usuários com hipertensão demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, agendado nas quartas-feiras, pela manhã, com previa comunicação e aprovação pela comunidade nas diferentes palestras oferecidas com a equipe de saúde explicando como estão organizados os atendimentos na UBS.

Se realizasse novamente a intervenção faria diferente o cadastramento e ampliação da cobertura para 100% dos usuários da área adstrita e assim garantir ao 100% todas as ações prevista no projeto de intervenção como por exemplo; priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos, Realizar visita domiciliar a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Rastrear 100% dos usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus.

Além disso, sustentamos a participação da equipe, criando habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Assim pretendemos implementar o programa de atenção aos idosos na nossa comunidade e município.

Após os três meses da intervenção, podemos perceber que os objetivos que foram propostos inicialmente pela equipe visando à melhoria da qualidade da atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram cumpridos e conseguimos continuar a intervenção incorporandola a rotina de atendimento da equipe de ESF da UBS Coronel João Pessoa.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou a Médica Mirtha Regina Cabrales Alvarez, integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, atualmente trabalho na UBS Coronel João Pessoa, que atende a área urbana e rural do município. Durante a realização do curso de especialização em Saúde da Família pela UFPel/UNASUS foi realizado pela equipe de saúde um projeto de intervenção visando melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

Depois de realizarmos a Análise Situacional e Estratégica da UBS/ESF detectamos a desorganização no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos e escolhemos esse foco para desenvolver a nossa intervenção, durante 12 semanas.

Iniciamos com a capacitação da equipe sobre os protocolos do MS sobre HAS e DM, a divulgação do projeto para a comunidade e a organização do processo de trabalho da equipe para implantar cada ação programática solicitada pelo curso de especialização. O apoio da gestão municipal de saúde foi fundamental para desenvolvermos as ações propostas.

Após a equipe estar capacitada e a comunidade informada sobre os atendimentos na UBS iniciaram o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos com o apoio fundamental dos ACS. Com esse cadastro conseguimos ampliar a cobertura desse programa, melhorando a qualidade da atenção aos usuários, a adesão e o registro das informações dos usuários de Hiperdia.

Inicialmente os agentes de saúde da família buscaram nas aquelas famílias com usuários hipertensos e diabéticos em suas áreas, agendando os atendimentos programáticos com a médica e enfermeira na UBS. OS ACS também realizaram a

busca ativa dos faltosos nas consultas e orientação sobre a importância do acompanhamento periódico no serviço de saúde.

Assim, foram identificados, cadastrados e estão em acompanhamento 168 usuários hipertensos (66,7%) e 34 diabéticos (100%). Durante as 12 semanas do projeto de intervenção que realizamos, aconteceu o acolhimento dos usuários, com a humanização da assistência e a criação do vínculo com a comunidade, as consultas clínicas agendadas sempre as quartas-feiras, o registro das informações no prontuário dos usuários e na ficha-espelho e em uma planilha de coleta de dados em que eram registradas. Essa planilha foi preenchida diariamente e calculou mensalmente os indicadores da intervenção. Os dados obtidos com esses recursos poderão ser úteis para atualizar os dados do SIAB e para planejar ações para nossa área de abrangência.

As ações previstas para a Organização e Gestão do Serviço foram fundamentais para planejarmos cada passo prático da intervenção e permitiram que conhecêssemos a realidade e o que precisaríamos para realizar as mudanças e implementações, desde o material necessário, até a definição das funções dos membros da equipe durante a intervenção, o planejamento de conteúdo e espaço físico para a realização da capacitação da equipe, entre outros.

Nas ações de engajamento público, trouxemos para os usuários e seus familiares e comunidade em geral, por meio de ações de educação e promoção da saúde, com a implantação de grupos de discussão, rodas de conversa, palestras educativas na sala de espera e em diversos espaços da comunidade. Todas essas informações são necessárias para a manutenção da saúde dos usuários cadastrados no Hiperdia.

Como podem observar, com a intervenção melhoramos a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, organizamos melhor o nosso serviço, realizamos a atualização da equipe sobre os referidos temas, com a implantação de um rico programa da EPS. Gostaríamos de agradecer a importante parceria e o apoio da gestão municipal.

Por fim, gostaria de destacar a gratificação em ter realizado este trabalho que permitiu, acima de tudo, uma aproximação maior com esse grupo populacional e com a nossa população, por meio de um estreitamento de vínculo e maior conhecimento das demandas de saúde do nosso território de atuação.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou a Médica Mirtha Regina Cabrales Alvarez, integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, atualmente trabalho na UBS Coronel João Pessoa, que atende a área urbana e rural do município. É com muita satisfação que venho para falar sobre a intervenção que aconteceu em na UBS Coronel João Pessoa, durante 12 semanas a partir de março de 2015. Tudo foi muito bem programado e estudado pela equipe, mesmo antes que vocês soubessem sobre o trabalho. Todas as ações que colocamos em prática aqui, foram recomendadas pelo Ministério da Saúde e fizeram parte de um curso de especialização em saúde da família, que a médica da equipe de ESF realizou.

Iniciamos o projeto com o levantamento de todos os dados do território de atuação, UBS e equipe de saúde, identificando a cobertura das principais ações programáticas que são desenvolvidas na ESF (Saúde da Criança, Pré-natal e Puerpério, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).

Depois de ter todos os dados sobre nosso serviço de saúde, iniciamos reuniões com a equipe para dialogarmos sobre a escolha do foco de intervenção, que seria a HAS e DM, definição de metas e o planejamento de todas as ações/atividades que seriam implantadas durante 12 semanas. A equipe de saúde foi capacitada sobre a temática para desenvolver um trabalho integrado e de qualidade.

