

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria das ações de controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Nosso Sonho, São Gabriel, RS**

Jorge Jesús Chávez Chávez

Pelotas, 2016

Jorge Jesús Chávez Chávez

**Melhoria das ações de controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Nosso Sonho, São Gabriel, RS**

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

Orientador: Ernande Valentin do Prado

Pelotas, Ano 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C512m Chávez, Jorge Jesús Chávez

Melhoria das Ações de Controle, Prevenção e Promoção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Nosso Sonho, São Gabriel, RS / Jorge Jesús Chávez Chávez; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

128 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais, pois apesar da distância esta vitória também é deles, a minha esposa Yudaimi, pela ajuda incondicional e incentivo a concluir este trabalho.

A Deus pela oportunidade de trabalhar neste país;
Aos meus Pais, que me deram força para nunca desistir;
Aos gestores de saúde pela colaboração na intervenção;
Em especial à equipe de saúde pelo trabalho contínuo e por acreditar que seria possível realizar este trabalho;
A meus orientadores Bibiana e Ernande pelo apoio e ensinamentos;
A todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Resumo

CHÁVEZ, Jorge Jesús Chávez. **Melhoria das ações de controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Nosso Sonho, São Gabriel, RS.**2016. 127f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus se apresentam como um grave problema de saúde pública, sendo causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por isso justifica-se a escolha do foco para realizar este trabalho. Na UBS Nosso Sonho foi desenvolvida uma intervenção, durante os meses de setembro a dezembro, com o objetivo de melhorar o controle à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Foi desenvolvida num período de 12 semanas e a população alvo foram as pessoas de 20 anos ou mais com essas doenças residentes na área de abrangência. Para o desenvolvimento da intervenção foram adotados os protocolos de atenção ao DM e HAS dos cadernos de atenção básica 35 e 36 respectivamente. Utilizamos a ficha espelho e planilha de coleta de dados que foram implantados na unidade para o controle de cada doença, os quais foram fornecidos pelo curso. Foram planejadas e realizadas diversas ações para o desenvolvimento da intervenção, e todas consideraram os eixos programáticos de monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, engajamento público e organização do serviço. A equipe realizou o cadastramento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mediante as visitas domiciliares foi feita a busca ativa dos usuários com atraso da consulta ou dos exames complementares, realizamos consulta médica com qualidade, com exame clínico adequado, exame dos pés em usuários, estratificação do risco cardiovascular e avaliação pelo cardiologista aqueles classificados de alto risco segundo a Score de Framingham; realização de atividades de promoção e educação em saúde, encontros na comunidade e palestras sobre educação e promoção em saúde para o controle dessas doenças. . Antes da intervenção tínhamos uma cobertura de 46% de usuários com HAS e de 26% com DM. Após doze semanas de intervenção, a cobertura melhorou e foi para 360 (86,7%) usuários com HAS, e 117(75,5%). A intervenção propiciou a melhoria do atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes, pois conseguimos melhorar os registros, 100% estiveram com prescrição dos medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, com avaliação da saúde bucal, e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e sobre os prejuízos do tabagismo. A intervenção está sendo incorporada à rotina da unidade, mas pretendemos melhorar as atividades de promoção e educação em saúde, além de ampliar a conscientização dos usuários sobre a importância e periodicidade da realização da consulta e exames complementares.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa geográfico de São Gabriel, RS.....	11
Figura 2	Vista da cidade de São Gabriel, RS.....	11
Figura 3	Monitoramento da Intervenção e capacitação da equipe.....	88
Figura 4	Avaliação de pulsos periféricos em usuária com Diabetes Mellitus	89
Figura 5	Atendimento odontológico a usuária com Hipertensão Arterial	89
Figura 6	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão moradores no território e cadastrados no programa.....	95
Figura 7	Gráfico da proporção de adultos com Diabetes moradores no território e cadastrados no programa.....	95
Figura 8	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	96
Figura 9	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.....	97
Figura 10	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	98
Figura 11	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes, com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	100
Figura 12	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão, cadastradas no programa.....	112
Figura 13	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes mellitus cadastradas no programa.....	112

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimo

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CA	Câncer
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a Distancia
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
E-SUS	Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Programa de hipertensão e diabetes
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD	Planilha Coleta de Dados
PIC	Praticas Integrativas Complementares
PIM	Primeira Infância Melhor
PMMB	Programa Mais Médico para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RS	Rio Grande do sul
SAMU	Serviço de Atendimento médico de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	73
2.3.3 Logística	80
2.3.4 Cronograma/	87
3 Relatório da Intervenção.....	88
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	88
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	93
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	93
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	94
4 Avaliação da intervenção.....	95
4.1 Resultados	95
4.2 Discussão.....	108
5 Relatório da intervenção para gestores	112
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	116
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	119
Referências	121
Anexos	122
Anexo A - Documento do comitê de ética	123
Anexo B- Planilha de coleta de dados	124
Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (EaD UFPel) teve como objetivo geral melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na USF Nosso Sonho, São Gabriel, RS, durante 12 semanas.

Primeiro capítulo: análise situacional - texto inicial, relatório de Análise situacional e o texto comparativo. Neste capítulo realizamos uma resenha sobre a situação inicial da ESF/APS na UBS, relatório da análise que inclui: distribuição dos serviços de saúde no município, estrutura da UBS, acolhimento e situação de cada ação programática na unidade de saúde (atenção pré-natal e puerpério, saúde da criança, controle de câncer de colo de útero e de mama, hipertensão arterial e diabetes mellitus, e saúde da pessoa idosa), e por último o texto comparativo entre o texto Inicial e o relatório da análise situacional.

Segundo capítulo: análise estratégica - justificativa, objetivos e metas, metodologia, ações desenvolvidas, indicadores, logística e cronograma.

Terceiro capítulo: relatório da intervenção. Neste capítulo são descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e a viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Quarto capítulo: resultados alcançados: resultados da intervenção e discussão, que inclui avaliação de cada indicador e as ações que facilitaram ou dificultaram atingir às metas propostas.

Quinto capítulo: relatório para o gestor.

Sexto capítulo: relatório para comunidade.

Sétimo capítulo: reflexão crítica.

Referencial teórico e anexos fecham o TCC.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Nosso Sonho foi reestruturada há uns meses com o objetivo de implantar a ESF. Devido a esse motivo, apresenta uma boa estrutura com pisos e paredes laváveis com rampas de acesso em condições adequadas para usuários com limitações e deficiências, conta de recepção, sala de espera, sala de reuniões, teste do pezinho, triagem, vacinação e três consultórios médicos com boas condições estruturais e equipamentos mínimos necessários. Na UBS trabalhamos duas equipes de saúde. Minha equipe está formada por um clínico geral, uma enfermagem para as duas equipes, técnica de enfermagem, um agente comunitário de saúde, um odontólogo, sendo que o mesmo trabalha para as duas equipes de saúde, atende a população de ambas as equipes e temos o apoio de três pediatras e uma ginecologista. Ainda contamos com uma funcionaria de limpeza e duas recepcionistas. As consultas estão sendo realizadas a demanda espontânea, mas acolhemos a todos os usuários com problemas agudos que aparecem na UBS, e atendemos diariamente 30 usuários. Os acompanhamentos da ESF estão sendo realizados através de agendamento de consultas periódicas a pacientes com doenças crônicas e das visitas domiciliares a pacientes acamados ou com incapacidades. As consultas médicas estão sendo registradas em prontuários os que estão sendo preenchidos com qualidade. As puericulturas a menores de um ano são realizadas pelos pediatras e a equipe realiza atendimento ao resto das crianças, realizando sempre atividades de promoção e educação em saúde sobre aleitamento

materno exclusivo, doenças respiratórias agudas e diarreicas, o pré-natal é desenvolvido pela ginecologista, mas a equipe oferece atendimentos para problemas agudos de saúde em gestantes.

Durante as consultas realizamos a avaliação de saúde bucal, e encaminhamos aos usuários para consulta odontológica, realizamos avaliação às crianças, gestantes, idosos e usuários com doenças crônicas. Os exames complementares são realizados pelo SUS, embora muitas vezes sejam demorados especialmente aqueles de alta complexidade realizados fora da cidade, situação que interfere no acompanhamento adequado dos usuários. Contamos com uma farmácia básica localizada na secretaria municipal de saúde na qual são disponibilizados medicamentos gratuitos, porém alguns medicamentos estão em falta e tem que ser comprados pelos usuários. Não contamos com o apoio de alguns profissionais de outras especialidades no município, assim alguns usuários têm que ser encaminhados para serem avaliados em outras cidades. A relação com a comunidade é boa e estamos trabalhando para modificar alguns indicadores de saúde da população de abrangência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Gabriel possui uma população de 62.785 habitantes, segundo estimativa do IBGE, 2015, e encontra-se localizado a 320 km da capital do Estado, Porto Alegre. Limita com os seguintes municípios de Rosário do Sul, Vila Nova do sul, Lavras do Sul, Santa Maria, São Sepé, Santa Margarida do Sul, Dom Pedrito e Dilermando de Aguiar. As principais atividades econômicas são a agropecuária e agricultura, principalmente cultivo de arroz e soja, piscicultura, fruticultura, apicultura e reflorestação.



Figura 1: Mapa geográfico de São Gabriel, RS. Fonte: wikipedia

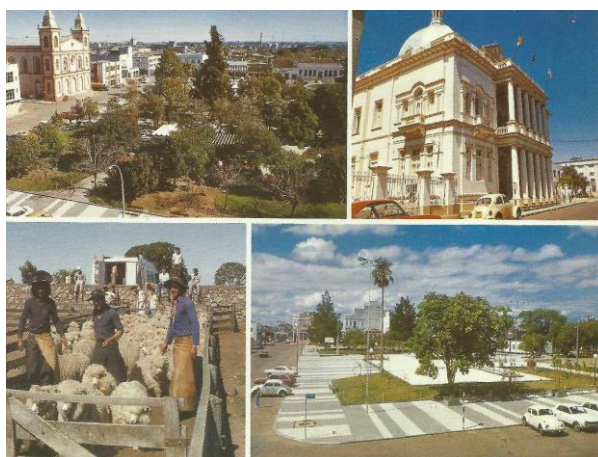


Figura 2: Vista da cidade de São Gabriel, RS. Fonte: mercadolive

No município existem 9 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 16 equipes de saúde da família. A secretaria municipal de saúde localizada na unidade central de atendimento Brandão Junior, sendo de fácil acesso para os usuários. Contamos com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1 que atende a população do município e um Centro de Vigilância em Saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e laboratório municipal). Ainda contamos com uma UBS Central que realiza exames radiográficos de odontologia, e não possuímos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município realiza serviço de Fisioterapia Municipal, contamos com Farmácia Básica e Popular, conta de um projeto inovador para tratamento das dores crônicas chamado Clínica de Dor, onde são realizadas as Práticas Integrativas Complementares(PIC), Acupuntura, Auriculoterapia e Analgesias, que funciona junto à Policlínica Brandão

Junior. Temos serviço de SAMU com duas ambulâncias de suporte básico que atende todas as demandas do município, incluindo o interior. Tem um Hospital com serviço de pronto atendimento que funciona 24 horas onde são acolhidas as Urgências, Emergências e internações hospitalares. As atividades de saúde do município são coordenadas pela décima coordenadoria regional de saúde de Alegrete, temos conselho municipal de saúde. Há serviços conveniados, como um laboratório de exames clínicos, um serviço de radiologia e tomografia local, as Ressonâncias e exames de alta complexidade são realizados fora do município (Santa Maria, Uruguaiana, Porto Alegre e Alegrete), os Eletrocardiogramas são realizados na policlínica central Brandão Junior.

Na policlínica central Brandão Junior são desenvolvidos os seguintes programas: Saúde do Trabalhador e da Mulher, Bolsa Família, Primeira Infância Melhor (PIM), Rede Cegonha, Programa de combate ao Racismo Institucional na ABS, entre outros. Os encaminhamentos para tratamentos fora do município são encaminhados pela 10ª CRS de Alegrete e central de marcação de consultas de Porto Alegre do sistema de Gestão Assistencial e Financeira de Saúde (AGHOS).

A unidade Nosso Sonho é de ESF, localiza-se na periferia da cidade, é urbana e está vinculada a serviços do SUS, presta atendimentos a 7000 habitantes divididos entre duas equipes de saúde. Minha equipe oferece atendimentos a uma população estimada de 4000 pessoas e está composta por um clínico geral, uma técnica de enfermagem, **um** agente comunitário de saúde, uma enfermeira e odontólogo, esses últimos trabalham com as duas equipes de saúde, participando somente minha equipe desta intervenção. A UBS não possui vínculo com o ensino superior. Para um atendimento com maior eficiência e resolutividade é necessária a implantação do NASF e do programa melhor em casa. Desta forma poderíamos de forma conjunta, conseguir uma ampliação e um melhor acompanhamento dos usuários na APS.

A unidade apresenta estrutura adequada, pois recentemente foi reformada através do programa Requalifica as UBS. Possui consultórios médicos, odontológico e ginecológico com dimensões adequadas, sala de espera e recepção com boa iluminação e arejadas, sala de vacinas, de reuniões, curativos, de nebulização, de triagem, de esterilização; assim como uma cozinha, dois banheiros para usuários e um com adaptações para receber aqueles com necessidades especiais em condições adequadas, e rampas de acesso com corrimãos na entrada do prédio

facilitando o acesso a usuários com limitações físicas e motoras. A rua de acesso à unidade está em condições adequadas o qual facilita o acesso de todos ao prédio. Na unidade não possuímos salas para orientações de higiene bucal.

A sala de curativo é pequena, o que interfere na movimentação adequada do médico e enfermeira durante os procedimentos. Essas situações foram discutidas com o gestor e foi solicitada a possibilidade de adaptar estantes aéreas para colocar os materiais de curas, considerando que não existe outro espaço disponível na UBS.

Através das visitas domiciliares a equipe vem identificando aqueles usuários que precisam de atendimento domiciliar, como acamados e com deficiências ou impossibilidade de acesso à unidade. São realizadas algumas atividades de cuidado domiciliar entre elas aferição da pressão arterial, curativos de úlceras de pressão, acompanhamento de doenças crônicas, troca de sonda vesical, avaliação à puerperal e recém nascidos, a equipe participa na busca ativa de usuários com doenças crônicas e realiza a notificação compulsória de agravos em pessoas já doentes. Na UBS são acolhidas e atendidas às urgências ou emergências realizamos avaliação previa e encaminhamos para o hospital aqueles que precisam avaliação por outras especialidades ou internação. A equipe participa ativamente no processo de acolhimento e encaminhamento desses casos. Os usuários hospitalizados são acompanhados pela equipe intra-hospitalar e após alta são acompanhados pela equipe de ESF na UBS. As pequenas cirurgias não são realizadas na unidade por se tratar de um procedimento de especialidade, e os usuários são encaminhados para o pronto atendimento. Através das consultas e visitas domiciliares são desenvolvidas relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a comunidade, garantindo assim a continuidade das ações em saúde. Realizamos avaliação das ações de saúde desenvolvidas pela equipe através de reuniões mensais.

A equipe de trabalho é humanizada e resolutiva e oferece atendimentos à população referenciada e atenta a suas necessidades, realizando acolhimento adequado. Os agentes comunitários durante as visitas domiciliares detectam e identificam aqueles usuários que precisam de atendimento imediato e realizam o agendamento das consultas. O processo de acolhimento acontece primeiramente na recepção já que não existe um local destinado para fazê-lo, as recepcionistas realizam a primeira escuta do usuário, orientam e encaminham para avaliação pela área da enfermeira, quem identifica aqueles usuários que precisam de atendimento

priorizado pelo médico. Além das consultas a demanda espontânea, são agendadas algumas para usuários com doenças crônicas que precisam de acompanhamento continuado pela equipe. Existe acolhimento adequado tanto para esses usuários como para os problemas agudos de saúde, sem existir um excesso de demanda para os mesmos. Deve ser melhorado o planejamento e avaliação das ações mediante a formação de uma equipe capacitada em todas as ações de saúde, e realizando reuniões de equipe com maior frequência onde possam ser discutidas as mesmas.

A população adstrita à área de abrangência é de 7000 pessoas com perfil demográfico de pobre a pobreza extrema. A UBS foi adequada para atender essa população, devendo ser ampliadas as ações de saúde que nela oferecemos junto à comunidade e buscar parceiros para a divulgação dos serviços. Atendemos a demanda espontânea e a usuários agendados pela equipe, onde a população é ouvida e acolhida adequadamente por qualquer das duas equipes de ESF. As urgências ou emergências também são acolhidas pela equipe e direcionadas através do SAMU para o hospital se necessário.

Na unidade são desenvolvidas ações de saúde da criança, todas as consultas são agendadas, mas as urgências também são acolhidas de forma adequada. As consultas são desenvolvidas segundo o protocolo do MS. Temos uma cobertura de atendimento de 48 crianças menores de um ano para 100%, deles 40 fizeram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias e 83% apresentam as consultas em dia segundo o protocolo do MS, 8 crianças apresentaram atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Todas as crianças estão com vacinação em dia e foram avaliadas pela triagem auditiva e teste do pezinho. Todas as mães foram orientadas sobre aleitamento materno exclusivo e sobre a prevenção de acidentes, mas nenhuma criança recebeu avaliação de saúde bucal.

As consultas de puericultura a menores de um ano são desenvolvidas pelos pediatras em horário da manhã. Para o resto das crianças os atendimentos são realizados pela equipe, que acolhe também a todas as crianças com problemas agudos de saúde sem existir excesso para essas demandas. As consultas são registradas nos prontuários clínicos e nas cadernetas, já que não existe um registro específico para essas ações, sempre é conferida a vacinação e o agendamento para próxima consulta, porém nem todas as crianças têm acompanhamento em dia

provavelmente devido a negligência das mães que não cumprem com a programação estabelecida. Durante as consultas são desenvolvidas algumas ações de saúde voltadas no cuidado das crianças como identificação e tratamento de problemas agudos, aplicação do esquema nacional de imunizações, promoção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de acidentes domiciliares, diagnóstico e tratamento de problemas bucais nas crianças acima de dois anos que são avaliadas e acompanhadas pelo odontólogo, identificação de doenças psico-mentais com encaminhamento para especialidades no CAPS do município, realizamos o teste do pezinho nos primeiros sete dias após parto, e o teste auditivo é realizado no hospital. Em nossa UBS é realizada a pesagem como requerimento da bolsa família. O programa é responsabilidade da enfermeira a qual envia os dados para a secretaria de saúde.

Através de nosso trabalho devemos realizar atividades de promoção e educação em saúde para que todas as mães iniciem a puericultura nos primeiros sete dias após parto, já que constatamos que muitas delas foram realizadas após essa data. Todos os profissionais da equipe deverão estar comprometidos com o programa para que sejam realizadas as ações de forma permanente. Algumas ações orientadas ao cuidado das crianças, e que nem sempre são realizadas, incluem atividades educativas sobre a prevenção da violência doméstica, orientação aos pais sobre o desenvolvimento neuro-psicomotor adequado e reconhecer sinais de risco nas curvas de crescimento e ganho ponderal. A cobertura de atendimentos para crianças menores de um ano é adequada, porém existe uma cobertura insuficiente para o resto das faixas etárias já que nem todas têm as consultas preconizadas pelo MS, apresentando captações tardias, com atraso nas consultas agendadas, comparecendo somente após busca ativa da equipe. Os indicadores deverão ser melhorados com o trabalho sistemático da ESF, e através das visitas domiciliares identificando aquelas crianças entre dois e seis anos que não tenham realizado a puericultura e que estão sem acompanhamento adequado pela equipe ou pediatra. A cobertura de atendimento para saúde bucal também deve ser melhorada no caso das crianças menores de um ano, através da implantação de uma estratégia para oferecer avaliação bucal nesta faixa etária, e assim diagnosticar de forma precoce alguns problemas bucais que poderiam ser prevenidos com a instauração de um programa de estimulação e aconselhamento sobre a saúde

bucal. Devemos implantar uma forma adequada para o registro das ações e melhorar o planejamento e monitoramento das mesmas.

O pré-natal é realizado na unidade pela ginecologista. A consulta é agendada uma vez diagnosticada a gestação e os atendimentos são desenvolvidos segundo o protocolo do MS. Estamos acompanhando 48 gestantes na UBS que representam 80% de cobertura. Destas, 30 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e foi realizado o exame ginecológico por trimestre para 63%, somente 12 (25%) receberam avaliação de saúde bucal, sendo que todas fizeram os exames laboratoriais preconizados, receberam as vacinas estabelecidas durante a gestação e receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo (100%).

Todas as consultas são registradas nos prontuários e carteira da gestante, pois não existe um registro específico para as mesmas. Durante as consultas, desenvolvemos algumas ações educativas focadas no cuidado das gestantes como orientação sobre aleitamento materno exclusivo, hábitos alimentares saudáveis, cuidado das gestantes sobre problemas bucais, e psicológicos com encaminhamento adequado para a especialidade que corresponde, revisão da vacinação e orientação da próxima vacina, assim como os cuidados com o Recém Nascido e anticoncepcional a usar após parto. Também oferecemos orientações sobre os cuidados no puerpério e a importância de realizar a consulta puerperal nos primeiros 7 dias e até 42 dias após parto.

Em nossa UBS está implantado o SISPRENATAL do qual são responsáveis a enfermeira e ginecologista. A cobertura e indicadores de atendimento a gestantes podem ser melhorados através de trabalho educativo e de promoção em saúde a gestantes, podendo conseguir que todas iniciem as consultas no primeiro trimestre e promover a participação da equipe na busca ativa. Devemos garantir que todas sejam avaliadas pela área de odontologia desde o início da gestação e assim terminar a gestação com uma adequada saúde bucal. A equipe deverá continuar realizando o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e estabelecer uma forma de registro específica para todas as ações que são desenvolvidas na unidade.

Em nossa UBS a partir do cadastramento estamos identificando aquelas mulheres que apresentam maior risco para câncer de colo de útero e de mama, como as mulheres que iniciam precocemente as relações sexuais ou que não se protegem durante a relação sexual, múltíparas, fumantes, usuárias de álcool e drogas, idade precoce da menarca e tardia da menopausa, nula ou baixa paridade

entre outras. Minha equipe oferece acompanhamento a 290 mulheres entre 25 e 64 para 26%, delas 35 apresentaram atraso do exame citopatológico para CA de útero, 48 tiveram exame alterado e 255 apresentam exame citopatológico em dia, avaliação de risco, orientação sobre prevenção do câncer. No caso de Câncer de mama existe uma cobertura de atendimento de 110 mulheres entre 50 e 69 anos para 27%, delas 10 com mamografia atrasada em mais de três meses (9%) e 100 com mamografia em dia (91%), sendo que todas foram avaliadas por riscos e receberam orientação sobre prevenção do câncer. As consultas são realizadas segundo o protocolo estabelecido pelo MS. São orientadas sobre o uso de preservativo durante as relações sexuais, hábitos alimentares saudáveis, e orientadas sobre a coleta da amostra que é realizada na UBS com agendamentos prévios. Existe registro em um livro específico e em alguns prontuários clínicos, mas nem todas têm registrados os dados de forma correta. As consultas são realizadas segundo o protocolo estabelecido pelo MS. Todas as mulheres acima de 50 anos são orientadas para realizar mamografia anualmente e auto-exame de mama mensalmente. Através das visitas domiciliares a equipe está realizando a busca ativa daquelas mulheres que estão com os exames atrasados ou que nunca os fizeram, orientando a importância de realizá-los para o diagnóstico precoce dessas doenças. Oferecemos educação em saúde sobre hábitos tóxicos e alimentação saudável para um melhor controle de peso. Constatamos que não todas as mulheres realizaram esses exames muitas por vergonha, outras por falta de tempo para assistir à unidade, e outras não se preocupam por saber o resultado. A equipe realiza a busca ativa daquelas com resultados alterados, as quais são acompanhadas pela ginecologista da unidade ou encaminhadas a serviços mais especializados. De forma geral não existe um rastreio adequado para essas doenças na UBS, mas os registros estão incompletos. A partir da incorporação de uma nova enfermeira na ESF, as coletas das amostras estão sendo realizadas duas vezes na semana, o que vai permitir ampliar o número de mulheres com preventivos em dia e melhorar a cobertura de atendimento. Existem algumas deficiências para o bom andamento e controle das ações para este programa, a cobertura deverá ser melhorada na medida em que a equipe fique mais engajada com a comunidade através da realização de mais atividades focadas na promoção e prevenção dessas doenças, mediante atividades de educação em saúde nas escolas, centros de trabalho, empresas e outras instituições. Devemos pensar em desenvolver ações

orientadas à sensibilização das mulheres da comunidade sobre a importância de realizar os exames preventivos para as duas doenças, capacitar à equipe da unidade no cadastramento, acolhimento e na periodicidade de realização dos exames preventivos, garantir a qualidade na coleta da mostra, melhorar a educação na população para diminuir o tempo de início precoce das relações sexuais e uso de preservativo desde a primeira relação sexual, atualizar e realizar registros com qualidade de todas as ações e garantir um acompanhamento adequado daquelas mulheres com resultados alterados.

Desde que iniciamos o trabalho como ESF temos diagnosticado um grande número de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica através da aferição de pressão arterial a todos os usuários acima de 15 anos que procuram atendimento por outras causas, além daqueles casos existentes na UBS. Em menor número o Diabetes Mellitus(DM), tem sido diagnosticado através de exames de glicemia de jejum indicada a alguns usuários com fatores de risco e com antecedentes familiares da doença. Temos em acompanhamento 415 usuários residentes na área de abrangência com HAS (46%), deles 360 apresentam exames complementares periódicos em dia e realizaram estratificação de risco cardiovascular (87%), 38 têm atraso da consulta agendada em mais de sete dias (9%), 105 receberam avaliação de saúde bucal (36%), e todos receberam orientação sobre prática de atividade física e alimentação saudável. Também são acompanhados 155 diabéticos com 20 anos ou mais (61%) deles 120 têm exames complementares periódicos em dia e realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (77%), 35 têm atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 105 fizeram exames dos pés com palpação dos pulsos e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses (68%), e 90 receberam avaliação de saúde bucal (58%). Antes da intervenção já estavam sendo desenvolvidas atividades de educação, prevenção e promoção à saúde, porém havia necessidade de qualificação das ações, como exames complementares e avaliação da saúde bucal; após da intervenção o autocuidado ficou mais solidificado.

Durante as consultas e visitas domiciliares são desenvolvidas algumas ações de promoção e prevenção em saúde voltadas a modificar estilos de vida inadequados em usuários com essas doenças, orientando sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física para controle adequado do peso corporal, e explicamos sobre malefícios provocados pelo tabagismo e consumo de álcool. Além

disso, diagnosticamos problemas de saúde bucal que são encaminhados devidamente para avaliação pelo odontólogo. Em nossa unidade não está implantado o programa de HIPERDIA, já que está centralizado na unidade central de atendimento Brandão Junior, o mesmo é desenvolvido por dois clínicos gerais e um nutricionista. Aqueles usuários com difícil controle metabólico são encaminhados devidamente para melhor avaliação e acompanhamento neste programa. As consultas são realizadas com qualidade e segundo o protocolo do MS, registradas adequadamente nos prontuários durante as mesmas identificamos e tratamos outros problemas agudos, orientamos aos usuários diabéticos a importância do controle mensal da glicose, cuidado dos pés e são indicados os exames complementares para controle periódico se necessário. Temos conformado grupos de usuários com hipertensão e diabetes, com os quais estão sendo desenvolvidas atividades na UBS, focadas na promoção e educação em saúde, explicando sempre como reconhecer sinais de complicações, estimulamos à prática regular de atividade física e uma alimentação adequada, entre outros.

Considero que a cobertura deverá ser ampliada através de ações conjuntas com os Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade voltada a identificar usuários com risco para estas duas doenças.

Através das visitas domiciliares, deverão ser identificados aqueles usuários que estão sem acompanhamento na unidade ou com atraso das consultas e tentar que os mesmos assistam à consulta programada, melhorando assim os indicadores de qualidade para essas doenças.

Na consulta está sendo realizada estratificação de risco cardiovascular a todos os usuários com hipertensão e diabetes, indicamos exames complementares de forma periódica, e garantimos acesso aos mesmos para que o acompanhamento seja efetivo.

Deverá ser melhorado o atendimento de saúde bucal a todos os usuários, sabendo-se da importância de uma boa higiene bucal e tratamento resolutivo das doenças bucais aos portadores destas doenças. Também se devem incrementar as orientações quanto ao cuidado com os pés, prática de atividade física e orientação nutricional. Na consulta, deverá ser realizada a palpação dos pulsos periféricos e a medida da sensibilidade nos usuários com diabetes mellitus, realizando assim um melhor diagnóstico das doenças vasculares periféricas mais comuns nestes usuários.

Na UBS existem profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com DM e Hipertensão, eles são: clínico geral, enfermeira e técnica de enfermagem.

A partir do cadastramento estamos identificando todas as pessoas acima de 60 anos de nossa área de abrangência, a fim de identificar os acamados, ou pessoas com limitações físicas, doenças crônicas e que precisam de atendimento domiciliar. Temos uma cobertura de atendimento de 320 pessoas com 60 anos ou mais, deles 160 têm acompanhamento em dia (50%), 105 receberam avaliação multidimensional rápida (33%), 50 são hipertensos e 42 diabéticos, 100 receberam avaliação de saúde bucal (31%), somente 38 foram avaliados por risco para morbimortalidade (12%), nenhum dos usuários apresenta caderneta de idoso e nem foram investigados os indicadores de fragilização na velhice. Todos foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física.

As consultas são realizadas todos os dias e segue o protocolo estabelecido pelo MS. As ações são registradas nos prontuários, já que não existe outra forma de registro específico, através das consultas e visitas domiciliares a equipe vem desenvolvendo atividades focadas para garantir uma atenção integral, oportuna e eficaz nesse grupo populacional, promovendo mudanças de estilos, hábitos e costumes que favoreçam a saúde e estimulando a adesão da comunidade na busca de soluções aos problemas do idoso. Sempre orientamos aos usuários, familiares e cuidador sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, sobre malefícios do tabagismo e consumo de álcool, a prevenção de acidentes no domicílio e como reconhecer sinais de riscos ou descompensação das doenças crônicas. Realizamos atendimento e cuidados domiciliar a usuários acamados ou com deficiências que não conseguem acessar a unidade de saúde, as visitas no domicílio são periódicas e toda a equipe tem uma participação ativa.

Além dessas ações realizamos ações de cuidado dos usuários como aplicação de todas as vacinas do esquema nacional de imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas bucais, e mentais os que são encaminhados para o CAPS do município.

Existem outras ações no cuidado do idoso que não estão sendo desenvolvidas de forma adequada durante as consultas médicas, por exemplo: avaliação multidimensional rápida, já somente um número reduzido 105 idosos (33%), têm realizada a mesma, e avaliação de risco para morbimortalidade somente

38 deles (12%). Considero que esses aspectos do processo de trabalho deverão ser melhorados, tendo em conta que mediante essas avaliações permitem obter dados objetivos sobre o deterioro funcional do idoso e fatores de risco passíveis de modificação, que se não foram diagnosticados de maneira oportuna poderão conduzir a situações de incapacidade severa, mobilidade, instabilidade e diminuição da capacidade intelectual.

A cobertura de atendimento deverá ser ampliada através de ações junto à comunidade buscando garantir o acesso a todos os idosos da área de abrangência, através dos agentes comunitários e visitas domiciliares, e aumentando o número de atendimentos para essa faixa etária e mediante consultas periódicas. Desde que iniciamos o trabalho na UBS não temos disponibilizadas cadernetas para fornecer aos idosos, o qual impossibilita um registro adequado das ações. O município possui o programa de saúde do idoso, mas não é atuante, a unidade não tem estatuto do idoso, devendo ser solicitado ao responsável pelo programa que providencie para que possamos registrar as ações. Estão sendo realizadas atividades com grupos de idosos sobre promoção e educação em saúde como, por exemplo: alimentação saudável, prática regular de atividade física, acidentes domésticos e sobre a importância de eliminar hábitos tóxicos como alcoolismo e tabagismo.

Os indicadores podem ser melhorados na medida em que sejam realizadas consultas com qualidade, melhorando o atendimento da saúde bucal a aqueles usuários acamados que não possuem uma adequada higiene bucal. Devemos melhorar o acesso dos idosos à UBS, ampliar os atendimentos, efetivar as ações do programa, realizar um registro específico das ações, implantar o uso da caderneta e assim obter indicadores mais precisos de todas as ações.

Com nosso trabalho como ESF tenho como principais desafios aumentar o número de atendimentos para os usuários de nossa área de abrangência e assim melhorar a cobertura de todas as ações programáticas e modificar alguns indicadores de saúde através de ações de promoção e educação em saúde a toda a comunidade.

Melhorar a capacitação de todos os integrantes da equipe de saúde com o objetivo que possam intervir de forma ativa em todas essas ações, melhorar as relações de vínculo e responsabilização com a população adstrita garantindo a continuidade das mesmas. As formas de registro das ações também deverão ser

melhoradas, e atingir a implantação dos prontuários eletrônicos que vão facilitar o controle organizado dos dados epidemiológicos na unidade.

Como melhor recurso a UBS conta uma estrutura adequada para acolher a todos os usuários incluindo usuários com limitações físico-motoras, por não apresentar barreiras arquitetônicas, e uma equipe de trabalho motivada, que apesar de ter algumas limitações encontra-se engajada com a comunidade e conhecem seus principais problemas e características biopsicossociais. Temos pouco tempo trabalhando como ESF, assim que as mudanças serão observadas em longo prazo. Durante a análise situacional alguns indicadores de qualidade relacionados à atenção dos usuários com Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus me surpreenderam como deficiência na avaliação de saúde bucal tanto em usuários com hipertensão e diabetes mellitus, da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, e falta de avaliação adequada dos pés e da palpação dos pulsos periféricos e medida da sensibilidade dos pés em usuários com diabetes. Os indicadores de qualidade no controle dos cânceres de colo de útero e de mama apresentam deficiências já que além de existir uma cobertura de atendimento insuficiente, existem muitas mulheres com atraso ou falta de realização dos exames preventivos, e outras com resultados alterados e sem acompanhamento adequado na unidade de saúde.

A realização dos questionários teve uma influência positiva promovendo mudanças no trabalho, especialmente no processo de acolhimento. A equipe está mais engajada e percebe-se maior humanização no atendimento da comunidade, escuta dos seus problemas de saúde, aumento do número de atendimentos por dia, sendo que as consultas estão sendo realizadas segundo os protocolos estabelecidos pelo MS, e registradas nos prontuários clínicos, o qual não era realizado anteriormente.

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

Quando cheguei à UBS tive uma percepção negativa do trabalho na unidade, já que não existia a ESF. Existiam poucos atendimentos, pois somente os atendimentos eram uma vez na semana por um clínico geral, existiam filas enormes para conseguir agendamento para consultas, e não eram realizadas visitas nem atendimento domiciliar. Os registros das consultas eram insuficientes e eram solicitados poucos exames complementares periódicos a usuários com doenças crônicas devido a que o município contava com poucos laboratórios clínicos conveniados pelo SUS.

Iniciamos o trabalho com a equipe incompleta e após um mês foram contratados 7 agentes comunitários de saúde, os quais terminaram seu contrato após 6 meses e já temos vários meses que ficamos novamente com a equipe incompleta. Existia pouca humanização no processo de atendimento, e não existia trabalho multidisciplinar em equipe, mas com o trabalho como ESF todo foi modificado e está sendo mais humanitário. Foi definido e realizado o mapeamento da área de abrangência. Dessa forma a equipe ficou mais engajada com a comunidade e começou a se preocupar pelos problemas de saúde da população. Foi planejada, reorganizada e implantada uma nova forma de atendimento a demanda espontânea, e agendamento das consultas para aqueles usuários com doenças crônicas que precisam de acompanhamento continuado, eliminando dessa forma as filas de espera.

Todos os usuários são acolhidos de forma humanizada, com escuta adequada e priorizando aqueles que precisam de atendimento imediato durante o dia, assim como urgências ou emergências que podem se apresentar. As consultas são desenvolvidas segundo os protocolos estabelecidos para cada ação programática com registros adequados nos prontuários clínicos já que não temos informatização na unidade. Temos diagnosticado mais usuários com doenças crônicas através da aferição de pressão arterial a todos os usuários acima de 15 anos e mediante indicação de glicemia de jejum aqueles com sintomas ou antecedentes familiares de Diabetes. Realizamos acompanhamento periódico com exames complementares a esses usuários e são desenvolvidas atividades de promoção e educação em saúde sobre hábitos dietéticos saudáveis e controle adequado do peso corporal para melhor controle das mesmas.

Estamos promovendo a atenção integral, continua e organizada de forma multidisciplinar à população da área adstrita, fato que não acontecia no início de

trabalho. Atualmente realizamos um trabalho multidisciplinar e resolutivo sempre que possível na unidade, encaminhando aos usuários para atendimento hospitalar aqueles que realmente precisem

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). A HAS também se apresenta como um grave problema de saúde pública, sendo causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, o que a coloca como origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e causa da redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB).

A UBS Nosso Sonho, localizada em São Gabriel-RS, conta com uma estrutura física adequada e está em concordância com o modelo estabelecido no manual de estrutura das UBS. Não existem barreiras arquitetônicas e o prédio garante o acesso dos usuários, inclusive os com limitações físicas. A equipe de

trabalho atua no modelo da ESF e está completa, sendo constituída por um clínico geral, enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e sete agentes comunitários. Oferecemos atendimento a uma população estimada em 4.000 habitantes de baixa renda e em sua maioria assistida por programas do governo federal.

A população alvo da intervenção será os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus residentes na área de abrangência. Atualmente, na unidade, não existe um acompanhamento adequado para esses usuários e a cobertura é abaixo do esperado, pois não abrange a totalidade da população com essas doenças. Temos dificuldades na organização dos registros das ações e no exame físico realizado nesses usuários, o que dificulta a avaliação de alguns indicadores de qualidade do programa e o acompanhamento adequado dos usuários. Atualmente, a cobertura é de 415(46%) usuários com hipertensão e de 155 (61%) usuários com diabetes. Dos 415 usuários com hipertensão cadastrados, somente 360 (87%) realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e estão com exames complementares periódicos em dia. Existem 38 (9%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e apenas 150 (36%) estão com avaliação de saúde bucal em dia. Todos foram orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Já em relação aos 155 usuários com diabetes cadastrados, apenas 120 (77%) realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e estão com exames complementares periódicos em dia. Existem 35 (23%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 105(68%) com realização de exame físico dos pés, palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. Apenas 90 (58%) estão com avaliação da saúde bucal em dia. Todos foram orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Apesar da baixa cobertura e das dificuldades apresentadas, a população tem boa adesão ao atendimento na unidade e os profissionais realizam consultas seguindo o protocolo estabelecido pelo MS. A equipe já vem realizando a busca ativa dos usuários faltosos ou com atraso no acompanhamento, além do rastreamento para HAS nos adultos maiores de 18 anos através da verificação da pressão arterial quando esses vêm até a UBS. Também vem sendo desenvolvidas atividades de promoção e educação em saúde, orientando usuários sobre os fatores de risco para essas doenças e como modificá-los,

importância do controle de peso corporal através da prática de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e malefícios do tabagismo e consumo de álcool.

A intervenção nesta ação programática terá como objetivo fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado e permitirá uma mudança significativa no atendimento à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, garantindo acolhimento adequado dos seus problemas de saúde, buscando diminuir a morbimortalidade mediante diagnósticos precoces, além de permitir melhor controle social e participação ativa da comunidade. Existem algumas limitações na unidade que podem interferir inicialmente no desenvolvimento adequado da intervenção, como a falta de conhecimento de alguns usuários com hipertensão e diabetes sobre a importância da realização do acompanhamento periódico, o que poderá ser modificado através da realização de atividades de promoção e educação em saúde na comunidade. Para isso, contamos com uma equipe preocupada e engajada com a população adstrita e apoio dos gestores de saúde, que buscarão trabalhar na busca de melhores indicadores, impactando positivamente na saúde da população da área adstrita.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria das ações no controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Nosso Sonho, São Gabriel RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 - Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/ realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/ realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosa à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

A presente intervenção será desenvolvida num período de 12 semanas (3 meses) no município de São Gabriel, UBS Nosso Sonho da área urbana. A população alvo serão as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pertencentes à UBS Nosso Sonho do município de São Gabriel.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão revisar uma vez por mês os registros dos prontuários, fichas-espelho e planilha de coleta de dados para avaliar a cobertura de atendimento, e assim tentar incluir no programa os usuários com hipertensão que estão sem acompanhamento na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis por mobilizar os usuários hipertensos, que serão cadastrados na consulta médica e/ou de enfermagem. O médico realizará um registro específico de todos hipertensos no programa usando prontuários específicos e fichas espelhos, as quais serão solicitadas aos gestores, para garantir um melhor registro das ações durante a intervenção.

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

Detalhamento: O serviço deverá ser reorganizado de forma que a técnica ou enfermeira realizarão o primeiro acolhimento ao usuário com hipertensão. Ao receber o usuário na unidade, elas deverão revisar os registros existentes para hipertensos e diabéticos, incluirão aqueles não registrados ainda, investigarão se têm ou não consulta agendada para esse dia e realizarão aferição da pressão. Se houver consulta agendada para esse dia, o prontuário e o usuário será encaminhado para consulta, senão têm consulta agendada e quer ou necessita atendimento não imediato, a enfermeira realizará agendamento da consulta para outro dia.

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

Detalhamento: Através da conversa com nosso gestor, o médico deverá solicitar pelo menos dois esfigmomanômetros a mais, manguitos e fita métrica para garantir a busca ativa de usuários com essa doença, e dessa forma realizar aferição

da pressão a todos os usuários acima de 18 anos. Esta solicitação será realizada na reunião com o gestor para mostrar o projeto de intervenção.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento: A equipe deverá realizar divulgação do programa que está sendo desenvolvido na unidade, através dos meios de comunicação existentes no município (emissoras de rádio, jornais e Facebook da prefeitura) e mediante o apoio dos gestores. O médico e enfermeira serão os responsáveis de informar os usuários durante consultas médicas e visitas domiciliares sobre a implantação do programa. Os agentes comunitários de saúde durante o processo de cadastramento informarão a toda comunidade sobre o programa. Na sala de espera da unidade, também realizaremos divulgação do programa.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis de orientar os usuários durante consultas médicas e visitas domiciliares sobre a importância de realizar aferição da pressão arterial em usuários acima de 18 anos pelo menos uma vez ao ano. Na sala de espera, realizaremos palestras orientando a todos os usuários acima de 18 anos a importância de aferir pressão arterial pelo menos uma vez ao ano.

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

Detalhamento: Durante as consultas, o médico deverá orientar a todos os usuários com pressão arterial acima de 130/80mmHg para realizar exame de glicemia de jejum para o rastreio de diabetes.

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

Detalhamento: Durante as consultas o médico deverá orientar sobre os principais fatores de risco para desenvolver hipertensão e diabetes (obesidade,

sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e hábitos alimentares inadequados). Também serão realizados encontros na comunidade com participação ativa da equipe, para orientar a todos os usuários sobre esses aspectos. Através da conversa com nosso gestor devemos solicitar o apoio para garantir a distribuição de folders com informações relacionadas com essas doenças.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação aos ACS e equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará a forma correta de verificação da pressão arterial.

Meta 1.2: Cadastrar 70% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão revisar uma vez por mês os registros dos prontuários, fichas-espelho e planilha de coleta de dados para avaliar a cobertura de atendimento, e assim tentar incluir no programa os diabéticos que estão sem acompanhamento na unidade de saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis pelo cadastramento dos usuários diabéticos. O médico realizará um registro específico de todos diabéticos no programa usando prontuários específicos e fichas espelhos, as quais serão solicitadas aos gestores, para garantir um melhor registro das ações durante a intervenção.

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

Detalhamento: O serviço deverá ser reorganizado de forma que a técnica ou enfermeira realizarão o primeiro acolhimento ao diabético. Ao receber o usuário na unidade, elas deverão revisar os registros existentes para hipertensos e diabéticos, incluirão aqueles não registrados ainda, investigarão se têm ou não consulta agendada para esse dia e realizarão aferição da pressão. Se houver consulta agendada para esse dia, o prontuário e o usuário serão encaminhados para consulta, senão têm consulta agendada e quer ou necessita atendimento não imediato, a enfermeira realizará agendamento da consulta para outro dia.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: Através da conversa com nosso gestor, o médico deverá solicitar um glicosímetro para garantir a pesquisa ativa de novos casos com diabetes mellitus, principalmente aqueles usuários com sintomas de diabetes ou com antecedentes familiares dessa doença, e realizar um monitoramento adequado dos casos já existentes. Esta solicitação será realizada na reunião com o gestor para mostrar o projeto de intervenção.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento: A equipe deverá realizar divulgação do programa que está sendo desenvolvido na unidade, através dos meios de comunicação existentes no município (emissoras de rádio, jornais e Facebook da prefeitura) e mediante o apoio

dos gestores. O médico e enfermeira serão os responsáveis de informar os usuários durante consultas médicas e visitas domiciliares sobre a implantação do programa. Os agentes comunitários de saúde durante o processo de cadastramento informarão a toda comunidade sobre o programa. Na sala de espera da unidade, também realizaremos divulgação do programa.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis de orientar os usuários durante consultas médicas e visitas domiciliares sobre a importância de realizar aferição da pressão arterial em usuários acima de 18 anos pelo menos uma vez ao ano. Na sala de espera, realizaremos palestras orientando a todos os usuários acima de 18 anos a importância de aferir pressão arterial pelo menos uma vez ao ano.

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

Detalhamento: Durante as consultas, o médico deverá orientar a todos os usuários com pressão arterial acima de 130/80 mmHg para realizar exame de glicemia de jejum para o rastreio de diabetes

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

Detalhamento: Durante as consultas o médico deverá orientar sobre os principais fatores de risco para desenvolver hipertensão e diabetes (obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e hábitos alimentares inadequados). Também serão realizados encontros na comunidade com participação ativa da equipe, para orientar a todos os usuários sobre esses aspectos. Através da conversa com nosso gestor devemos solicitar o apoio para garantir a distribuição de folders com informações relacionadas com essas doenças.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação aos ACS e equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o rastreio de diabetes mellitus em usuários com pressão arterial sustentada de 135/80mmHg e como realizar hemoglicoteste.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Mensalmente, o médico e enfermeira deverão realizar avaliação dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados para monitorar a realização do exame clínico apropriado dos hipertensos (medida de peso, altura, IMC, valoração nutricional, circunferência abdominal).

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Na reunião de equipe que deverá ser realizada para mostrar o projeto de intervenção, será definida a técnica de enfermagem como a

responsável por realizar pesagem, medida de altura e circunferência abdominal durante a triagem. A mesma vai registrar os dados nos prontuários, e o médico na consulta realizará o cálculo do IMC e definirá a valoração nutricional do usuário.

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o novo protocolo de atendimento que será implantado na unidade para atendimento a hipertensos e diabéticos (consultas a cada seis meses) e sobre a periodicidade recomendada para seu acompanhamento.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A cada três meses, deverá ser realizada atualização dos profissionais da equipe, através de capacitações sobre o manejo da Hipertensão e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde. O médico e enfermeira serão os responsáveis pela capacitação.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Uma vez estabelecido o protocolo que será implantado na unidade para atenção a hipertensos e diabéticos, será solicitado ao gestor que realize impressão desse documento.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Detalhamento: Durante as consultas e atividades coletivas, a equipe irá informar à comunidade e usuários sobre a importância de avaliações periódicas de acompanhamento e riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas que podem acontecer pelo controle inadequado da hipertensão. Deverão ser realizados encontros na comunidade de forma periódica, para orientar sobre esses aspectos, assim como realizar palestras na própria unidade de saúde, na sala de reuniões ou

sala de espera. Alguns cartazes informativos serão confeccionados e deixados em locais como associações da comunidade, igrejas e na própria UBS como reforço de informação da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará à realização do exame físico apropriado (medir altura, peso, circunferência abdominal).

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Mensalmente, o médico e enfermeira deverão realizar avaliação dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados para monitorar a realização do exame clínico apropriado dos hipertensos (medida de peso, altura, IMC, valoração nutricional, circunferência abdominal, exame dos pés com medida da sensibilidade e palpação de pulsos periféricos,).

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento: Na reunião de equipe que deverá ser realizada para mostrar o projeto de intervenção, será definida a técnica de enfermagem como a responsável por realizar pesagem, medida de altura e circunferência abdominal durante a triagem. A mesma vai registrar os dados nos prontuários, e o médico na consulta realizará o cálculo do IMC e definirá a valoração nutricional do usuário e realizará o exame dos pés, com avaliação da sensibilidade e palpação dos pulsos periféricos, registrando adequadamente os dados no prontuário.

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o novo protocolo de atendimento que será implantado na unidade para atendimento a hipertensos e diabéticos (consultas a cada seis meses) e sobre a periodicidade recomendada para seu acompanhamento.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A cada três meses, deverá ser realizada atualização dos profissionais da equipe, através de capacitações sobre o manejo da Hipertensão e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde. O médico e enfermeira serão os responsáveis pela capacitação.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Uma vez estabelecido o protocolo que será implantado na unidade para atenção a hipertensos e diabéticos, será solicitado ao gestor que realize impressão desse documento.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes

Detalhamento: Durante as consultas e atividades coletivas, a equipe irá informar à comunidade e usuários sobre a importância de avaliações periódicas de acompanhamento e riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas que podem acontecer pelo controle inadequado da diabetes. Deverão ser realizados encontros na comunidade de forma periódica, para orientar sobre esses aspectos, assim como realizar palestras na própria unidade de saúde, na sala de reuniões ou sala de espera. Alguns cartazes informativos serão confeccionados e deixados em locais como associações da comunidade, igrejas e na própria UBS como reforço de informação da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará à realização do exame físico apropriado (medir altura, peso, circunferência abdominal, exame dos pés).

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Mensalmente, o médico e enfermeira deverão realizar avaliação dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados para monitorar a realização do exame dos pés nos diabéticos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: Na reunião de equipe que deverá ser realizada para mostrar o projeto de intervenção, será definido o médico como responsável por realizar o exame dos pés dos diabéticos durante as consultas.

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o novo protocolo de atendimento que será implantado na unidade para atendimento, incluindo a realização do exame dos pés dos diabéticos.

Ação: Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento: Através da conversa como gestor, o médico deverá solicitar o monofilamento 10g para que seja realizado corretamente o exame dos pés. Esta solicitação será realizada na reunião com o gestor para mostrar o projeto de intervenção.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Através da conversa com o gestor será solicitado modificar agenda de trabalho para estabelecer um horário específico na unidade para realizar acolhimento a diabéticos provenientes da busca ativa realizada pelos ACS.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para consulta especializada.

Detalhamento: Deverá ser realizada a coordenação através da conversa com o gestor, para garantir avaliação de outras especialidades aqueles usuários com diabetes mellitus que precisarem das mesmas, e deverão solicitar ao especialista uma contra-referência da consulta realizada para um melhor acompanhamento na unidade de saúde.

Engajamento Público

Ação: Orientar 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: Durante as consultas e atividades coletivas, a equipe irá informar à comunidade e usuários sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas que podem acontecer pelo controle inadequado do diabetes, além da importância dos exames dos pés, pulsos e sensibilidade das extremidades. Deverão ser realizados encontros na comunidade de forma periódica, para orientar sobre esses aspectos, assim como realizar palestras na própria unidade de saúde, na sala de reuniões ou sala de espera. Alguns cartazes informativos serão confeccionados e deixados em locais como associações da comunidade, igrejas e na própria UBS como reforço de informação da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará à realização do exame dos pés.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: A cada 6 meses, a enfermeira e técnica de enfermagem realizarão avaliação dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para identificar o número de hipertensos com exames complementares solicitados de acordo com o protocolo adotado. Em caso de observação de usuários sem solicitação de algum exame, a enfermeira solicitará ao ACS a busca e agendamento do usuário.

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

Detalhamento: A cada 6 meses, a enfermeira e técnica de enfermagem realizarão avaliação dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para identificar o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo à periodicidade recomendada (uma vez ao ano). Em caso de observação de usuários faltosos, com falta de alguns dos exames, a enfermeira solicitará ao ACS a busca e agendamento do usuário.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico deverá indicar os exames complementares nas consultas, segundo o preconizado pelo MS e protocolo de atendimento implantado na unidade.

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

Detalhamento: Através de reunião, será solicitada ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para atenção ao usuário com diabetes. Em caso de impossibilidade de realização dos exames no município, estabelecer a necessidade de realizá-los em outras cidades através do SUS.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Serão estabelecidos sistemas de alerta nos prontuários para os exames complementares indicados. Para os hipertensos que precisarem da realização de exame de urgência nas requisições serão incluídos a observação de "urgência", sendo que será mantido contato com a Secretaria de Saúde para relatar a situação do usuário e garantir a priorização do exame.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Durante as consultas e visitas domiciliares, o médico e a equipe deverão orientar de forma sistemática a todos os hipertensos sobre a necessidade de realizar os exames complementares anualmente. Deverão ser realizados encontros na comunidade para abordar esses temas, sendo o médico e enfermeira os responsáveis por essas atividades.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Durante as consultas e visitas domiciliares, o médico e a equipe deverão orientar de forma sistemática sobre a necessidade de realizar os exames complementares anualmente. Deverão ser realizados encontros na

comunidade para abordar esses temas, sendo o médico e enfermeira os responsáveis por essas atividades.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o protocolo de solicitação de exames complementares.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Cada 6 meses, a enfermeira e técnica de enfermagem realizarão avaliação dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para identificar o número de diabéticos com exames complementares solicitados de acordo com o protocolo adotado. Em caso de observação de usuários sem solicitação de algum exame, a enfermeira solicitará ao ACS a busca e agendamento do usuário.

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

Detalhamento: A cada 6 meses, a enfermeira e técnica de enfermagem realizarão avaliação dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para identificar o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo à periodicidade recomendada (uma vez ao ano). Em caso de observação de usuários faltosos, com falta de alguns dos exames, a enfermeira solicitará ao ACS a busca e agendamento do usuário.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico deverá indicar os exames complementares nas consultas, segundo o preconizado pelo MS e protocolo de atendimento implantado na unidade.

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

Detalhamento: Através de reunião, será solicitada ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo para atenção à diabetes mellitus. Em caso de impossibilidade de realização dos exames no município, estabelecer a necessidade de realizá-los em outras cidades através do SUS.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Serão estabelecidos sistemas de alerta nos prontuários para os exames complementares indicados. Para os usuários diabéticos que precisarem da realização de exame de urgência nas requisições serão incluídos a observação de "urgência", sendo que será mantido contato com a Secretaria de Saúde para relatar a situação do usuário e garantir a priorização do exame.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Durante as consultas e visitas domiciliares, o médico e a equipe deverão orientar de forma sistemática sobre a necessidade de realizar os exames complementares para avaliar o controle metabólico. Deverão ser realizados encontros na comunidade para abordar esses temas, sendo o médico e enfermeira os responsáveis por essas atividades.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Durante as consultas e visitas domiciliares, o médico e a equipe deverão orientar de forma sistemática sobre a necessidade de realizar os exames complementares anualmente, glicemia de jejum mensalmente e hemoglobina glicada a cada três meses para avaliar o controle metabólico. Deverão ser realizados encontros na comunidade para abordar esses temas, sendo o médico e enfermeira os responsáveis por essas atividades.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico será o responsável pela capacitação da equipe de saúde. A mesma vai ser realizada na sala de reuniões da unidade, após horário estabelecido para reuniões da equipe com uma duração de 2 horas semanais. Dentre os temas a serem abordados, estará o protocolo de solicitação de exames complementares.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Através dos registros de fichas espelho e planilha de coleta de dados, será monitorada mensalmente pela enfermeira a prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular aos hipertensos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque e validade de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque e validade de medicamentos será realizado pelo farmacêutico da farmácia básica, mensalmente.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde será realizado pela enfermeira da

UBS e supervisionados pelo médico. Será organizado um registro dos medicamentos que estão sendo usados pelos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, constando o nome de medicamento, número de usuários que utilizam, quantidade de medicamento no mês.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Informar durante a consulta os hipertensos sobre o direito que eles têm de adquirir os medicamentos prescritos para controle da doença na Farmácia Popular/Hiperdia ou na farmácia básica da Secretaria de Saúde. Através das visitas domiciliares, os ACS orientarão aos usuários e à comunidade que deverão retirar os medicamentos em qualquer dessas farmácias e, aqueles que não possam buscá-los por alguma limitação física, os ACS mensalmente os entregarão na sua casa.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: O médico passará por atualizações mensalmente sobre o tratamento da hipertensão, para conhecer as alternativas que podem ser utilizadas para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos na farmácia de HIPERDIA.

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

Detalhamento: Os ACS serão treinados para orientar os usuários sobre a possibilidade de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os locais para sua obtenção.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Através dos registros de fichas espelho e planilha de coleta de dados, será monitorada mensalmente pela enfermeira a prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular aos diabéticos.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque e validade de medicamentos.

Detalhamento: O controle de estoque e validade de medicamentos será realizado pelo farmacêutico da farmácia básica, mensalmente.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: O registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde será realizado pela enfermeira da UBS e supervisionados pelo médico. Será organizado um registro dos medicamentos que estão sendo usados pelos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, constando o nome de medicamento, número de usuários que utilizam, quantidade de medicamento no mês.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Informar durante a consulta os hipertensos sobre o direito que eles têm de adquirir os medicamentos prescritos para controle da doença na Farmácia Popular/Hiperdia ou na farmácia básica da Secretaria de Saúde. Através das visitas domiciliares, os ACS orientarão aos usuários e à comunidade que deverão retirar os medicamentos em qualquer dessas farmácias e, aqueles que não possam buscá-los por alguma limitação física, os ACS mensalmente os entregarão na sua casa.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico passará por atualizações mensalmente sobre o tratamento da hipertensão, para conhecer as alternativas que podem ser utilizadas para garantir o acesso dos usuários aos medicamentos na farmácia de HIPERDIA.

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

Detalhamento: Os ACS serão treinados para orientar os usuários sobre a possibilidade de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e os locais para sua obtenção.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as pessoas com hipertensão que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Através dos registros provenientes dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, mensalmente será feito o monitoramento dos hipertensos que apresentam necessidade de tratamento odontológico, para que este atendimento seja organizado de forma que todos tenham acesso à consulta odontológica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Durante a consulta, o médico realizará avaliação bucal como parte da rotina e identificará aqueles usuários que precisem de atendimento odontológico, registrando no prontuário e ficha espelho. Na sequência, o usuário será encaminhado para agendamento da consulta odontológica.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para garantir a realização da consulta odontológica, conversaremos com o dentista sobre a possibilidade de determinação de horários para atendimento dos usuários com HAS e DM. O odontólogo deverá estabelecer um horário específico para realizar atendimento a hipertensos e diabéticos que precisem de atenção odontológica.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Deverão ser desenvolvidos encontros na comunidade para orientar a usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Os ACS durante as visitas domiciliares deverão ir orientando os usuários sobre esses aspectos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O odontólogo e médico serão os responsáveis pela capacitação à equipe para avaliação das principais doenças odontológicas que possam ser identificadas clinicamente por eles em hipertensos e diabéticos. Esta capacitação vai ser realizada na sala de reuniões da unidade no horário correspondente à reunião da equipe.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Através dos registros provenientes dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados, mensalmente será feito o monitoramento dos diabéticos que apresentam necessidade de tratamento odontológico, para que este atendimento seja organizado de forma que todos tenham acesso à consulta odontológica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Durante a consulta, o médico realizará avaliação bucal como parte da rotina e identificará aqueles usuários que precisem de atendimento odontológico, registrando no prontuário e ficha espelho. Na seqüência, o usuário será encaminhado para agendamento da consulta odontológica.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para garantir a realização da consulta odontológica, conversaremos com o dentista sobre a possibilidade de determinação de horários para atendimento dos usuários com HAS e DM. O odontólogo deverá estabelecer um horário específico para realizar atendimento a hipertensos e diabéticos que precisem de atenção odontológica.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Deverão ser desenvolvidos encontros na comunidade para orientar a usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Os ACS durante as visitas domiciliares deverão ir orientando os usuários sobre esses aspectos.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O odontólogo e médico serão os responsáveis pela capacitação à equipe para avaliação das principais doenças odontológicas que possam ser identificadas clinicamente por eles em hipertensos e diabéticos. Esta capacitação vai ser realizada na sala de reuniões da unidade no horário correspondente à reunião da equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Mensalmente, a enfermeira fará revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas estabelecida e identificar aqueles hipertensos que devem ser buscados por estar em atraso.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Uma vez identificados os hipertensos faltosos à consulta ou com atraso das mesmas, os ACS serão os responsáveis por organizar as visitas domiciliares de forma a priorizar os usuários faltosos que devem ser buscados.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será estabelecido um horário específico semanalmente para acolher a hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, todas as quintas feiras na tarde, com agendamento de até 12 usuários.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Deverão ser realizados encontros na comunidade mensalmente na nossa área de abrangência, onde orientaremos à comunidade, principalmente a hipertensos e diabéticos sobre a importância de assistir às consultas programadas para melhor acompanhamento dessas doenças.

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

Detalhamento: Durante as atividades em grupo e visitas, realizaremos uma escuta adequada das estratégias que a comunidade possa implementar para evitar as faltas às consultas.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Durante a consulta, o médico deverá esclarecer aos hipertensos a periodicidade estabelecida na unidade para realização das consultas (a cada 6 meses). Os ACS durante o cadastramento e visitas domiciliares deverão informar à comunidade, hipertensos e diabéticos sobre a nova periodicidade de consultas que foi implantada na unidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico realizará capacitação a ACS quanto à importância da realização periódica das consultas em hipertensos e diabéticos e sobre a periodicidade com que serão realizadas na unidade, para que posteriormente possam orientar os usuários.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Mensalmente, a enfermeira fará revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas estabelecida e identificar aqueles diabéticos que devem ser buscados por estar em atraso.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Uma vez identificados os diabéticos faltosos à consulta ou com atraso das mesmas, os ACS serão os responsáveis por organizar as visitas domiciliares de forma a priorizar os usuários faltosos que devem ser buscados.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será estabelecido um horário específico semanalmente para acolher a hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, todas as quintas feiras na tarde, com agendamento de até 15 usuários.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Deverão ser realizados encontros na comunidade mensalmente na nossa área de abrangência, onde orientaremos à comunidade, principalmente a hipertensos e diabéticos sobre a importância de assistir às consultas programadas para melhor acompanhamento dessas doenças.

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

Detalhamento: Durante as atividades em grupo e visitas, realizaremos uma escuta adequada das estratégias que a comunidade possa implementar para evitar as faltas às consultas.

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Durante a consulta, o médico deverá esclarecer os hipertensos à periodicidade estabelecida na unidade para realização das consultas (a cada 6 meses). Os ACS durante o cadastramento e visitas domiciliares deverão informar à comunidade, hipertensos e diabéticos sobre a nova periodicidade de consultas que foi implantada na unidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com diabetes quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico realizará capacitação a ACS quanto à importância da realização periódica das consultas em hipertensos e diabéticos e sobre a periodicidade com que serão realizadas na unidade, para que posteriormente possam orientar os usuários.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

Detalhamento: A enfermeira e ACS realizarão mensalmente avaliação da qualidade dos registros nos prontuários e fichas espelhos de hipertensos, de modo a permitir calcular os indicadores através da planilha de coleta de dados e identificar usuários que não estão realizando o acompanhamento adequado.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável por repassar os dados dos cadastros e atendimentos realizados para os sistemas da Secretaria de Saúde, de forma a manter os registros atualizados.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada uma ficha espelho para acompanhamento de hipertensos na unidade, na qual estarão registrados os dados como nome completo, idade, data de nascimento, endereço, fatores de risco cardiovascular, data de consulta e de indicação dos exames complementares, tratamento que está realizando e data da próxima consulta e registro das ações realizadas.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações

Detalhamento: Orientar a equipe sobre as novas formas de registro das informações de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira e uma ACS serão as responsáveis pelo monitoramento dos registros do programa.

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: Após realizar revisão dos prontuários a cada três meses, serão sinalizados em vermelho aqueles com atraso nas consultas, exames e com exame clínico incompleto e falta de estratificação de risco cardiovascular, desta forma poderão ser buscados para melhor avaliação e acompanhamento.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: O médico deverá informar durante as consultas os registros que estão sendo desenvolvidos na unidade e sobre o direito que o usuário tem de mantê-los atualizados e de solicitar uma segunda via quando necessário. Durante as visitas domiciliares, os ACS orientarão a toda a comunidade sobre os registros para hipertensos e diabéticos que estão sendo desenvolvidos na unidade e possibilidade de solicitar segunda via se necessária.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa

Detalhamento: O médico será responsável pela capacitação da equipe para realizar corretamente os registros de hipertensos e diabéticos a cada ação realizada com esses usuários na unidade.

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

Detalhamento: O médico será responsável pela capacitação da equipe para realizar corretamente os registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas na unidade, como por exemplo, registro de peso, altura, IMC, avaliação nutricional, exame físico dos pés, medida da sensibilidade, palpação de pulsos periféricos, exame bucal, estratificação de risco cardiovascular.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: A enfermeira e ACS realizarão mensalmente avaliação da qualidade dos registros nos prontuários e fichas espelhos de hipertensos, de modo a permitir calcular os indicadores através da planilha de coleta de dados e identificar usuários que não estão realizando o acompanhamento adequado.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável por repassar os dados dos cadastros e atendimentos realizados para os sistemas da Secretaria de Saúde, de forma a manter os registros atualizados.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada uma ficha espelho para acompanhamento de diabéticos na unidade, na qual estarão registrados os dados como nome completo, idade, data de nascimento, endereço, fatores de risco cardiovascular, data

de consulta e de indicação dos exames complementares, tratamento que está realizando e data da próxima consulta e registro das ações realizadas.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Orientar a equipe sobre as novas formas de registro das informações de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira e uma ACS serão as responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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: Após realizar revisão dos prontuários a cada mês, serão sinalizados em vermelho aqueles com atraso nas consultas, exames e com exame clínico incompleto e falta de estratificação de risco cardiovascular, desta forma poderão ser buscados para melhor avaliação e acompanhamento.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: O médico deverá informar durante as consultas os registros que estão sendo desenvolvidos na unidade e sobre o direito que o usuário tem de mantê-los atualizados e de solicitar uma segunda via quando necessário. Durante as visitas domiciliares, os ACS orientarão a toda a comunidade sobre os registros para hipertensos e diabéticos que estão sendo desenvolvidos na unidade e possibilidade de solicitar segunda via se necessária.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa diabética.

Detalhamento: O médico será responsável pela capacitação da equipe para realizar corretamente os registros de hipertensos e diabéticos a cada ação realizada com esses usuários na unidade.

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

Detalhamento: O médico será responsável pela capacitação da equipe para realizar corretamente os registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas na unidade, como por exemplo, registro de peso, altura, IMC, avaliação nutricional, exame físico dos pés, medida da sensibilidade, palpação de pulsos periféricos, exame bucal, estratificação de risco cardiovascular.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Mensalmente, o médico e enfermeira deverão realizar avaliação dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados para monitorar a realização da estratificação de risco cardiovascular pelo menos uma vez ao ano nos hipertensos, identificando aqueles que devem ser buscados para sua realização.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Os hipertensos avaliados como sendo de alto risco terão possibilidade de agendamento priorizado para consulta.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: No horário que foi estabelecido para o atendimento dos usuários provenientes da busca ativa de faltosos à consulta, serão estabelecidas 5 vagas para o atendimento dos usuários com alto risco cardiovascular, ficando 10 vagas para o acolhimento dos faltosos à consulta.

Engajamento Público

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

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão informar a hipertensos e diabéticos durante as consultas sobre seus riscos cardiovasculares e a importância de manter um acompanhamento regular nas consultas. Durante as visitas domiciliares toda a equipe deverá orientar os usuários identificados com alto risco cardiovascular sobre a importância de assistir às consultas para acompanhamento regular de suas doenças.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico e enfermeira serão os responsáveis por esclarecer durante as consultas os hipertensos sobre a importância de adotar hábitos dietéticos saudáveis, praticar exercícios físicos e eliminar hábitos tóxicos como tabagismo e alcoolismo. Durante as visitas domiciliares, os ACS também realizarão essas orientações. Na unidade, toda a equipe deverá realizar atividades de promoção em saúde na sala de espera sobre esses aspectos.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham e os principais órgãos que são afetados pela hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre a importância de realizar um registro adequado dessa avaliação.

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe para reconhecer os fatores de risco modificáveis e as estratégias para o controle dos mesmos.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Mensalmente, o médico e enfermeira deverão realizar avaliação dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados para monitorar a realização da estratificação de risco cardiovascular pelo menos uma vez ao ano nos diabéticos, identificando aqueles que devem ser buscados para sua realização.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Os hipertensos avaliados como sendo de alto risco terão possibilidade de agendamento priorizado para consulta.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: No horário que foi estabelecido para o atendimento dos usuários provenientes da busca ativa de faltosos à consulta, serão estabelecidas 5 vagas para o atendimento dos usuários com alto risco cardiovascular, ficando 10 vagas para o acolhimento dos faltosos à consulta.

Engajamento Público

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

Detalhamento: O médico e enfermeira deverão informar a hipertensos e diabéticos durante as consultas sobre seus riscos cardiovasculares e a importância de manter um acompanhamento regular nas consultas. Durante as visitas domiciliares toda a equipe deverá orientar os usuários identificados com alto risco cardiovascular sobre a importância de assistir às consultas para acompanhamento regular de suas doenças.

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. **Detalhamento:** O médico e enfermeira serão os responsáveis por esclarecer durante as consultas os diabéticos sobre a importância de adotar hábitos dietéticos saudáveis, praticar exercícios físicos e eliminar hábitos tóxicos como tabagismo e alcoolismo. Durante as visitas domiciliares, os ACS também realizarão essas orientações. Na unidade, toda a equipe deverá realizar atividades de promoção em saúde na sala de espera sobre esses aspectos.

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 dos pés.

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham e os principais órgãos que são afetados pela hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre a importância de realizar um registro adequado dessa avaliação.

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe para reconhecer os fatores de risco modificáveis e as estratégias para o controle dos mesmos.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos hipertensos para monitorar a realização de orientação nutricional a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade usando as instituições sociais existentes (igrejas, creches e associações de bairro), para desenvolver atividades de educação em saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Deverá ser solicitada, através da conversa com o gestor, a participação de um nutricionista nas atividades coletivas que envolvem orientações sobre alimentação.

Engajamento Público

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Durante as consultas, os hipertensos serão orientados sobre a importância de manter uma alimentação saudável para um melhor controle do peso corporal e saúde geral. Os ACS orientarão durante as visitas domiciliares a

comunidade e esses usuários em especial. Deverão ser realizados encontros com usuários hipertensos e diabéticos da comunidade para oferecer essas orientações, além da utilização dos murais existentes na unidade para divulgação de temas de saúde relacionados a hábitos alimentares e dieta adequada.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre alimentação saudável em hipertensos e diabéticos, orientando a dieta estabelecida segundo os protocolos para usuários hipertensos.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com diabetes.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos diabéticos para monitorar a realização de orientação nutricional a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade usando as instituições sociais existentes (igrejas, creches e associações de bairro), para desenvolver atividades de educação em saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Deverá ser solicitada, através da conversa com o gestor, a participação de um nutricionista nas atividades coletivas que envolvem orientações sobre alimentação.

Engajamento Público

Ação: Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Durante as consultas, os diabéticos serão orientados sobre a importância de manter uma alimentação saudável para um melhor controle do peso corporal e saúde geral. Os ACS orientarão durante as visitas domiciliares a comunidade e esses usuários em especial. Deverão ser realizados encontros com usuários hipertensos e diabéticos da comunidade para oferecer essas orientações, além da utilização dos murais existentes na unidade para divulgação de temas de saúde relacionados a hábitos alimentares e dieta adequada.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre alimentação saudável em hipertensos e diabéticos, orientando a dieta estabelecida segundo os protocolos para os usuários diabéticos.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos hipertensos para monitorar a realização de orientação para atividade física regular a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade usando as instituições sociais existentes (igrejas, creches e associações de bairro), para desenvolver atividades de educação em saúde incluindo orientações sobre atividade física. Deverão ser organizadas pela equipe atividades desportivas e recreativas, utilizando as instituições desportivas existentes na comunidade, e convocando a participação de hipertensos e diabéticos para estimular a realização de atividade física.

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

Detalhamento: Será solicitada através da conversa com o gestor a participação de um educador físico nas atividades coletivas que envolvem orientações sobre atividade física.

Engajamento Público

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Durante as consultas, os hipertensos serão orientados sobre a importância de praticar exercícios físicos regularmente para um melhor controle do peso corporal e saúde geral. Os ACS orientarão durante as visitas domiciliares a comunidade e esses usuários em especial. Deverão ser realizados encontros com usuários hipertensos e diabéticos da comunidade para oferecer essas orientações,

além da utilização dos murais existentes na unidade para divulgação de temas de saúde relacionados à realização de atividade física.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre os tipos de exercícios físicos que podem e devem ser realizados pelos diabéticos.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos diabéticos para monitorar a realização de orientação para atividade física regular a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade usando as instituições sociais existentes (igrejas, creches e associações de bairro), para desenvolver atividades de educação em saúde incluindo orientações sobre atividade física. Deverão ser organizadas pela equipe atividades desportivas e recreativas, utilizando as instituições desportivas existentes na comunidade, e convocando a

participação de hipertensos e diabéticos para estimular a realização de atividade física.

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

Detalhamento: Será solicitada Será solicitada através da conversa com o gestor a participação de um educador físico nas atividades coletivas que envolvem orientações sobre atividade física.

Engajamento Público

Ação: Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Durante as consultas, os hipertensos serão orientados sobre a importância de praticar exercícios físicos regularmente para um melhor controle do peso corporal e saúde geral. Os ACS orientarão durante as visitas domiciliares a comunidade e esses usuários em especial. Deverão ser realizados encontros com usuários hipertensos e diabéticos da comunidade para oferecer essas orientações, além da utilização dos murais existentes na unidade para divulgação de temas de saúde relacionados à realização de atividade física.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico realizará capacitação da equipe sobre os tipos de exercícios físicos que podem e devem ser realizados pelos diabéticos.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos hipertensos para monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Através da conversa com o gestor, deverá ser solicitada a adesão da unidade ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, bem como a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeira orientarão os hipertensos tabagistas nas consultas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Também durante as visitas domiciliares, a equipe orientará usuários e seus familiares sobre a existência desse tratamento. Através de murais existentes na unidade, faremos divulgação sobre este tratamento e sobre os malefícios provocados pelo tabagismo para a saúde.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe sobre o tratamento existente para abandonar o tabagismo.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com diabetes.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos diabéticos para monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Através da conversa com o gestor, deverá ser solicitada a adesão da unidade ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, bem como a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeira orientarão os diabéticos tabagistas nas consultas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Também durante as visitas domiciliares, a equipe orientará usuários e seus familiares sobre a existência desse tratamento. Através de murais existentes na unidade, faremos divulgação sobre este tratamento e sobre os malefícios provocados pelo tabagismo para a saúde.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe sobre o tratamento existente para abandonar o tabagismo.

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

Detalhamento: O médico será o responsável por realizar capacitação da equipe em relação às formas de realizar educação em saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos hipertensos para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Será reservado um tempo médio de cinco minutos antes de finalizar a consulta para realizar orientação individual sobre saúde bucal.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O odontólogo da unidade deverá realizar palestras na própria sala de espera e durante as consultas explicando a hipertensos e diabéticos sobre a importância de manter uma adequada higiene bucal. A equipe deverá colaborar neste processo de educação em saúde durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O odontólogo capacitará a equipe sobre as orientações que deverão ser oferecidas aos usuários para manter uma adequada higiene bucal, como formas de escovação e necessidade de avaliação periódica.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Serão avaliados a cada mês pela enfermeira os registros dos prontuários, fichas espelhos e planilha de coleta de dados dos diabéticos para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a esses usuários. A tarefa poderá ocorrer com auxílio de toda a equipe na sala de reuniões da unidade.

Organização e Gestão do Serviço

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

Detalhamento: Será reservado um tempo médio de cinco minutos antes de finalizar a consulta para realizar orientação individual sobre saúde bucal.

Engajamento Público

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O odontólogo da unidade deverá realizar palestras na própria sala de espera e durante as consultas explicando a hipertensos e diabéticos sobre a importância de manter uma adequada higiene bucal. A equipe deverá colaborar neste processo de educação em saúde durante as consultas médicas e visitas domiciliares, frisando a importância de evitar infecção bucal nos diabéticos para manter controlada a doença.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: O odontólogo capacitará a equipe sobre as orientações que deverão ser oferecidas aos usuários para manter uma adequada higiene bucal, como formas de escovação e necessidade de avaliação periódica.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. - Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Milicos.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 - Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: 2.4. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de controle aos hipertensos e diabéticos, serão adotados os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica 36 para controle da Diabetes Mellitus e 37 para controle da Hipertensão Arterial. BRASÍLIA-DF, 2013).

Será utilizada uma ficha espelho específica para hipertensos e diabéticos confeccionada pelo curso de especialização e um registro específico em prontuário que foi implantado na unidade, para o controle dessas doenças, onde serão registradas todas as informações necessárias para o monitoramento e avaliação final dos indicadores de saúde.

Para que a intervenção inicie com a equipe preparada para realizar as ações programadas, deverão ser realizadas capacitações da equipe já previamente ao início da intervenção e que se estenderão ao longo deste período. As capacitações da equipe serão de duas horas e ocorrerão no horário da tarde, logo após terminar a reunião da equipe, a cada 15 dias, sendo de responsabilidade do médico, com participação também da enfermeira e do odontólogo.

Começaremos as capacitações apresentando o Programa e abordando a cada encontro subsequente o protocolo para o controle da hipertensão e diabetes que será adotado na unidade e o protocolo do caderno de atenção básica, mostrando aspectos básicos relacionados ao acolhimento humanizado, as linhas de cuidados desses usuários, importância e técnica da realização dos exames

complementares e exame físico completo, sobretudo dos pés em usuários com diabetes como preconizado pelo MS, visitas domiciliares, cadastramento e registro adequado e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, incluindo também o uso de uma ficha espelho específica para cada usuário onde serão registradas todas as informações sobre controle dessas doenças. As técnicas de enfermagem deverão ser capacitadas quanto à forma correta da medida da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, além da realização do hemoglicoteste. Os ACS passarão por capacitações especiais para que possam realizar cadastro, busca ativa e orientações dos usuários nas visitas domiciliares. Também serão abordados assuntos como alimentação saudável, atividade física, tabagismo e saúde bucal, para que a equipe esteja preparada para repassar esses tipos de orientações aos usuários. No primeiro momento de capacitação, já deverá ser disponibilizado o protocolo a serem utilizados e definidas as atribuições de cada profissional na intervenção.

Para as atividades de capacitação, precisaremos de computador, aparelho multimídia, tela para projeção e sala de reuniões com os recursos mínimos necessários para acomodar a equipe e poder realizar uma capacitação com qualidade, sendo alguns destes recursos solicitados à gestão.

A cada três meses, deverá ser realizada uma atividade específica de atualização dos profissionais da equipe que abordará o tratamento da Hipertensão e Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde. O médico e enfermeira serão os responsáveis pela capacitação, após terminar a intervenção continuaremos realizando atualização à equipe neste aspecto, pelo qual a próxima deverá ser realizada no mês de Março.

Para possibilitar o bom desenvolvimento da intervenção, realizaremos antes da primeira semana da intervenção uma reunião com o gestor, que será realizada na UBS, em um dia e horário correspondentes ao da reunião da equipe. Toda a equipe deverá participar desta atividade, onde o projeto de intervenção seja apresentado e o gestor será informado sobre a nova proposta de organização do serviço, com maior disponibilidade de agenda para avaliação e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na unidade. Será solicitada a impressão do protocolo que será utilizado no programa implantado na unidade e das fichas espelho, bem como os materiais e recursos necessários para divulgação do projeto, realização das capacitações da equipe, atendimentos e exame clínico adequado dos hipertensos e diabéticos na

unidade (esfigmomanômetro, manguitos adequados para usuários obesos, fita métrica, monofilamento 10g para exame dos pés, hemoglicoteste), entre outros. Também através da conversa com o gestor, deverá ser solicitada a adesão da unidade ao Programa Nacional de Controle do tabagismo do MS.

Para melhorar o registro das informações, já foram solicitados ao gestor cadernos onde realizaremos um registro específico para o cadastramento dos usuários, onde serão registrados os seguintes dados (nome completo, idade, endereço, data de nascimento, data da consulta e exames complementares, medicamentos que utiliza, estratificação de risco cardiovascular). O recadastramento da população é de responsabilidade do ACS.

Para um melhor controle e monitoramento desses usuários, será adotado um arquivo específico para esses registros, o que será também solicitado ao gestor de saúde. Este arquivo será identificado e será de uso exclusivo para registros dos hipertensos e diabéticos.

Inicialmente, a enfermeira ou técnica de enfermagem revisarão os prontuários específicos e fichas espelhos desses usuários na unidade realizarão o monitoramento da situação dos hipertensos e diabéticos em acompanhamento na unidade. Esta atividade será realizada na sala de reuniões, podendo ocorrer também em conjunto com os agentes comunitários de saúde, sendo necessário que a sala tenha cadeiras em quantidade suficiente e uma mesa de escritório.

Será feita sinalização em vermelho e anexada uma anotação nos prontuários daqueles com consultas e/ou exames atrasados (segundo o protocolo adotado na unidade e periodicidade recomendada), com exame clínico incompleto e falta de estratificação de risco cardiovascular, sendo que dessa forma poderão ser buscados para melhor avaliação e acompanhamento.

Os ACS serão orientados a realizar maior número de visitas domiciliares para localizar aqueles usuários que estejam com atraso na realização de consultas ou exames, devendo entregar por escrito o número de domicílios visitados e nome e endereço dos usuários visitados, sendo possível fazer marcação da consulta na unidade ou até mesmo programar uma visita domiciliar com a presença do médico.

As marcações das consultas serão de responsabilidade da enfermeira e será estabelecido um horário específico para atendimento dos usuários provenientes da busca ativa, que ocorrerá todas as quartas-feiras, no horário da tarde, quando serão avaliados de 10 a 15 pacientes com atraso nas consultas e/ou na realização dos

exames complementares. As consultas odontológicas serão nas quintas-feiras à tarde.

Todos os prontuários e fichas espelho deverão conter as informações atualizadas, o que será verificado na última quarta-feira de cada mês, pelo médico ou pela enfermeira, de forma a poder monitorar, além da cobertura, a qualidade das ações e dos registros realizados, podendo incluir no programa aqueles hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS que estão sem acompanhamento adequado ou que estão com alguma ação em atraso.

A enfermeira será a responsável por repassar os dados dos cadastros e atendimentos realizados semanalmente para os sistemas da Secretaria de Saúde, de forma a manter os registros atualizados.

Os usuários avaliados como sendo de alto risco terão possibilidade de agendamento priorizado para consulta. No horário que foi estabelecido para o atendimento dos usuários provenientes da busca ativa de faltosos à consulta, serão estabelecidas 5 vagas para o atendimento dos usuários com alto risco cardiovascular, ficando 10 vagas para o acolhimento dos faltosos à consulta.

Os usuários hipertensos e diabéticos que chegarem à unidade procurando atendimento serão acolhidos pela enfermeira ou técnica de enfermagem. As mesmas revisarão os registros específicos (prontuários e fichas espelhos), identificarão aqueles com atraso ou falta de realização de consulta e exames complementares, agendando de forma imediata a realização de consulta médica.

Em seguida, o usuário passará pela triagem junto à técnica de enfermagem para realizar pesagem, medida de altura e circunferência abdominal. A mesma vai registrar os dados nos prontuários e o médico, nas consultas, realizará o cálculo do IMC e definirá a valoração nutricional do usuário. Em um momento inicial, quando possível, o médico deverá ficar na sala de triagem junto à enfermeira e técnicas para avaliar se este processo está ocorrendo de acordo com o protocolo. Esta triagem deverá ser realizada em condições adequadas de higiene e ventilação, com todos os materiais e recursos necessários (esfigmomanômetro, manguito apropriado para usuários obesos, balança para adultos e fita métrica).

Durante as consultas o médico deverá realizar exame físico adequado, com especial ênfase no exame dos pés em diabéticos (palpação dos pulsos tibial posterior, pedioso, sensibilidade), solicitação de exames complementares, estratificação de risco cardiovascular e avaliação da necessidade de atendimento

odontológico, informando ao odontólogo da unidade para agendamento de consultas para esses usuários. Após os exames clínicos e avaliação dos exames complementares, será estabelecida a conduta terapêutica e encaminhamento para avaliação de outras especialidades daqueles com difícil controle da doença ou com alguma complicação que precise de avaliação por alguma especialidade, sempre coordenando através da conversa com o gestor para garantir a marcação das consultas se for necessário viajar para fora da cidade. Será solicitado ao especialista uma contra-referência da consulta realizada para um melhor acompanhamento na unidade. Ao finalizar cada consulta, o médico deverá realizar as orientações sobre a doença, riscos, importância da alimentação adequada e prática de exercícios, além de informar sobre a data dos próximos exames e consulta de reavaliação.

Toda a equipe será responsável pela divulgação do programa, incluindo a recepcionista, os agentes comunitários e os demais integrantes da equipe. Durante as consultas, médico, enfermeira, técnica de enfermagem e odontólogo explicarão sobre o programa e a importância do acompanhamento regular. Os ACS também farão essa orientação durante as visitas domiciliares. Para garantir que toda a comunidade fique informada sobre o programa, será feita a divulgação nos jornais e através do Facebook da prefeitura, explicando a periodicidade da realização dos exames complementares, a importância dos mesmos e informando à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Também será usado material impresso (panfletos) com divulgação do programa e que abordem temas pontuais como os principais fatores de risco dessas doenças e como modificá-los, importância do acompanhamento regular e realização de exames. A impressão será realizada pela gestão.

Será feita utilização dos murais existentes na unidade para divulgação de temas de saúde relacionados a hábitos alimentares, dieta adequada, prática regular de atividade física e malefícios provocados pelo tabagismo. Além disso, na unidade, toda a equipe deverá realizar atividades de promoção em saúde na sala de espera sobre esses aspectos.

Mensalmente, em cada bairro de nossa área de abrangência será realizado um encontro com todos os hipertensos e diabéticos, aproveitando para isso as instituições sociais (igrejas, creches, associações de bairros). Os responsáveis pela atividade serão o médico, enfermeira e os agentes comunitários, que também farão a divulgação da atividade e convocação da comunidade para participar.

Nesses encontros serão desenvolvidas atividades de educação em saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática regular de atividade física e sobre os malefícios do tabagismo. Através da conversa com o gestor, será solicitada a participação de um nutricionista e educador físico nessas atividades coletivas. Outros temas também serão abordados nas atividades em grupo, tais como fatores de risco para essas doenças, periodicidade recomendada para consultas e exames, importância de manter controle adequado da doença, entre outros.

Durante esses encontros e nas visitas domiciliares, a equipe deverá escutar propostas sobre estratégias que possam ser adotadas na unidade para evitar evasão daqueles que não realizam os exames ou têm atrasada a consulta. Também orientará os hipertensos e diabéticos que realizam acompanhamento no programa sobre o direito de manter os registros atualizados na unidade e sobre a possibilidade de solicitar uma segunda via em caso de precisar mostrar resultados ou outros dados para outro médico.

Deverão ser organizadas mensalmente pela equipe atividades desportivas e recreativas, utilizando as instituições desportivas existentes na comunidade e convocando a participação de hipertensos e diabéticos para estimular a realização de atividade física.

Durante as consultas, hipertensos e diabéticos serão orientados sobre seus riscos cardiovasculares e a importância de manter um acompanhamento regular nas consultas. Durante as visitas domiciliares toda a equipe deverá orientar os usuários identificados com alto risco cardiovascular sobre a importância de assistir às consultas para acompanhamento regular de suas doenças.

Também durante as consultas e visitas domiciliares, os hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância de manter uma alimentação saudável e prática regular de atividade física, para um melhor controle do peso corporal e saúde geral. Também serão orientados sobre os malefícios provocados pelo tabagismo para essas doenças.

2.3.4 Cronograma/

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião com gestor municipal para apresentar programa	X											
Contato com as lideranças comunitárias	X	X										
Capacitação da equipe sobre o protocolo e definição da atribuição de cada profissional no Programa	X	X		X		X		X		X		X
Atendimento clínico e cadastramento dos usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização da agenda dos profissionais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares para busca de usuários faltosos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades de educação em saúde		X				X				X		
Monitoramento e Avaliação da intervenção					x				x			
Reunião com gestor municipal para apresentar programa	X											
Contato com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do programa	X	X										
Capacitação da equipe sobre o protocolo e definição da atribuição	X	X		X		X		X		X		X
Atendimento clínico e cadastramento dos usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: (3/03/2016, 10/03/2016/15/03/2016).

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O dia 21/09/15 começou a intervenção sobre o controle a hipertensos e diabéticos na UBS Nosso Sonho, a equipe começou com muito entusiasmo o desenvolvimento da mesma, foi desenvolvido o projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção, prevenção e promoção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, em pessoas acima de vinte anos, residentes na área de abrangência da unidade.

Para o desenvolvimento do projeto foram definidos seis objetivos específicos com suas respectivas metas e ações, as quais foram desenvolvidas dentro dos eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

As ações que foram desenvolvidas integralmente foram:

A apresentação do projeto de intervenção os nossos gestores de saúde e solicitar os recursos e materiais necessários para garantir o desenvolvimento da intervenção, agilidade na realização dos exames, organizarem parcerias institucionais e adesão e compra dos medicamentos para o abandono do tabagismo. Contato com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do projeto e solicitar apoio para a realização das atividades coletivas a serem realizadas. Foi realizada uma reunião da equipe para apresentação do projeto e seus objetivos

As capacitações da equipe foram realizadas todas as quartas-feiras à tarde logo da reunião da equipe, com uma duração de duas horas, os temas abordados foram: os relacionados ao uso eficiente e correto dos protocolos utilizados na ação

programática, as atribuições de cada membro no desenvolvimento do projeto, formas de registro e preenchimento adequado da planilha de coleta de dados, e novo horário que seria estabelecido para o desenvolvimento do mesmo na unidade, quanto a acolhimento adequado a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na unidade, cadastramento das pessoas com essas doenças na área de abrangência, também foi realizada a capacitação teórica e prática à equipe enquanto ao procedimento de medida da pressão arterial e aferição dos sinais vitais, segundo o sétimo reporte da OMS, realização de exame clínico, solicitação de exames complementares segundo o protocolo utilizado da ESF, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, periodicidade das consultas, realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como da importância do registro desta avaliação. Também foram abordados temas como práticas de alimentação saudável, higiene bucal, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.



Figura 3: Monitoramento da Intervenção e capacitação da equipe

Foi realizado o preenchimento da planilha de coleta de dados (PCD) fornecida pelo curso, sendo cadastrados 59,2% (360) usuários com hipertensão arterial e 75,5% (117) usuários com diabetes mellitus, esses indicadores obtidos foram a partir dos dados fornecidos nesta planilha. Foi selecionado um responsável pelo monitoramento dos registros, e foram confeccionados folders, cartazes e panfletos com orientações relacionadas à HAS e ao DM.

A agenda de trabalho foi organizada para atendimento clínico, sendo disponibilizadas 15 vagas na quinta-feira pela manhã para consulta médica a hipertensos e diabéticos com atraso da consulta ou exames de controle proveniente da busca ativa pelos ACS. Durante a consulta médica foi realizado o exame clínico completo para cada usuário, avaliação do risco cardiovascular e dos pulsos periféricos sobre tudo em diabéticos, todas as anotações pertinentes às consultas foram realizadas nos prontuários e nas fichas espelhos, inclusive referentes à avaliação odontológica.



Figura 4: Avaliação de pulsos periféricos em usuária com Diabetes Mellitus.

O Odontólogo integrou-se ao projeto, e junto à enfermeira, organizaram a agenda de consulta para acolhimento e disponibilização de 6 vagas para atendimento odontológico nas sextas feiras á tarde para avaliação priorizada aos usuários com hipertensão e diabetes provenientes da busca ativa com necessidade de atendimento odontológico.

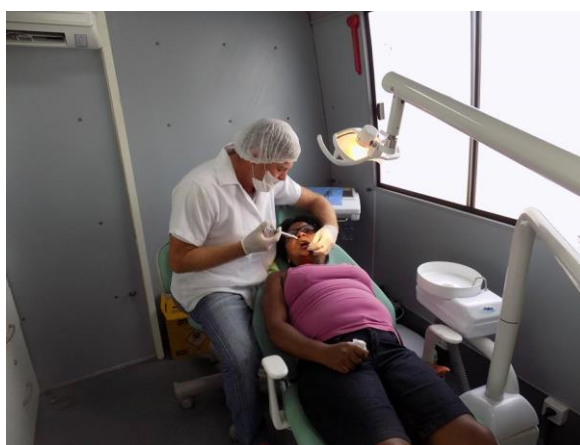


Figura 5: Atendimento odontológico a usuária com Hipertensão Arterial

Revisão dos prontuários com sinalização dos usuários com algum tipo de atraso e que devem ser buscados pela equipe.

Foram realizadas visitas domiciliares pela equipe para busca de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas ou com atraso na realização de exames de controle. Também foram desenvolvidas atividades de educação em saúde em nível individual tanto em consultas como visitas domiciliares.

A cada quatro semanas foi realizado o monitoramento da intervenção, a enfermeira em conjunto com o médico da ESF foram responsáveis pelo monitoramento e cumprimento da periodicidade das consultas, de acordo com o protocolo vigente na unidade. A participação da equipe nas estratégias de intervenção também foi monitorada durante as 12 semanas da intervenção.

Foram realizados todos os encontros na comunidade e orientamos sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância da avaliação da saúde bucal.

Na sala de espera aproveitamos para realizar atividades coletivas de educação em saúde enfatizando nos hipertensos e diabéticos, orientamos sobre hábitos alimentares adequados, prática regular de atividade física, e sobre os prejuízos do tabagismo e alcoolismo para essas doenças, com a participação nestas atividades do educador físico e a nutricionista. Mensalmente, em cada bairro de nossa área de abrangência foram realizados encontros com todos os hipertensos e diabéticos, para a orientação desses aspectos, aproveitando para isso as instituições sociais (igrejas, creches, associações de bairros).

Durante todo o processo de atendimento do usuário, dentro e fora da ESF foram fornecidos esclarecimentos quanto aos seus direitos e deveres, como por exemplo, o acesso aos seus registros de saúde e segunda via do atendimento, quando necessário.

Ao concluir o projeto 100% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento.

Algumas das ações que foram desenvolvidas parcialmente

Ao iniciar a intervenção não foi possível realizar teste de glicose na unidade, pois não tínhamos glicosímetro, depois de algumas semanas e logo da conversa com os gestores foi disponibilizado e conseguimos realizar controle de glicose durante a consulta aos diabéticos e para pesquisa ativa naqueles usuários com antecedentes familiares de diabetes mellitus.

Dentro das facilidades encontradas

Tivemos uma equipe engajada e comprometida com o projeto, e que participou ativamente nas atividades propostas no cronograma, com participação ativa dos ACS que garantiram levar até os usuários as informações sobre a existência do Projeto na unidade, convidando-os a participarem das palestras e reuniões com a comunidade, assim como na busca ativa de usuários faltosos ou com atraso da consulta.

Contamos com o apoio dos gestores para a divulgação das atividades desenvolvidas no programa a través da rádio, jornal. A Secretaria de Saúde disponibilizou os materiais necessários para produção de folhetos e cartazes no intuito de melhorar nossa comunicação com a população, a facilitação de recursos para realizar as palestras e encontros na comunidade.

A sala de espera dentro da própria UBS foi utilizada para as ações de promoção de saúde e prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, havendo orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, realizadas diariamente pela equipe. Foram realizados encontros com todos os hipertensos e diabéticos na comunidade para a orientação desses aspectos, aproveitando para isso as instituições sociais (igrejas, creches, associações de bairros).

Dificuldades enfrentadas na intervenção

Num início tive dificuldade na organização da agenda para atendimento clínico a hipertensos e diabéticos com atraso de consultas ou exames de controle, já que os atendimentos foram somente por demanda espontânea, não existindo um agendamento para o desenvolvimento das mesmas. Foi preciso chegar a um acordo em reuniões, conversas individuais com os gestores para o convencimento da ação, e felizmente conseguimos estabelecer esse horário. Nos casos de compensação o

atendimento é realizado imediatamente e posteriormente agendada consulta periódica, segundo o protocolo estabelecido na unidade.

Outra ação com dificuldade foi à busca ativa de usuários com HAS e DM faltosos a consulta ou com atraso na realização de exames de controle, pois muitos deles não tinham registro adequado nos prontuários. Logo das capacitações da equipe e avaliação dos registros existentes na unidade foi possível a identificação e busca ativa dos mesmos pelos ACS.

Outra dificuldade enfrentada foi a falta de conscientização dos usuários com hipertensão e diabetes da comunidade quanto à importância de um acompanhamento periódico adequado na unidade, e a pouca participação nas atividades e encontros realizados na comunidade durante a intervenção.

A falta de um educador físico influenciou na realização de práticas coletivas para o desenvolvimento de atividades físicas, porém durante a consulta e visita domiciliar foi orientado pela equipe sobre a importância da realização de exercícios físicos para manter um adequado peso corporal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na realização do projeto foram realizadas desde o controle dos usuários hipertensos e diabéticos até a realização da capacitação e a realização das ações de promoção e prevenção em saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação aos registros e uso da planilha de coleta de dados para o registro das ações das pessoas com hipertensão e diabetes atendidas durante a intervenção, ninguém tinha conhecimento de como fazer antes do projeto, foi preciso conversas, palestras e capacitação do pessoal envolvido sobre sua importância e como preenchê-la corretamente. No decorrer do Projeto toda a equipe tinha conhecimento e capacidade suficiente para o preenchimento da mesma. A Enfermeira é a responsável pelo registro e monitoramento de todos os dados

fornecidos pelas Agentes Comunitários de Saúde, Técnica de enfermagem, Odontólogo e Médico.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Considero que a ação programática continuará sendo desenvolvida na unidade já que a mesma forma parte da rotina dos serviços, com envolvimento de toda a equipe da ESF, agora com um trabalho mais integrado, organizado e um melhor acolhimento e atendimento aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Todas as quintas feiras pela manhã continuarão sendo atendidas 15 usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus que apresentem atraso da consulta ou dos exames de controle. De igual forma a avaliação dos usuários, exames de rotina de acordo com o protocolo e avaliação clínica incluindo a estratificação de risco cardiovascular deverão ser mantidos em cada consulta, pelo qual devem ter continuidade capacitações e/ou reuniões de equipe para proporcionar uma melhor qualificação científica dos integrantes da mesma.

Os ACS continuarão realizando as visitas domiciliares junto à enfermeira para a busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes com atraso na realização dos exames de controle ou atraso da consulta segundo o protocolo estabelecido na unidade. Também orientarão sobre a periodicidade das mesmas e realizarão atividades de promoção e educação em saúde em nível individual.

Continuaremos realizando encontros na comunidade para incentivar às pessoas com hipertensão e diabetes na realização da avaliação da saúde bucal, na modificação de hábitos alimentares, eliminação de hábitos tóxicos como tabagismo, consumo de álcool, e sobre a importância de praticar atividade física de forma regular para melhor controle do peso corporal.

Os gestores de saúde deverão continuar prestando o suporte necessário, para continuidade na realização do trabalho. Garantir materiais de apoio como folders educativos com temas em relação ao diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Acredito que com o trabalho continuado em equipe, atingiremos 100% de cobertura para um melhor controle dessas doenças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante os meses de setembro a dezembro de 2015 foi realizada uma intervenção na UBS Nosso Sonho, município São Gabriel, RS, que tratou sobre a melhoria das ações no controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na população adstrita. Segundo a planilha de coleta de dados, a estimativa de pessoas com hipertensão arterial com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS é 608, e com diabetes mellitus 150 pessoas. Após começar a desenvolver a intervenção foi realizado um novo cadastramento na área de abrangência e constatamos que temos 415 pessoas com hipertensão arterial com 20 anos ou mais e 155 com diabetes, foi a partir desses dados que começamos a desenvolver nossa intervenção.

A população adstrita é de aproximadamente 4.000 habitantes, a maior parte com renda econômica baixa, muito são beneficiados com o Programa Bolsa Família. A equipe é composta por um Médico clínico geral, uma Enfermeira, seis ACS, um odontólogo e auxiliar de saúde bucal. A equipe ficou completa até o final da intervenção, mas logo tivemos troca de enfermeiro, pois venceu o contrato da anterior.

Temos que sinalar que trabalhamos pelas estimativas da PCD, e que para atingir a meta de 100% devem-se cadastrar mais 248 pessoas com hipertensão e 38 com diabetes mellitus. No entanto, a população alvo que participou da intervenção e fez acompanhamento na UBS foi de 360 usuários e 117 com diabetes, o que totalizou uma cobertura de 59,2% e 75,5%, respectivamente. Alcançando ao final da

intervenção uma cobertura que está perto da meta proposta para o controle da Hipertensão que foi 60%, e que supera a meta estabelecida inicialmente para diabetes mellitus que foi 70%.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 - Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica, e o Diabetes Mellitus da UBS.

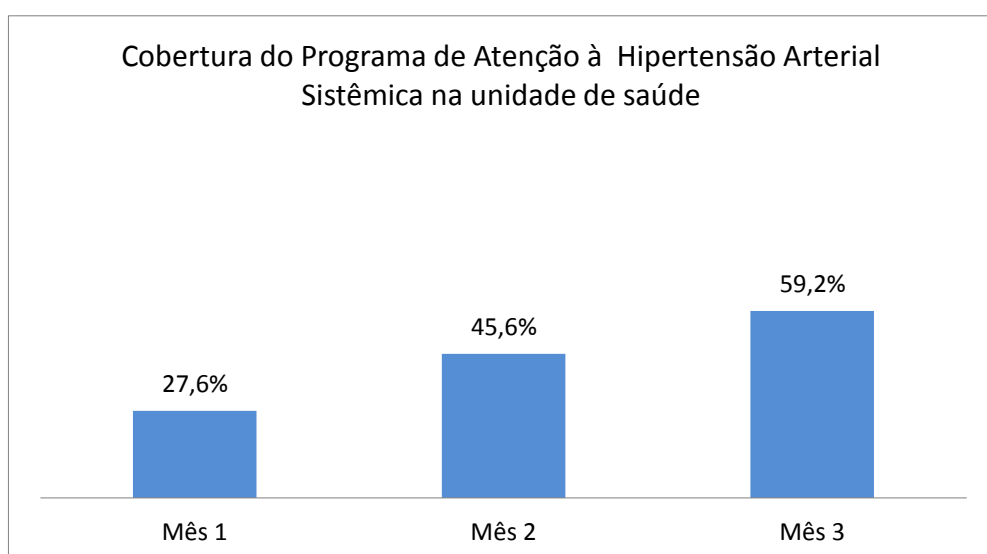


Figura 6. Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão arterial moradores no território e cadastrados no programa.

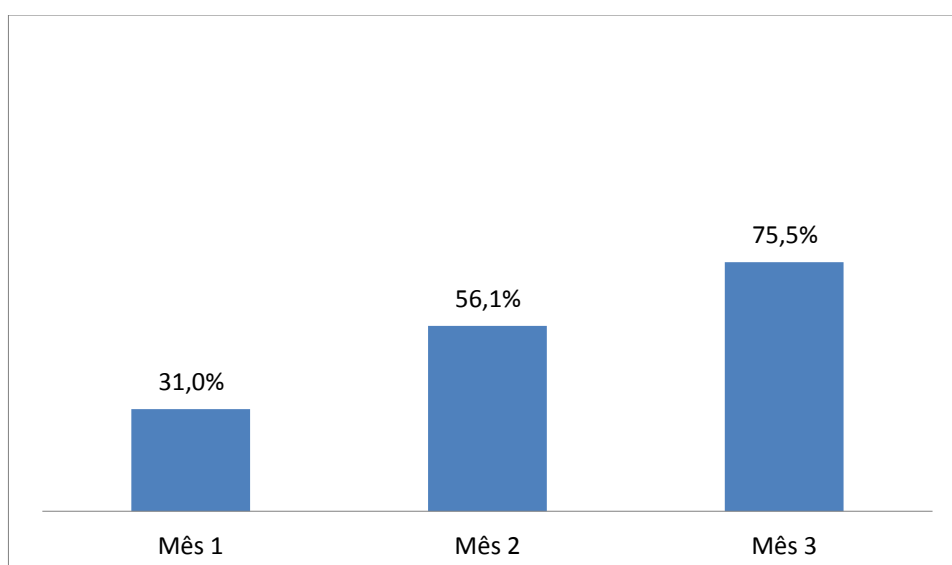


Figura 7. Gráfico da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e

cadastrados no programa.

No primeiro mês da intervenção foram cadastradas 168 pessoas com HAS (27,6%), e 48 com DM (31,0%). No segundo mês esse percentual se incrementou para 277 pessoas com HAS (45,6%) e 87 com DM (56,1%). No último mês da intervenção foram cadastradas 360 pessoas com HAS (59,2%), e 117 com DM (75,5%), superando a meta proposta para o controle da diabetes mellitus, não assim para hipertensão arterial.

Foi possível obter esses resultados devido ao trabalho integrado e organizado desenvolvido pela equipe, com destaque dos ACS que trabalharam intensamente na mobilização e o cadastramento das pessoas que já têm o diagnóstico de HAS e DM e daquelas que ainda não tinham esses diagnósticos. Além disso, aumentamos o número de visitas domiciliares procurando pessoas com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde, dessa forma foi possível assisti-las em seus domicílios. Não foi possível atingir 100% de cobertura para hipertensos e diabéticos neste período pelo curto tempo da intervenção, pois somente foram três meses. Atualmente com a continuidade do trabalho organizado em equipe estamos quase atingindo a 100 % de cobertura.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão.

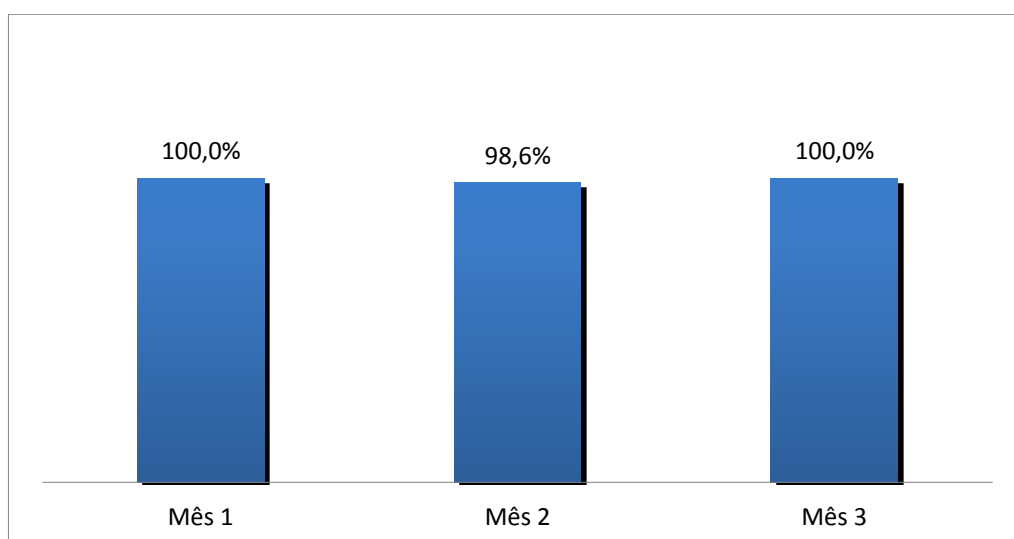


Figura 8. Proporção de pessoas com Hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês as 168 (100%) pessoas que fizeram consulta clínica, tiveram exame clínico realizado, no segundo mês das 277 pessoas que assistiram à consulta, 273 (98,6%) estiveram com exame clínico apropriado, e no último mês as 360 (100%) pessoas consultadas estiveram com exame clínico completo.

Durante o segundo mês foram identificadas 4 pessoas com exame clínico incompleto durante a consulta médica, mas com o trabalho desenvolvido pela equipe e com o trabalho do médico foi realizada consulta com qualidade realizando exame clínico completo segundo o protocolo. Isso permitiu que ao terminar a intervenção as 360 pessoas com hipertensão arterial que participaram da intervenção estiveram com exame clínico adequado segundo o protocolo, todos os dados foram preenchidos nos prontuários.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes.

As 117 (100%) pessoas com diabetes que fizeram consulta médica estiveram com exame clínico completo segundo o protocolo. As ações que permitiram atingir esses resultados foram: as capacitações à equipe durante toda a intervenção para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. A reorganização da agenda de trabalho, o qual permitiu estabelecer um dia específico para avaliação e acompanhamento a hipertensos e diabéticos, com disponibilidade de tempo para seguir todos os passos da consulta clínica segundo o preconizado no protocolo, favorecendo uma melhor qualidade do atendimento.

Os ACS incrementaram as visitas domiciliares, o que favoreceu orientar à comunidade sobre a importância e frequência preconizada para a realização da consulta e exames. Os exames laboratoriais foram indicados segundo critério médico e insistimos para sua realização por parte dos usuários.

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

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

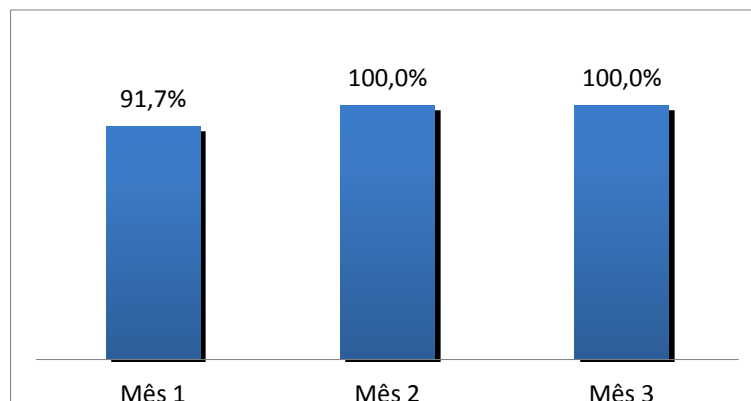


Figura 9. Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

No primeiro mês das 48 pessoas com diabetes que foram atendidas em consulta, 44 (91,7%) tinham exame dos pés em dia (avaliação dos pulsos pediosos, tibial posterior e medida da sensibilidade). No segundo mês as 87 pessoas com DM (100%), e no terceiro mês as 117 pessoas com DM (100%), estiveram com exame dos pés em dia. Como podem observar no primeiro mês da intervenção foram identificadas 4 pessoas com diabetes sem exame dos pés em dia, mas com o trabalho organizado em equipe foi possível atingir 100% com exame dos pés realizado. As ações que favoreceram atingir esses resultados foram: as capacitações da equipe para a realização de exame clínico apropriado dos pés nas pessoas com diabetes mellitus. Durante o segundo mês se incrementaram as visitas domiciliares para a busca de diabéticos com atraso da consulta e por tanto da realização do exame dos pés.

A reorganização da agenda de trabalho também permitiu a disponibilidade de tempo necessário para seguir todos os passos da consulta clínica segundo o preconizado no protocolo, favorecendo uma melhor qualidade do atendimento.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

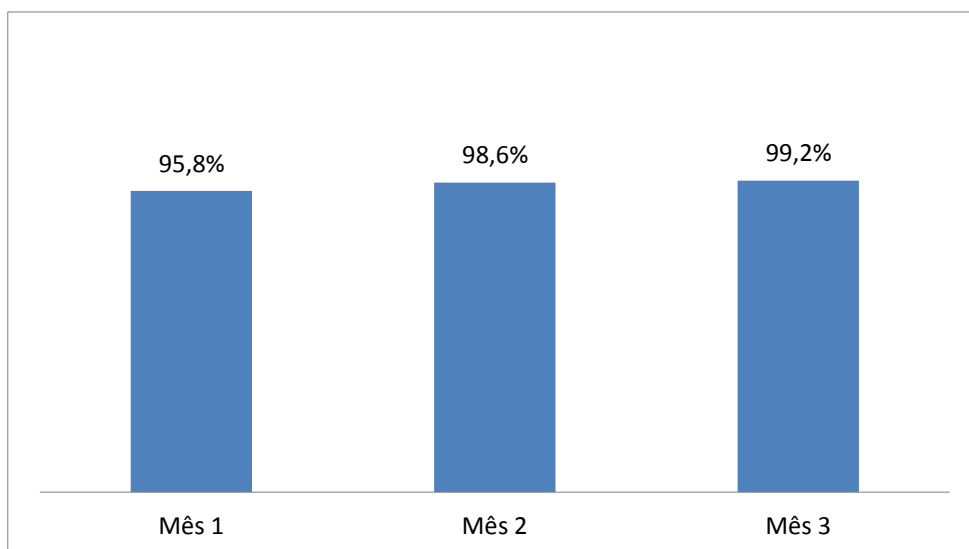


Figura 10. Proporção de pessoas com hipertensão, com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção das 168 pessoas cadastradas com HAS, 161 (95,8%) estavam com exames em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês das 277 pessoas com HAS, 273 (98,6%) tinham os exames em dia e no último mês das 360 pessoas com HAS, 357(99,2%) estão com os exames complementares em dia segundo o protocolo.

Podemos observar que não foi possível atingir 100% das pessoas com exames em dia, ficaram 3 pessoas com exames atrasados, porém os percentuais foram melhorando a cada mês. Isso foi possível devido às capacitações à equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Os ACS realizaram maior número de visitas domiciliares para orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade da realização dos exames complementares de acordo com o protocolo.

No início da intervenção existiam poucos laboratórios contratados pelo SUS no município para a realização dos mesmos, mas logo através da conversa com os gestores e mostrar o projeto para eles conseguiram incrementar o número de vagas para a realização dos exames em outros laboratórios que foram contratados pelo SUS. Também a falta de conhecimento das pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade e necessidade da realização dos exames para melhor acompanhamento da doença.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.5.Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/ realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

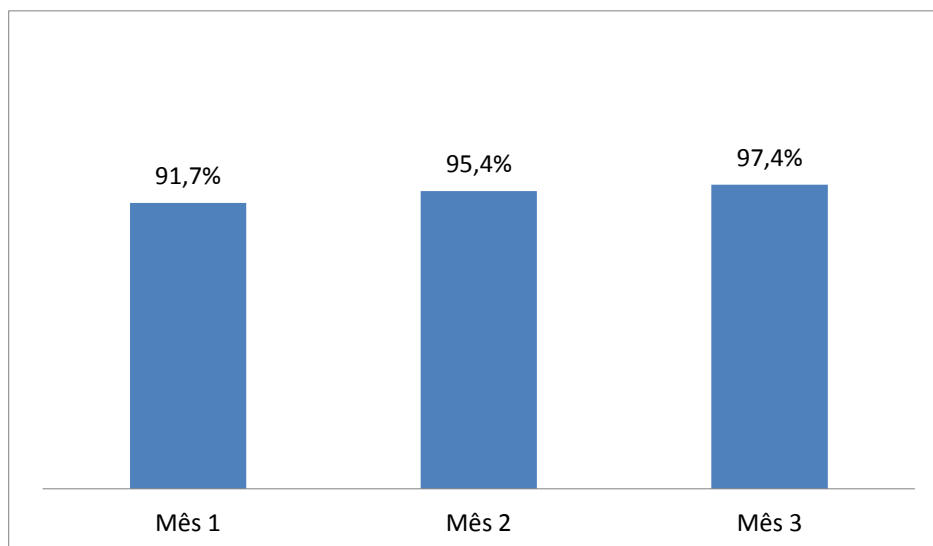


Figura 11. Gráfico da proporção de pessoas com diabetes, com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês das 48 pessoas cadastradas com DM, 44 (91,7%) estavam com exames complementares em dia, no segundo mês das 87 pessoas com DM, 83(95,4%) tinham os exames em dia e no terceiro mês das 117 pessoas com DM cadastradas, 114(97,4%) estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Como podemos observar não foi possível atingir 100% das pessoas com DM com exames complementares em dia. O que influenciou nesses resultados foi como expliquei na meta anterior, que no início da intervenção existiam poucos laboratórios contratados pelo SUS no município para a realização dos mesmos, mas logo através da conversa com os gestores e mostrar o projeto para eles conseguiram incrementar o número de vagas para a realização dos exames em outros laboratórios que foram contratados pelo SUS. Também o desconhecimento das pessoas sobre a periodicidade da realização dos mesmos.

Porem se pode observar que os percentuais foram melhorando a cada mês. Isso foi possível devido às capacitações à equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Os ACS realizaram maior numero de visitas domiciliares para orientar as pessoas com diabetes mellitus e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade da realização dos exames

complementares de acordo com o protocolo. Foram realizados encontros na comunidade onde as pessoas foram orientadas sobre a periodicidade preconizada para a realização dos exames complementares segundo o protocolo.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Nesses indicadores atingimos 100% de cobertura nos 3 meses da intervenção para a população com HAS e DM, pois todas as pessoas com necessidade de realizar tratamento medicamentoso tiveram acessibilidade aos medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular/ Hiperdia. Dos 360 hipertensos cadastrados no programa somente 4 não tiveram necessidade de consumir medicamentos por ter diagnóstico de hipertensão estágio I. Foi possível atingir esses resultados devido à colaboração de nossos gestores de saúde que garantiram a disponibilização dos medicamentos na rede básica.

Além do trabalho realizado pela equipe, com destaque dos ACS durante as visitas domiciliares que orientaram às pessoas com hipertensão e diabetes, e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, e possíveis alternativas para obter este acesso. O médico também colaborou neste aspecto durante as consultas médicas orientando a todas as pessoas com essas doenças.

Objetivo2. Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Todas as 360 pessoas com hipertensão e 117 com diabetes, que fizeram consulta clínica, tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico

desde o 1º mês de intervenção, conforme protocolo o que representa 100% de cobertura para esse indicador.

Antes da intervenção as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, não tinham realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante a consulta médica, muito poucos acudiram por sua conta para atendimento por essa especialidade. Após começar a intervenção, foram realizadas um conjunto de ações que permitiram atingir as metas propostas, primeiramente foi estabelecido pelo odontólogo um horário específico na unidade de saúde (sextas-feiras) à tarde para avaliação dos usuários com HAS e DM provenientes da busca ativa realizada pelo médico durante a consulta.

Foi realizada capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes, o que favoreceu que os ACS durante as visitas domiciliares orientaram os usuários sobre a importância da avaliação da saúde bucal. Os mesmos foram capazes de identificar algumas pessoas com doenças bucais sobre todo em usuários com diabetes mellitus, sendo agendadas as consultas de forma imediata para avaliação pelo odontólogo. Foi orientada a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com essas doenças.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosa à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

Os resultados referentes à proporção de pessoas com HAS e com DM faltosos às consultas com busca ativa também foram constantes, mantendo-se em 100% deste indicador em todos os meses. As ações que permitiram atingir esses resultados foram: monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), mediante avaliação de prontuários e registros existentes na unidade, capacitação dos ACS para a orientação às pessoas com hipertensão e diabetes quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Também foram organizadas e realizadas visitas domiciliares pela equipe para a busca dos faltosos, sendo avaliados no domicílio aqueles com alguma

deficiência física, acamados ou com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde. Realizamos reorganização da agenda de trabalho para acolher as pessoas com hipertensão/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares, para o qual foram estabelecidas 15 vagas para as quintas-feiras pela manhã.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

O quarto objetivo do Projeto de Intervenção, foi melhorar o registro de informações dos usuários cadastrados no Programa, para isso mantínhamos uma rotina de preenchimento da ficha de acompanhamento (planilha de coleta de dados, ficha espelho e prontuário clínico). Nesses indicadores 360 (100%) usuários hipertensos e os 117(100%) usuários com diabetes que fizeram consulta estiveram com registros adequados na ficha de acompanhamento. As ações que permitiram atingir esses resultados foram: capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros e procedimentos clínicos realizados nas consultas, necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. Realizamos monitoramento mensalmente da qualidade dos registros (prontuários, planilhas de coleta de dados e fichas espelhos) das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS. Definimos dentro da equipe um responsável pelo monitoramento dos registros, a ACS Morgana Barretos dos Reis, organizamos um sistema de registro que viabilizou 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, pelo que esses prontuários foram sinalizados em vermelho, o qual facilitou a busca ativa dessas pessoas e a realização de consulta com qualidade com registro desses aspectos.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

O quinto objetivo da Intervenção foi mapear pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular; a meta inicial seria realizar estratificação desse risco para 100% das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus da área adstrita.

Todas as 360 pessoas com hipertensão e 117 com diabetes, que fizeram consulta clínica durante os três meses da intervenção, tiveram realizada a estratificação de risco cardiovascular, sendo classificado segundo Escore de Risco de Framingham em categorias: baixa, moderada e alta. Os usuários que apresentaram alto risco cardiovascular (score superior a 20%) irão a receber seguimento mensal e foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista.

Foi possível atingir as metas propostas já que a equipe desenvolveu um conjunto de ações entre elas: monitoramento mensalmente do número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para isso realizamos a revisão de prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes existentes na unidade, o que permitiu identificar aqueles que não tinham realizada essa avaliação pelo menos uma vez por ano, foram buscados e realizamos consulta médica com qualidade. Foi capacitada a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Realizamos encontros na comunidade para esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes e comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

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

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Foram propostas metas para garantir a 100% desses usuários com orientações quanto à alimentação saudável, e as mesmas foram atingidas sem

dificuldade. Receberam essas orientações 360(100%) dos usuários com hipertensão e 117(100%) dos usuários com diabetes. As ações que permitiram atingir as metas propostas foram: capacitação à equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável, e sobre metodologias de educação em saúde, organização e realização de práticas coletivas sobre alimentação saudável. Não foi possível envolver a nutricionista nesta atividade, porém os usuários identificados durante a consulta com obesidade foram encaminhados para avaliação por essa especialidade. Foram realizados encontros na comunidade para orientar pessoas com hipertensão/e ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Garantimos que 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação em relação à prática regular de atividade física nos três meses da intervenção. Ou seja, os 360 (100%) dos usuários com hipertensão e os 117(100%) dos usuários com diabetes receberam orientação em relação à prática regular de atividade física.

Foram desenvolvidas um conjunto de ações que permitiram obter esses resultados entre elas: capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, orientação sobre a prática de atividade física tanto na consulta médica, de enfermagem, e nas visitas domiciliares pelos ACS. Também os encontros na comunidade permitiram orientar a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre os benefícios do exercício físico, e da realização de caminhadas diárias para o controle destas doenças e a prevenção das complicações.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão/e ou diabetes.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes

As 360 (100%) das pessoas com hipertensão e 117 (100%) com diabetes, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção para um 100% deste indicador.

Foram realizadas atividades educativas em equipe para mostrar os riscos para a saúde de consumir tabaco aos 100% dos usuários com hipertensão e diabetes que participaram da intervenção. Essas atividades foram realizadas na sala de espera da unidade e nos encontros realizados na comunidade. As pessoas com HAS e DM cadastrados e acompanhados na unidade receberam orientação sobre os riscos do tabagismo também nas consultas médicas e nas visitas em domicílio. Foi realizada capacitação à equipe para o tratamento de pessoas tabagistas, o que permitiu que durante as visitas domiciliares os ACS orientaram sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Objetivo 6 - Promover a saúde de pessoas com HAS e DM.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Durante os três meses da intervenção houve uma tendência constante neste indicador, mantendo-se sempre em 100%. Ou seja, que os 360 usuários com hipertensão e os 117 usuários com diabetes receberam orientações sobre a higiene bucal para 100%. Foi possível atingir esses resultados já que foram desenvolvidas algumas ações entre elas: a capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal a esses usuários tanto na consulta como nas visitas domiciliares. A reorganização da agenda de trabalho do odontólogo permitiu estabelecer um dia específico para atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes avaliados com necessidade de atendimento por essa especialidade. Durante os encontros na comunidade foram orientadas as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

4.2 Discussão

Na Estratégia de Saúde da Família Nosso Sonho do Município São Gabriel /RS foi desenvolvida uma intervenção, a qual permitiu melhorar o atendimento aos usuários com HAS e DM da área de abrangência da unidade. Num início foi realizado um recadastramento da população e se logrou cadastrar um total de 387 pessoas com hipertensão/e ou diabetes.

Temos que sinalar que trabalhamos pela estimativa da Planilha de Coleta de Dados, e para atingir o 100% da cobertura devem-se cadastrar mais 248 pessoas com hipertensão e 38 com diabetes mellitus. No entanto, a população alvo que participou da intervenção e fez acompanhamento na UBS foi de 360 usuários hipertensos e 117 usuários diabéticos, o que totalizou uma cobertura de 59,2% e 75,5 %, respectivamente. Alcançando ao final da intervenção uma cobertura que está perto da meta proposta para o controle da Hipertensão que foi 60%, e que supera a meta estabelecida inicialmente para diabetes mellitus que foi 70%.

Isto foi possível devido ao trabalho integrado e organizado em equipe com destaque dos ACS que trabalharam intensamente na mobilização e o cadastramento das pessoas que já tinham diagnóstico de HAS e DM e daquelas que ainda não tinham esses diagnósticos. Após 12 semanas de intervenção podemos verificar resultados muito significativos na qualificação da ação programática.

Avaliando os indicadores e resultados obtidos quanto à melhora da realização de exame clínico apropriado, conseguimos atingir 100%, pois as 360 pessoas com hipertensão e as 117 com diabetes estiveram com exame clínico e dos pés em dia ao finalizar a intervenção.

Os resultados obtidos segundo a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, também foram satisfatórios, pois 100% dos usuários com hipertensão/ e ou diabetes com necessidade de realizar tratamento medicamentoso tiveram acessibilidade aos medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular/ Hiperdia.

Conseguimos alcançar que 100% dos usuários fossem avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, fizemos a busca ativa dos 100% dos faltosos às consultas programadas através das visitas domiciliares, alcançamos o 100% dos registros das informações a traves da coleta de dados e fichas espelhos,

atualizando os dados disponíveis na ESF e atualização de todos os prontuários individuais. As novas formas de registros implantadas durante a intervenção (ficha espelho, planilha de coleta de dados, e prontuários), possibilitaram um melhor controle e monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes na unidade facilitando o trabalho da equipe e melhorando a qualidade de atendimento dos mesmos, sobretudo quanto à estratificação de risco cardiovascular, atendimento clínico, exames complementares periódicos, tratamento farmacológico e seguimento adequado de cada paciente.

Garantimos a realização da estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados durante a intervenção, e foi estabelecido um acompanhamento diferenciado para aqueles com alto risco cardiovascular segundo o Escore de Risco de Framingham, os quais foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista e serão avaliados mensalmente na unidade de saúde.

A intervenção exigiu a capacitação da equipe, para poder trabalhar seguindo as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Essa atividade promoveu um trabalho mais integrado do médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde, permitiu uma melhor organização e desenvolvimento das atribuições de cada membro durante a intervenção. Também permitiu uma melhor comunicação, trocas de experiências e conhecimentos entre seus integrantes. Aos ACS, ficou a atribuição do mapeamento na área de abrangência e cadastramento dos usuários, assim como orientar para as atividades em grupo através das visitas domiciliares na comunidade.

Foram planejadas atividades de promoção e educação em saúde pela equipe de enfermagem que na atualidade e por estratégias do município fica sem fazer consultas. As mesmas foram desenvolvidas tanto na própria UBS, como na comunidade, o que permitiu que 100% dos usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e os riscos do tabagismo. A equipe de enfermagem também desenvolveu outras ações durante a intervenção como acolhimento, triagem, tomada de pressão, peso do paciente, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e glicemia capilar. Logo se encaminhava para consulta médica onde era realizado o exame médico geral,

indicação de exames, caso necessário, estratificação de risco cardiovascular, busca de lesões a órgãos alvos.

Antes da intervenção as atividades de atenção ao controle de hipertensos e diabéticos eram focadas na realização da consulta médica e troca de receitas dos medicamentos, sem a realização de atividades de educação e promoção em saúde, e pouca organização dos serviços na unidade.

A intervenção acabou tendo um impacto positivo em outras atividades do serviço, como a avaliação nutricional a todos os pacientes que frequentam a unidade, e que anteriormente nunca foi realizada, sobre tudo em hipertensos e diabéticos, tendo em conta que a obesidade é um fator de risco para essas doenças. Isto permitiu identificar alguns usuários hipertensos e diabéticos com obesidade os quais foram encaminhados para acompanhamento com nutricionista. Também favoreceu uma melhor organização dos serviços na unidade, pois ficou estabelecido um horário específico para atendimento a hipertensos e diabéticos com atraso na realização de consultas/ e ou exames complementares. O serviço de odontologia também foi reorganizado, sendo estabelecido um horário para atendimento a hipertensos e diabéticos com afecções bucais, fato este nunca antes existiu na unidade. Favoreceu uma melhor organização e desenvolvimento das atribuições de cada membro da equipe.

A intervenção acabou tendo impacto também em outras ações programáticas como, por exemplo, na atenção à pessoa idosa, já que muitos deles são pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Dessa forma foi possível a orientação a esses usuários quanto aos cuidados em relação a hábitos alimentares saudáveis, importância do exercício físico regular, vacinação, efeitos prejudiciais do álcool, fumo, assim como sobre a prevenção de acidentes domésticos que provocam morbidade com muita frequência.

No que se refere à comunidade, o impacto da intervenção foi bem percebido, pois os usuários cadastrados demonstraram satisfação pelas modificações no atendimento que está sendo desenvolvido na unidade. Tiveram participação ativa nas reuniões, palestras, e encontros realizados, nos usuários cadastrados perceberam-se importantes mudanças em seus estilos de vida, em especial quanto à alimentação, prática de atividades físicas, diminuição do tabagismo e do consumo de álcool. Observamos melhor adesão ao tratamento farmacológico, o que demonstra que a população captou as orientações oferecidas nas consultas, visitas

domiciliares e encontros realizados na comunidade. As pessoas não portadoras de nenhum desses agravos se mostraram interessadas pela intervenção realizada, participando das atividades de educação em saúde realizadas na unidade.

De iniciar o Projeto de Intervenção neste momento, solicitaria junto ao gestor, a digitalização da ESF, para melhor organização dos registros de forma que ao procurar informações dos usuários e a comunidade os dados fiquem atualizados e organizados para maior facilidade na busca destes. Também providenciaria em conversa com o gestor incorporar outra enfermeira na unidade de saúde, pois somente trabalhamos com uma para as duas equipes. Isto pode melhorar a cobertura da área de abrangência e melhor organização das atividades diárias.

Agora que estamos no final da intervenção, percebo que a equipe está muito mais capacitada e engajada com a comunidade, e como a intervenção já foi incorporada à rotina do serviço acredito que a cobertura poderá ser aumentada a 100% dos usuários com essas doenças. Para isto vamos manter o cadastro e atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus de forma sistemática. Vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade quanto à necessidade de um acompanhamento adequado e da priorização do atendimento aos usuários com doenças diagnosticadas como de alto risco cardiovascular. Continuarão sendo desenvolvidas atividades de educação e promoção em saúde, visitas domiciliares para a busca dos faltosos, e com as consultas programadas e demanda espontânea para não afetar os atendimentos as demais ações programáticas.

Devido ao sucesso da intervenção e usando-a como exemplo, podemos planejar o desenvolvimento de outra na unidade sobre o controle à saúde da criança, e continuar melhorando as ações referentes a esta ação programática.

Esperamos que os usuários, a comunidade e a equipe de forma geral apropriem-se dessa proposta e contribuam para sua continuidade e aperfeiçoamento.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor de Saúde:

Por meio deste relatório venho-lhe mostrar os principais resultados da intervenção realizada na ESF Nosso Sonho, proposta pelo Curso de Especialização em Saúde de Família, do programa Mais Médico e desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, na modalidade à distância, em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único e Saúde (UFPel/UMA-SUS). O curso teve como objetivo geral melhorar as ações de controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF.

Decidimos a escolha deste foco para a intervenção devido a ambas as doenças serem muito frequentes na população adstrita, constituindo motivo de consultas e sérios problemas de saúde. Estas doenças crônicas são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas que muitas vezes levam ao acamamento dos usuários e a morte.

A intervenção foi desenvolvida durante os meses de setembro a dezembro de 2015, conforme o planejado. Os resultados foram muito bons, sendo possível pelo apoio da equipe, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do município, assim como dos líderes das comunidades, o que favoreceu atingir as metas propostas ao final do projeto, e ótimos resultados na melhoria da qualidade dos atendimentos aos usuários da unidade.

No início da intervenção tínhamos como metas atingir um 60% de usuários cadastrados com hipertensão arterial e 70% de usuários com diabetes mellitus.

Com o trabalho desenvolvido ao longo da intervenção foram acompanhados um total de 360 (59,2%) usuários com hipertensão e 117 (75,5%) dos usuários com diabetes mellitus, o que pode ser observado nos gráficos 1 e 2.

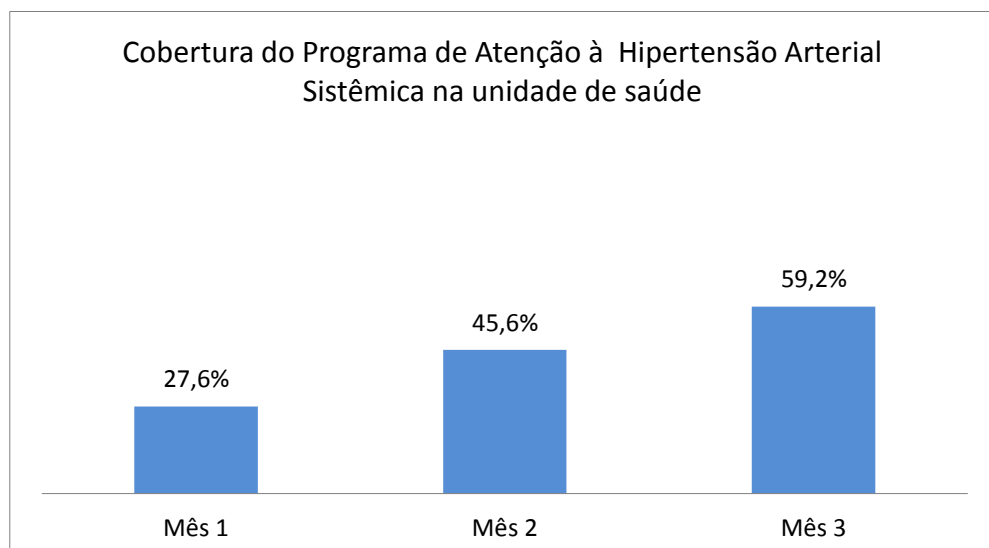


Figura 12. Gráfico da Proporção de pessoas com hipertensão arterial cadastradas no programa.

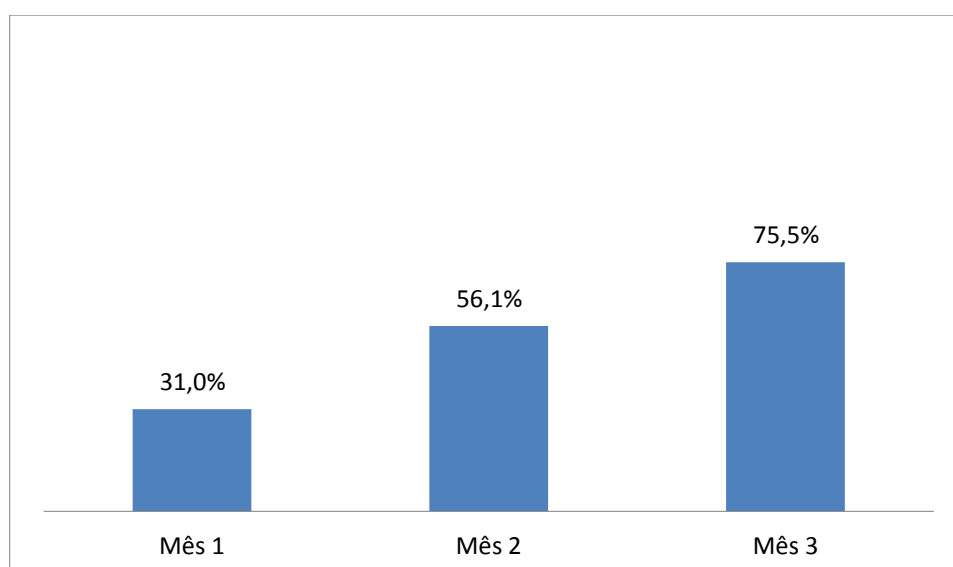


Figura 13. Gráfico da proporção de pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no programa.

Nossa equipe, no princípio tinha muito que melhorar para poder oferecer um atendimento organizado com a qualidade que as pessoas precisam e merecem, por isso acreditei que fazer uma intervenção baseada nesta problemática foi minha melhor decisão.

Não foi possível atingir 100% dos usuários com exames complementares em dia, pois como já é conhecido por vocês, no início da intervenção existiam poucos laboratórios contratados pelo SUS no município para a realização dos mesmos, mas logo da conversa com vocês conseguiram incrementar o número de vagas para a realização dos exames em outros laboratórios que foram contratados pelo SUS. Também garantiram que 100 % dos usuários com hipertensão e diabetes estiveram com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Todos os usuários (100%) também receberam orientações sobre alimentação saudável, importância da prática de atividade física, riscos do tabagismo e a importância da manutenção da higiene bucal através da realização de atividades de educação e promoção em saúde e encontros na comunidade realizados durante os três meses da intervenção.

Antes de iniciar a intervenção foi necessária a capacitação dos integrantes da equipe, o que propiciou atuarem conforme preconiza o Ministério da Saúde e orienta o protocolo vigente na ESF. Foi reorganizada a agenda de trabalho, tanto do médico, quanto do odontólogo da unidade, para aperfeiçoar os atendimentos. Realizamos busca ativa dos usuários faltosos às consultas ou com atraso na realização dos exames complementares segundo o protocolo estabelecido na unidade, desenvolvemos grupos e palestras com ações de promoção e prevenção da saúde abordando temas importantes como hábitos alimentares saudáveis, importância da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal adequada. Contamos com o total apoio da Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, lideranças comunitárias e demais órgãos e entidades ligados à área da saúde e assistência social.

A realização desta intervenção favoreceu a realização de um melhor controle e acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes na ESF da área de abrangência garantindo a melhoria da qualidade de vida da população. A equipe ficou muito contente com os resultados obtidos, mas reconhece que ainda temos que continuar trabalhando para alcançar 100% da cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes em nossa área de abrangência, para o qual temos o apoio da equipe e dos líderes comunitários e esperamos continuar contando com o apoio da Secretaria de Saúde e Prefeitura do município. Pedimos para a gestão continuar apoiando na implementação desta ação programática de forma que se

torne parte de rotina da unidade, através da requisição dos materiais necessários para a realização de cartazes e folders com informações sobre essas doenças, assim como a impressão de fichas espelhos, prontuários e documentos necessários para o adequado registro das informações colhidas.

Pedimos que a gestão continuasse apoiando as atividades na unidade para o controle dessas doenças considerando a importância de realizar um acompanhamento e controle adequado para prevenir as complicações decorrentes das mesmas e assim melhorar a qualidade de vida da população abrangente.

Os resultados obtidos trouxeram para equipe, a certeza de que os serviços prestados durante a intervenção devem ser incorporados na rotina da ESF.

Muito Obrigado.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara comunidade:

Na UBS foi desenvolvida uma intervenção durante 12 semanas (3 meses) com o objetivo de melhorar as ações no controle, prevenção e promoção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Milicos, em todas as pessoas com essas doenças na área de abrangência.

A intervenção foi desenvolvida durante a realização do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e para o seu desenvolvimento contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal e dos líderes comunitários.

A equipe decidiu realizar este trabalho nessa ação programática tendo em consideração a alta incidência de pessoas com hipertensão e diabetes na área de abrangência, muitas delas com complicações decorrentes das mesmas. Também tínhamos algumas dificuldades no acompanhamento e atendimento aos usuários com essas doenças, pois muitas ações de saúde não foram desenvolvidas com qualidade anteriormente, foi por tudo isso que a equipe decidiu realizar esta intervenção.

Para o desenvolvimento da intervenção foi realizado um trabalho integrado, em equipe, que permitiu uma melhor organização e desenvolvimento de um conjunto de ações que garantiram melhorar a atenção e controle às pessoas com essas doenças, e iniciou com a capacitação de seus integrantes sobre o protocolo de atenção à hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. Os ACS realizaram visitas domiciliares para a busca de pessoas com essas doenças e sem acompanhamento na unidade de saúde, também aqueles com atraso na consulta ou realização dos exames complementares.

Realizamos avaliação integral aos 100% dos usuários durante a consulta, com exame clínico apropriado, avaliação dos pulsos e sensibilidade dos membros inferiores sobre tudo nos usuários com diabetes, e foi realizada estratificação do risco cardiovascular. Ao final da intervenção foi possível acompanhar 360 pessoas com hipertensão (59,2%) de cobertura, e 117(75,5%) pessoas com diabetes, alcançando ao final da intervenção uma cobertura que está perto da meta proposta para o controle da Hipertensão que foi 60%, e que supera a meta estabelecida inicialmente para diabetes mellitus que foi 70%.

O trabalho realizado permitiu atualizar e melhorar os registros para acompanhamento da situação de saúde das pessoas com essas doenças, o qual vai permitir uma melhor avaliação das ações realizadas na unidade.

Foram realizados encontros na comunidade e desenvolvidas ações de promoção e educação em saúde sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e sobre os prejuízos do tabagismo para essas doenças.

Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 100% dos usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular, foi possível realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% dos usuários que participaram da intervenção. De forma geral conseguimos melhorar a adesão dos usuários ao programa de hipertensão e diabetes.

Graças à intervenção foi reorganizado o horário de trabalho na unidade, e foi estabelecida a quinta-feira pela manhã para avaliação dos usuários com atraso da realização de consulta ou exames complementares, provenientes da busca ativa pelos ACS. Também foi estabelecido um horário específico no serviço de odontologia, as quintas-feiras à tarde, para avaliação dos usuários com necessidade de atendimento por essa especialidade.

A comunidade recebeu e apoiou o programa com satisfação, facilitando os locais utilizados para a realização das palestras e encontros, com uma participação ativa. As pessoas se mostraram interessadas, fazendo perguntas sobre o programa, e procuraram a unidade para realização da consulta e atendimento odontológico. A comunidade poderia continuar apoiando a intervenção através da divulgação do programa a todas aquelas pessoas com hipertensão e diabetes que ficaram sem incorporação ao mesmo, também com uma participação mais ativa nas atividades e encontros que sejam realizados tanto na unidade como na comunidade.

A intervenção está sendo incorporada à rotina da unidade, e continuaremos realizando e melhorando as ações relacionadas às atividades de promoção e educação em saúde, e melhorando a qualidade de atendimento para o controle dessas doenças.

Convidamos à comunidade a continuar participando do programa na unidade, através da participação ativa nas atividades que sejam desenvolvidas, e dessa forma aumentar um número maior de usuários com hipertensão e diabetes participantes no programa e que sejam acompanhados adequadamente na unidade de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da família representou uma experiência nova em meu trabalho, já que nunca antes tinha participado de um curso a distância, pois todos os cursos nos quais participei no meu país foram de forma presencial.

A educação à distância (EAD) serviu como nova forma de aprendizagem e interação com outros colegas sem necessidade de ficar fora da unidade de saúde. Foi de muita ajuda, e representou uma ferramenta muito importante para ampliar os conhecimentos sobre a Atenção Básica de saúde neste país, sobre tudo favoreceu para aprofundar nos protocolos de atendimento, neste caso sobre o protocolo de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, preconizados pelo Ministério da Saúde.

Ao início do curso apresentei algumas dificuldades na realização das tarefas, sobre tudo por se tratar de uma língua diferente, mas ao longo das semanas e mediante os ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) foi possível a interação e troca de informações através do diálogo com o orientador, o qual serviu para minimizar dúvidas e, modificar ou incluir nas tarefas aspectos que estavam com alguns erros. Isto permitiu manter um assessoramento constante entre aluno e orientador. O fórum de saúde coletiva permitiu a interação com outros colegas dentro da turma e desta forma compartilhar ideias e conhecimentos.

Através dos questionários disponibilizados foi possível realizar uma análise das condições estruturais da unidade, e de cada ação programática desenvolvida na unidade de saúde. Dessa forma foi possível identificar aquela ação que apresentava indicadores de cobertura mais baixos. A partir destes indicadores, foi possível

juntamente com a equipe multiprofissional realizar a intervenção junto à comunidade local para melhorar as ações no controle à hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Outra contribuição significativa do curso refere-se ao fato deste ter possibilitado o aperfeiçoamento do atendimento e acompanhamento profissional aos usuários do SUS quanto ao monitoramento e controle dessas doenças. Também, favoreceu o desenvolvimento de ações educativas em saúde que anterior ao Programa Mais Médicos, não foram desenvolvidas na unidade, por exemplo: acolhimento adequado às pessoas com hipertensão e diabetes, realização da estratificação de risco cardiovascular, exame físico adequado dos membros inferiores nos usuários com diabetes e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A realização do curso favoreceu realizar um trabalho mais organizado e integrado com a equipe multiprofissional, e que seus integrantes conheceram melhor as atribuições/competências profissionais de cada um deles no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destaco em especial o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais passaram a ter melhor conhecimento sobre as condições de vida (processo saúde-doença) da população residente na área de abrangência da ESF, bem como, suas necessidades de saúde.

Também, por meio de um trabalho coletivo da equipe multiprofissional da unidade, foram melhoradas as formas de registros das ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais dentro e fora da unidade. Esta contribuição deve-se ao fato do curso ter fornecido as fichas espelhos e planilhas de coletas de dados que permitiram um monitoramento adequado das ações realizadas durante o mesmo.

Os casos clínicos interativos e os testes de qualificação cognitiva favoreceram para uma melhor (auto) preparação profissional e atualização de meus conhecimentos, a partir da necessidade do aprofundamento e estudo daquelas doenças que se apresentaram com maior frequência na atenção básica de saúde, o que favoreceu para uma melhor abordagem aos casos clínicos na prática diária.

A partir do exposto e frente a minha trajetória profissional junto a ESF me permito a refletir que o processo de trabalho em saúde não existe meramente com a atuação de um único profissional, mas sim com a cooperação de todos, ou seja, toda a equipe de trabalhadores do serviço.

Referências

BRASIL, IBGE. **Dados sobre São Gabriel, RS.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431830&search=rio-grande-do-sul|sao-gabriel>> Acessado em: 11 jun. 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 36 para controle da Diabetes Mellitus e 37 para controle da Hipertensão Arterial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde,, 2010.

ALFRADIQUE, Maria Elmira etc al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio2011.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PICON, R. V. et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **PLoS ONE**, [S.l.], v.7, n.10, 2012. doi:10.1371/journal.pone.0048255.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia 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 D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Jorge Jesús Chávez Chávez, (médico do Programa Mais Médicos para o Brasil) e 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.

Jorge Jesús Chávez Chávez

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.