Em seguida realizamos um convite para a comunidade, através dos ACS, com a distribuição de panfletos informativos sobre o projeto de intervenção e sobre os principais riscos de desenvolver diabetes e hipertensão arterial. Iniciamos nossas atividades com o cadastramento e atualização dos usuários com HAS e/ou DM, através das visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

Os atendimentos na UBS e as consultas médicas e de enfermagem também foram organizadas, com a implantação do acolhimento pelos profissionais da equipe, a escuta qualificada de suas demandas e a definição de uma agenda de atendimentos, em um dia fixo na semana (consultas programadas) para esse público.

A médica iniciou então a realização de anamnese e exame físico completo com esses usuários, detectando situações de risco e complicações, estratificando o risco cardiovascular dos usuários, prescrevendo tratamento adequado e recomendando orientações para a mudança do estilo de vida e prática de atividades físicas com o apoio da equipe do NASF (educador físico).

A enfermeira da equipe ficou responsável pela gestão das ações da intervenção, monitorando os resultados alcançados, planejando atividades para serem desenvolvidas com a comunidade e usuários com HAS e/ou DM, além de realizar atividades de educação em saúde e capacitação da equipe.

Visitamos regularmente as casas dos usuários diabéticos e hipertensos, para realizar atendimentos médicos e de enfermagem, além de orientar sobre ações de promoção da saúde. Esse contato nos domicílios foi muito importante porque temos usuários HAS e/ou DM que são acamados ou possuem dificuldade de locomoção, além dos faltosos as ações programáticas.

O impacto da intervenção é sentido por todos os profissionais de saúde da equipe e pelos usuários atendidos, onde conseguimos aumentar o número de cadastro dos usuários no Hiperdia; melhoramos a organização do processo de trabalho da equipe, com a padronização de condutas, recomendadas pelo MS; melhoramos a atenção e a oferta de cuidados para todos os usuários que buscaram o serviço e realizamos muitas atividades de educação em saúde na comunidade.

Agora que finalizamos essa etapa da intervenção, pretendemos continuar com as ações e ampliar a atuação dos profissionais de saúde, possibilitando, assim, o cadastramento total da população adstrita e também uma maior qualificação nos serviços de saúde ofertados pela UBS.

Muito obrigado poder estar mais perto de vocês durante a intervenção e esperamos que as orientações obtidas, possam ser praticadas diariamente e assim melhorar e manter a qualidade de saúde e de vida. Todo o nosso trabalho é direcionado para aumentar os níveis de saúde da comunidade de Coronel João Pessoa-RN.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A partir de junho de 2014 iniciei as atividades como discente do curso de especialização em Saúde da Família pela UFPel/UNASUS, como parte do Programa Mais Médicos. Cheguei com muitas expectativas para começar a trabalhar e iniciar o curso da especialização da Família desenvolvendo lições baseadas no curso de pós-graduação e confecção do trabalho de conclusão de curso.

A medida que o curso ia acontecendo compreendi que ficaria com muitas horas de estudo individual na autopreparação do processo de temas médico-educativo. A grande novidade e um desafio seria o estudo virtual (educação a distância) que não era conhecido. Com o desenvolvimento do curso cada unidade constituiu uma ferramenta de trabalho que fortaleceu minha prática profissional e o trabalho em equipe.

Entretanto, desde as primeiras semanas percebi que tudo aquilo que estávamos estudando serviria para conhecer e aprofundar temas importantes no desempenho do trabalho na comunidade. Durante a unidade-1 Análise Situacional, podemos conhecer a estrutura da UBS através das informações do secretário de saúde que ficou muito preocupado pela mesma já que está em construção, ademais tive que estudar para os casos interativos e os Estudos de Prática Clínica.

Através do relatório da Análise Situacional passamos a conhecer melhor o nosso território, comunidade UBS e equipe. Escolhemos o tema da intervenção. Mais um desafio: iniciar a prática de educação em saúde e qualificação do atendimento à Programa de melhoria aos hipertensos e diabéticos.

Foi ótimo o contato mais próximo com a comunidade e poder sentir o envolvimento da equipe de saúde fundamentalmente o trabalho dos agentes comunitários, sem eles não seria possível o projeto, foi trabalhoso e difícil tantas horas elaborando relatórios e fazendo atendimento direto aos usuários doentes.

No geral, aprendi bastante. Tenho certeza que as horas no computador, fazendo atividades, sendo orientada pelo professor, sobre as literaturas apresentadas cada semana foram importantes na minha formação profissional, assim como na aplicação dos ensinamentos na prática, melhorando a assistência à saúde e qualificando a APS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:diabetes mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:hipertensão arterial sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2011.. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240290&search=rio-grande-do-norte|coronel-joao-pessoa>.

Apêndices

Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Figura 11 - Reunião da equipe da ESF/UBS Coronel João Pessoa para monitoramento das ações da intervenção



Figura 12 - Grupo de Educação em Saúde com os hipertensos e diabéticos



Figura 13 - Grupo de Atividades Físicas com os hipertensos e diabéticos, realizado pelo educador físico e fisioterapeuta do NASF



Figura 14 - Consulta clínica com exame físico completo realizado pela médica da ESF



Figura 15 - Registro dos dados dos usuários no prontuário clínico, PCD e ficha espelho



Figura 16- Aferição de Pressão Arterial - Trabalho em equipe

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Dados para Coletar	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1																		
2	2																		
3	3																		
4	4																		
5	5																		
6	6																		
7	7																		
8	8																		
9	9																		
10	10																		
11	11																		
12	12																		
13	13																		
14	14																		
15	15																		
16	16																		
17	17																		
18	18																		
19	19																		
20	20																		
21	21																		
22	22																		
23	23																		
24	24																		
25	25																		
26	26																		
27	27																		
28	28																		

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante