

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/ RN**

Ileydis Rosales Reyes

Pelotas 2015

Ileydis Rosales Reyes

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/ RN**

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

Orientadora: Aline Gomes De Oliveira Nascimento

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R457m Reyes, Ileydis Rosales

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/ RN / Ileydis Rosales Reyes; Aline Gomes De Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Nascimento, Aline Gomes De Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a conquista desta vitória a Deus, por dar-me vida e saúde, a minha equipe pela dedicação, compromisso e profissionalismo com que trabalharam, ao gestor de saúde pelo apoio incondicional, a minha mãe e meu esposo por ter me dado forças nas horas difíceis e incentivado a não desistir de buscar meus sonhos, e a minha professora pela dedicação.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela vida, família, amigos, e por conduzir meu caminho para que eu seja feliz.

A minha orientadora Aline Gomes de Oliveira Nascimento, pelo incentivo e presteza no auxílio das atividades, principalmente sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso, onde com certeza seus conhecimentos foram compartilhados.

Agradeço a minha equipe de trabalho: enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gestor municipal, técnica de laboratório, nutricionista, dentista, motoristas e todo o pessoal que de alguma forma ajudaram na realização deste trabalho.

Agradeço a minha mãe e meu esposo pelo amor e o carinho que me impulsionam cada dia a continuar sempre adiante, por me apoiar e ajudar a conquistar todos meus sonhos.

Resumo

Rosales Reyes, Ileydis. Gomes de Oliveira Nascimento, Aline. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/ RN. 2015. 71f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte no mundo, incluindo no Brasil. Sendo assim, é de extrema importância e necessidade a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado destas doenças crônicas. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica De Saúde Saudade, localizada no município Serra Negra do Norte, Rio Grande do Norte. Para tal, uma intervenção foi realizada na unidade de saúde durante 12 semanas em 2015. Os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram adotados para guiarem as ações desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, gestão e organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Além disso, para avaliação e monitoramento das ações realizadas, uma ficha espelho foi adotada como registro específico e uma planilha de coleta de dados, ambas disponibilizadas pelo curso. Ao final dos três meses de intervenção, 331 hipertensos foram cadastrados e avaliados e, 102 diabéticos, ambos com 20 anos ou mais de idade. Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram submetidos a exame clínico qualificado, a exames complementares, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação do risco cardiovascular, receberam orientação sobre importância de uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e sobre higiene bucal. Sendo assim, os indicadores de qualidade permaneceram em 100% nos três meses da intervenção. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe. A intervenção foi incorporada à rotina de serviço da Unidade de Saúde. A comunidade foi engajada nas atividades e participou ativamente das atividades coletivas desenvolvidas de promoção e prevenção da saúde. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento e as estratégias tomadas para realizar um acompanhamento de qualidade. Sendo assim, a intervenção qualificou a assistência aos diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde Saudade no município Serra Negra do Norte/Rio Grande do Norte.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Serra Negra do Norte, RN.2015.....	47
Figura 2	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Serra Negra do Norte, RN. 2015.....	48

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino à distância
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	58
5 Relatório da intervenção para gestores	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências	65
Apêndices.....	65

Apresentação

O volume apresentado é o trabalho de conclusão de curso no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

Este trabalho descreve uma intervenção realizada na Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Saudade, no município Serra Negra do Norte /RN, que teve o objetivo de qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da comunidade durante três meses em 2015.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho: 1) Análise Situacional; 2) Análise Estratégica; 3) Relatório da Intervenção; 4) Avaliação da Intervenção; 5) Relatório aos Gestores; 6) Relatório para a comunidade; 7) Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem; e referências e anexos.

O Relatório da Análise Situacional apresenta uma descrição sucinta do sistema de saúde do município e detalhada da unidade de saúde na qual foi desenvolvida a intervenção, os principais problemas encontrados na Unidade de Saúde, e as atividades realizadas pela equipe na assistência à comunidade.

Na Análise Estratégica, o projeto de intervenção é apresentado nos seguintes tópicos: justificativa, objetivos e metas, detalhamento das ações, logística, indicadores e cronograma.

O Relatório da Intervenção descreve as ações previstas no projeto que foram e as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados e discussão da intervenção, seguida pelos Relatórios para os Gestores e para a Comunidade.

A Reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem aborda questões referentes à percepção do especializando quanto a intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Ileydis Rosales Reyes, moro no Município Serra Negra do Norte, Estado do Rio Grande do Norte. São nove UBS localizadas nas diferentes comunidades no município. A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo encontra-se na Zona Rural, na comunidade Saudade. A equipe na qual trabalho é denominada ESF 002.

A Equipe possui um carro no qual nos deslocamos até as comunidades, com uma frequência estabelecida. De 15 em 15 dias, outras 3 vezes ou 1 vez no mês, e as de maior população vamos todas as semanas.

O carro foi preparado para manter a temperatura adequada para os medicamentos, vacinas e demais materiais que levamos normalmente. Como as comunidades ficam longe da Zona Urbana aonde estão as Farmácias, levamos todo tipo de medicamentos para que os usuários possam sair da consulta com seu tratamento e possam começar a fazer o antes possível. Também levamos os medicamentos de uso contínuo todos os meses.

Todas as vacinas também são levadas e aplicadas para evitar atrasos. Temos medicamentos de urgência de uso intramuscular e endovenoso, kit de sutura, balança, tensiômetro de adulto e infantil, otoscópio, kit de laringoscopia, material de citologia e de curativos.

Os exames laboratoriais são marcados pela técnica de enfermagem no momento que são indicados, e a demora máxima é de uma semana, já que no Centro de Saúde da Zona Urbana temos um Laboratório Clínico. Assim como, disponibilizamos de um Aparelho de RX para casos de Urgência, só não emitem o laudo. Os exames de meia complexidade são marcados pela Secretaria de Saúde,

demorando no máximo um ou dois meses para sua realização (RX com laudo, Endoscopia, Ecocardiograma e outros). A Colposcopia, Peniscopia, e demais procedimentos de Ginecologia são realizados aqui no município todos os meses. As Ultrassonografias são feitas também no município mensalmente.

Aqui no Município contamos também com consultas especializadas realizadas mensalmente, e os encaminhamentos não demoram mais de um mês para serem avaliados. Elas são: Endocrinologia, Pediatria, Ortopedia, Dermatologia, Psiquiatria, Neurologia, Psicologia, Cardiologia, Ginecologia, Mastologia, Fisiatria, Nutrição, Fonologia, e as Pequenas Cirurgias.

Quanto aos usuários de Saúde Mental, temos dois assistentes sociais que apoiam muito nosso trabalho, além de ter um CAPS de referência para o qual encaminhamos os usuários. Contamos também com uma Unidade Móvel de Odontologia equipada para fazer atendimentos na Zona Rural. A Equipe tem sua própria programação de consultas, sendo a Saúde Bucal uma prioridade também para nossos usuários.

Nosso acolhimento tem sido efetivo. A equipe foi fortalecida com nossa chegada, com nossas ideias de mudanças e troca de experiências, com nosso pensamento de fazer Promoção e Prevenção de Saúde, sempre com o apoio total e absoluto da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do Município. Ainda temos deficiências para serem corrigidas, mas os avanços são muito maiores. Além disso, o grau de satisfação da população da zona rural é imenso, pois nunca tiveram um médico fixo, responsável e preocupado realmente por cada um deles. Também não podiam fazer consultas agendadas nem um acompanhamento continuado dos usuários. Acho que o SUS Brasileiro está e vai continuar fazendo sucesso. Com a ajuda de todos vamos conseguir mudar tudo o que pode ser mudado, e com certeza nossos usuários terão uma melhor qualidade de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município em que atuo como Médica do Programa “Mais Médicos” é Serra Negra do Norte, Rio Grande do Norte, o qual possui 7770 habitantes, três UBS com ESF, com disponibilidades de um NASF para as três ESF, e não dispõe de CEO. Além disso, tem disponibilidade de Especialidades como: Dermatologia, Neurologia, Endocrinologia, Psiquiatria, Pediatria, Ginecologia, Cardiologia, Ortopedista, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutricionista. Em relação ao serviço

Hospitalar temos um hospital de pequeno porte, que atua como pronto socorro realizando atendimentos de urgência, emergência e internamentos. Contamos com um laboratório que funciona numa das UBS da Zona Urbana, onde se realiza a maioria dos exames de rotina além de exames sorológicos, PSA, Baciloscopia, com uma frequência de segunda a sexta-feira.

A UBS a qual atuo está na zona rural, com nove UBS localizadas nas diferentes comunidades. Esta só faz atendimento pelo SUS. Não existe vínculo com as instituições de ensino, com modelo de atenção de ESF, e consta de uma Equipe de Saúde constituída por: Uma Médica, Uma Enfermeira, Uma Técnica de Enfermagem, Uma Dentista, Uma Assistente da Dentista, onze Agentes Comunitários de Saúde e dois Motoristas.

A estrutura física da UBS não é muito confortável, mas tem uma rampa de acesso para usuários deficientes; as salas são multiuso e contamos com dois consultórios sem banheiros; sala de espera e recepção é a mesma; sala de vacina, de curativos, procedimentos, e de nebulizações são a mesma; só temos um banheiro comum; copa cozinha e área de entrega de medicamentos. A sala odontológica é uma unidade móvel com todos os instrumentos e equipamentos necessários. Não contamos com mobiliário suficiente e não temos equipamentos adequados para trabalhar, mas apesar disso temos demonstrado melhoria na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica. Com profissionais bem qualificados vinculados e comprometidos com as diferentes comunidades, e com a realização de ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação, e manutenção da saúde da população.

Minha equipe de saúde no processo de trabalho desenvolve todos os aspectos. Temos definido o território e a população sob nossa responsabilidade, programando e realizando atividades de atenção a saúde de acordo com as necessidades da população, desenvolvendo ações que priorizem os grupos de risco comportamentais, alimentares ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis. Realizamos o acolhimento com escuta qualificada, classificação do risco, avaliação da necessidade de saúde e análise da vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências. Fazemos atendimentos à saúde na UBS, no domicílio (a usuários que possuem problemas de saúde controlados\compensados e com

dificuldade ou impossibilidade física de locomoção), nas escolas e em outros espaços que comportem ação planejada, desenvolvendo ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença, na autonomia individual e coletiva, incentivando a participação da comunidade na gestão, valorização e protagonismo dos diferentes sujeitos implicada na produção da saúde.

A área adstrita à UBS conta com um total 2245 habitantes distribuídos nas diferentes comunidades, deles 1179 são mulheres e 1066 homens. Nosso principal problema na atenção à saúde da população é a estrutura da UBS e a distância entre as comunidades. Existem nove UBSs muito distantes um do outro, sendo assim, temos como estratégia uma programação de atendimento de 3 vezes no mês em cada unidade para poder acompanhar adequadamente os usuários. Também fazemos atendimentos às sextas-feiras no centro de saúde da zona urbana para os usuários que não podem esperar a programação de sua comunidade.

Na UBS Saudade só trabalha uma equipe de saúde sendo adequada para o tamanho da população na área de abrangência. O acolhimento é feito por todos os profissionais da equipe, de forma coletiva, na recepção, na sala de enfermagem e na sala do médico, em todos os turnos de atendimento, com um tempo aproximado de 15 minutos para que cada usuário tenha suas necessidades acolhidas. Não existe excesso de demanda espontânea nos atendimentos, trabalhamos com agendamento das consultas por parte dos agentes comunitários de saúde deixando vagas para as urgências que possam aparecer.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), são estimadas 33 crianças menores de um ano de idade para a área. Atualmente, 33 crianças são acompanhadas, sendo assim perfazendo um percentual de cobertura de 100%. Dentro das ações de atenção a saúde da criança que são realizadas em nosso serviço estão o parto humanizado e assistência ao recém-nascido, alojamento conjunto, Incentivo ou aleitamento materno, orientações para prevenção de acidentes, preenchimento do cartão da criança, vacinas em dia, Imunoglobulinas em caso necessário, avaliação da saúde bucal, exame físico completo, teste do pezinho, triagem auditiva, monitoramento do desenvolvimento da criança em todas as consultas. Todas as ações são programadas e agendadas de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e ficam registradas no livro de crescimento e desenvolvimento. Em geral, não temos dificuldades em relação à saúde da criança. A cobertura de atenção é boa, com excelente adesão da população as nossas

propostas. As ações são realizadas por todos os membros da equipe, sempre focando na educação e promoção da saúde.

Em relação ao Pré-Natal trabalhamos com o risco e as consultas de planejamento familiar, evitando gestações não desejadas, e estabilizando os fatores de risco não modificáveis antes da gravidez para conseguir um ótimo desenvolvimento da mesma e com resultados satisfatórios. Segundo o CAP, são estimadas para a área adstrita 37 gestantes e 33 puérperas nos últimos 12 meses. Atualmente, 13 gestantes estão sendo acompanhadas, perfazendo um percentual de cobertura de 39%. Fazemos acompanhamento de todas as gestantes mensalmente de acordo com o protocolo do Ministério, temos um grupo de gestantes realizando atividades educativas periodicamente, todos os exames laboratoriais são solicitados incluindo sorologias, citologia, ultrassonografias, vacinas antitetânicas e contra hepatites B, exame ginecológico, prescrição de suplementos de ferro, avaliação da saúde bucal, orientações para aleitamento materno e alimentação saudável, consultas com especialista ao Pré-Natal de Alto Risco, encaminhamento ágil ao hospital de referência, uma boa qualidade de assistência ao parto, com humanização, boas práticas, e um excelente acolhimento. As ações são programadas, agendadas, monitoradas e registradas no livro de Pré-Natal, no prontuário clínico e no cartão da gestante. Em relação às puérperas, 33 foram acompanhadas nos últimos 12 meses, perfazendo um percentual de cobertura de 100%.

São estimadas 565 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área para a prevenção do Câncer do Colo de Útero. São acompanhadas 565 mulheres, perfazendo uma cobertura de 100% do serviço. No serviço realizamos exame citopatológico e com vida sexual ativa, avaliação do risco para Câncer, orientações sobre a prevenção do Câncer e sobre as doenças sexualmente transmissíveis, palestras e atividades educativas, acompanhamento adequado dos exames alterados com os encaminhamentos necessários e a realização de outros exames mais específicos como: colposcopia, cirurgias e consultas especializadas. Com este programa não temos dificuldades, como trabalhamos fundamentalmente com promoção e prevenção de saúde é muito fácil levar o controle das usuárias e os resultados. Todas as ações estão registradas no livro de preventivos e fazemos o monitoramento mensalmente para não ter atraso com os mesmos. Em relação a Prevenção do Câncer de Mama, são estimadas 169 mulheres entre 50 e 69 anos

residentes na área. O percentual de cobertura do serviço é de 169 mulheres, o que perfaz um percentual de cobertura de 100%. São realizadas mamografias às mulheres acima de 40 anos, ultrassonografias mamárias às usuárias que apresentem alguma sintomatologia, avaliação do risco para Câncer de Mama, orientações sobre prevenção, palestras sobre como fazer autoexame de Mama e saber detectar alguma anormalidade. Também fazemos acompanhamento com especialista, o qual realiza punção de cistos, biopsias e cirurgias mais específicas. Felizmente contamos com o apoio total da população ante todas as atividades que agendamos e planejamos, com a participação de todos os membros da nossa equipe.

São estimados, segundo o CAP, 465 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área. Destes, 312 estão em acompanhamento, perfazendo um percentual de cobertura de 67% do serviço. Dentro das ações realizadas em nossa UBS a usuários hipertensos temos consultas e exames laboratoriais e eletrocardiográficos de acordo com protocolo do Ministério, realização de estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, orientações sobre prática de exercício físico regular, orientação nutricional para alimentação saudável, palestras e atividades educativas em grupos, avaliação da saúde bucal, encaminhamentos para especialistas. São estimados, ainda segundo o CAP, 133 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Destes, 96 são acompanhados, perfazendo um percentual de 72%. São realizados o acompanhamento e exames complementares de acordo com protocolo, estratificação do risco cardiovascular, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, medição da sensibilidade dos pés, atividades educativas e palestras junto com os pacientes hipertensos, avaliação da saúde bucal, encaminhamentos a especialistas quando necessário. Todas as ações são registradas nos controles que temos em todas as UBSs, com agendamento e planejamento das próximas atividades.

Em relação à saúde da pessoa Idosa, são estimados 243 usuários com 60 anos ou mais de idade, e todos estão em acompanhamento, perfazendo um percentual de cobertura de 100%. São realizados o acompanhamento dos idosos de acordo com protocolo, avaliação multidimensional rápida, avaliação do risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização para a velhice, orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, avaliação da saúde bucal, atividades de grupo, palestras

com o apoio da assistência social. De todos os programas este é o que tem maiores problemas, dos usuários idosos realmente não há um controle adequado. Mas já foram desenvolvidas estratégias para melhorar os indicadores deste programa. Em relação a os aspectos que podem ser melhorados: solicitei dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para fazer a relação de todos os pacientes maiores de 60 anos, com nome, data de nascimento, fator de risco incluindo sociais, doença, tratamento e outras observações. Fazer o controle dos registros dos atendimentos destes pacientes colocando-os em um arquivo específica para possibilitar a sua revisão mensal para saber quais pacientes estão faltando por consulta, a os retornos programados para fazer uma busca ativa dos faltosos. Criar uma comissão para a realização de planejamento, gestão e coordenação das ações aos idosos, fazer reuniões mensalmente para discutir ditas ações, avaliação das mesmas e o relatório dos resultados encontrados.

Os maiores desafios que minha UBS apresenta é continuar melhorando nosso trabalho a cada dia mais, com esforço e fazendo tudo pela excelência nos serviços prestados. Contando com os recursos materiais e o apoio da secretaria de saúde. Também é de grande ajuda os questionários e as orientações que nos proporciona esta especialização, nos abre o caminho para fazer tudo corretamente, com a busca dos dados e as informações nos permitem um conhecimento mais amplo da realidade existente em nossa área, assim como os dados estatísticos reais de todas as atividades realizadas.

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

Quando foi realizado o texto inicial eu estava apenas conhecendo a situação da ESF, as características da UBS, da população, dos instrumentos com que ia trabalhar, dos recursos com que contava para desenvolver as diferentes atividades, dos membros da equipe e organizando novas estratégias.

Também adquirindo informações sobre medicamentos disponibilizados para os usuários, exames laboratoriais, exames de média e alta complexidade, de especialidades com que contávamos no município e sobre saúde bucal entre muitas outras coisas, adaptando-me às novas condições de vida e de trabalho. Já depois com a realização da Análise Situacional adquirimos mais conhecimentos da nossa área, com experiências reais vividas no dia a dia, pude ver a estrutura física da UBS,

a organização dos atendimentos, a população sob nossa responsabilidade por grupos de idade e por patologias. Começamos com o desenvolvimento de ações na Saúde da Criança, com o Pré-natal e risco concepcional, prevenção de Câncer de Colo de Útero e de Mama, com hipertensos e diabéticos e com idosos. Todas essas ações encaminhadas a prevenir e promover o estado de saúde da população, modificando estilos de vida de forma saudável e proporcionando novos conhecimentos sobre saúde, com muitos desafios a serem cumpridos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil, igual ao resto do mundo, as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte. É imprescindível para uma boa qualidade nos serviços de saúde, controlar os principais indicadores destas doenças, pois permite conhecer os níveis de saúde da população e ao mesmo tempo criar objetivos de trabalho e metas específicas para o melhoramento das mesmas. É bom ressaltar que com o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus estamos prevendo complicações que na maioria dos casos leva à incapacidade temporal ou definitiva ou até a morte (BRASIL, 2013).

A UBS Saudade é a unidade de referência na zona rural. Além dela, são assistidos mais nove UBS da zona rural, no qual são realizados rodízios para que a população seja acompanhada. A UBS Saudade conta uma rampa para usuários incapacitados, sala de espera, dois consultórios, um banheiro comum, uma cozinha, uma sala de curativos e a farmácia. A equipe está constituída pela médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, a dentista, a assistente odontológica, 11 agentes comunitários de saúde (ACS) e dois motoristas. Atendemos uma população de 2245 habitantes, deles 13 gestantes, 33 crianças menores de um ano, 565 mulheres entre 25 e 64 anos, 312 hipertensos, 96 diabéticos, 21 com asma, 16 com câncer, 43 com doenças cardiovasculares, 2 com insuficiência renal crônica, 10 com epilepsia, 8 com doença pulmonar obstrutiva crônica, 18 com hipotireoidismo, 4 com hipertireoidismo e 243 idosos.

Em relação ao grupo foco da ação programática, são estimados 465 hipertensos com 20 anos ou mais de idade, sendo acompanhados 312 hipertensos perfazendo um percentual de 67% de cobertura. Em relação aos diabéticos com 20 anos ou mais de idade, são estimados 133 diabéticos nesta mesma faixa etária. São acompanhados atualmente 96 diabéticos, perfazendo um percentual de cobertura de 72% do serviço. A adesão da população às ações é boa. Entretanto, a maioria mora em áreas de difícil acesso, além de serem idosos, o que dificulta o acesso à UBS em alguns momentos. Os ACS já estão trabalhando com a busca ativa de usuários faltosos e realizando as visitas domiciliares daqueles que apresentam problemas de locomoção. A qualidade de atenção é excelente, contamos com laboratório no município e a coleta da amostra de sangue é feita nas UBSs quinzenalmente. Contamos com dois grupos de hipertensos e diabéticos com os quais realizamos atividades educativas e recreativas frequentemente.

Esta intervenção é muito importante para a UBS Saudade porque vamos conseguir um bom impacto com a saúde da população em geral, vamos educar com mais profundidade e assim prevenir novas doenças e complicações neste grupo. O comprometimento de toda a equipe é imediato. Não são observadas dificuldades significativas para o cumprimento dos objetivos. Contamos com o apoio de todos, principalmente dos ACS, que têm um papel fundamental na realização deste trabalho. Diante do exposto e da importância do correto manejo destes usuários portadores de condições crônicas, justifica-se a realização desta intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/ RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Ampliar para 70% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Ampliar para 75% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) da Saudade, no Município de Serra Negra do Norte / RN. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais de idade residentes em nossa área. Segundo o CAP, são estimados 133 diabéticos e 465 hipertensos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Ampliar para 70% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Ampliar para 75% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela médica, enfermeira e os agentes de saúde, para todos os hipertensos cadastrados, mensalmente, nas reuniões da equipe, com os registros específicos de hipertensos disponíveis em cada posto de saúde e as fichas espelho. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias.

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

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela médica, enfermeira e os agentes de saúde, para todos os diabéticos cadastrados, mensalmente, nas reuniões da equipe, com os registros específicos de diabéticos existentes em cada posto de saúde e as fichas espelho.

Organização e Gestão do Serviço.

- Garantir o registro de Hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela enfermeira da UBS, ela revisará o registro identificando os hipertensos que vieram ao serviço no mês. Falaremos com o gestor do município para dispor dos esfigmomanômetros necessários para medir a pressão arterial de todos os pacientes hipertensos, nos diferentes postos de saúde, todos os dias de atendimentos.

- Garantir o registro de Diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Diabetes. Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela enfermeira da UBS, revisará os registros identificando os diabéticos que vieram a fazer a consulta de acompanhamento no mês. O gestor do município facilitara o material adequado para realizar o hemoglicoteste para todos os pacientes diabéticos, nos diferentes postos de saúde, todos os dias de atendimentos.

Engajamento público.

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

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

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

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

Detalhamento das Ações: As ações serão realizadas por toda a equipe de trabalho da UBS, para todas as comunidades, em todos os locais onde encontrarmos pessoas para nos escutar, em todo momento, com nossa preparação e capacitação.

Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. E capacitar a equipe da unidade para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento das ações: serão realizadas pela médica e a enfermeira da UBS, para todos os membros da equipe, mensalmente, nas reuniões de produção, com materiais e recursos adequados.

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

Detalhamento das ações: serão realizadas pela médica e a enfermeira da UBS, para todos os membros da equipe, mensalmente, nas reuniões de produção, com materiais e recursos adequados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Detalhamento da ação: A médica revisará os prontuários clínicos e a ficha espelho de todos os pacientes atendidos na unidade de saúde por dia e avaliará a realização do exame clínico de todos os hipertensos, na UBS no final de cada jornada de trabalho, com ajuda da enfermeira.

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

Detalhamento da ação: A médica revisará os prontuários clínicos e a ficha espelho de todos os pacientes atendidos na unidade de saúde por dia e avaliará a realização do exame clínico de todos os diabéticos, na UBS no final de cada jornada de trabalho, com ajuda da enfermeira.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, assim como com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: A Técnica de enfermagem revisará o livro de registros de exames complementares procurando os exames que foram solicitados para pacientes hipertensos, todos os dias no final do atendimento, e registrará no livro específico de hipertensos.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, assim como com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: A Técnica de enfermagem revisará o livro de registros de exames complementares procurando os exames que foram solicitados para pacientes diabéticos, todos os dias no final do atendimento, e registrará no livro específico de hipertensos.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento da ação: A Técnica de Enfermagem realizará uma avaliação mensal de todos os pacientes hipertensos e diabéticos que pegaram os medicamentos de uso contínuo na Farmácia Popular.

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: A dentista realizará uma avaliação a todos os pacientes hipertensos para definir quais são os que precisam de atendimento odontológico e a prioridade do mesmo, será mensalmente, nos diferentes postos de saúde da nossa área.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: A dentista realizará uma avaliação a todos os pacientes diabéticos para definir quais são os que precisam de atendimento odontológico e a prioridade do mesmo, será mensalmente, nos diferentes postos de saúde da nossa área.

Organização e Gestão do Serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer prioridades para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: A capacitação será feita pela médica da equipe o mais rápido possível, na UBS para todos os membros da mesma, com o protocolo atualizado e impresso.

- Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações: A enfermeira revisará as fichas espelho e o registro específico de hipertensos e diabéticos para visualizar quais estão com solicitação de exames complementares em dia e falará com o gestor municipal para a realização dos mesmos com agilidade na UBS da zona urbana, todos os dias da semana como prioridade.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos de hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento das ações: A Técnica de Enfermagem realizará semanalmente o controle dos medicamentos existentes e dos necessários para garantir o tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da nossa área.

- Organizar a ação para avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: A dentista organizará o agendamento para atendimento odontológico de acordo com as necessidades avaliadas previamente dos pacientes hipertensos e diabéticos. Esse agendamento será feito mensalmente com a colaboração dos ACS.

Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento das ações: Estas ações serão realizadas pela médica e pela enfermeira da equipe todos os dias antes de começar os atendimentos, em todos os postos de saúde e com ajuda da associação de moradores de cada comunidade.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, com a periodicidade que devem ser realizados.

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela médica e pela enfermeira da equipe todos os dias antes de começar os atendimentos, em todos os postos de saúde e com ajuda da associação de moradores de cada comunidade.

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

Detalhamento da ação: Será realizada pela Técnica de Enfermagem todos os dias antes de começar cada atendimento, nos postos de saúde da nossa área.

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

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pela dentista e a assistente para todos os pacientes hipertensos e diabéticos nos postos de saúde, todos os dias antes do atendimento, como uma atividade educativa para todos.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento da ação: Dita capacitação será realizada pela médica, o mais rápido possível para lograr uma boa qualidade na atividade programada, depois continuaremos com as capacitações mensalmente nas reuniões de produção da equipe.

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

Detalhamento da ação: Esta capacitação será realizada pela médica, o mais rápido possível para lograr uma boa qualidade na atividade programada, depois continuaremos com as capacitações mensalmente nas reuniões de produção da equipe.

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

Detalhamento da ação: A Enfermeira da equipe realizará esta atualização mensalmente nas reuniões de produção, com ajuda da Técnica de enfermagem.

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

Detalhamento da ação: Esta capacitação será feita pela dentista da equipe mensalmente nas reuniões realizadas na UBS para todos os membros da equipe.

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

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

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

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pelos ACS, utilizando o prontuário e o registro específico dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área, todos os dias depois da jornada laboral, em cada posto de saúde.

Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento da ação: Será realizada pelos ACS semanalmente, para todos os pacientes hipertensos e diabéticos da área.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada das consultas.

Detalhamento das ações: Estas ações serão realizadas pelos ACS todos os dias durante as visitas domiciliares e suas atividades na comunidade, apoiando se na associação de moradores e os demais líderes da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento da ação: Será realizada pela enfermeira da equipe, para todos os ACS, mensalmente de trabalho.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento da ação: Será realizada pela enfermeira da equipe mensalmente nas reuniões de trabalho com os ACS e resto da equipe.

Organização e Gestão do Serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da estratificação do risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: Estas ações de organização da informação serão realizadas pela enfermeira da equipe, mensalmente nas reuniões de trabalho com todos os membros da equipe. Na UBS, onde buscaremos estratégias para melhorar ditas informações.

Engajamento Público:

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

Detalhamento da Ação: Estas orientações serão dadas pelos ACS a comunidade em geral, todos os dias durante a realização de seu trabalho cotidiano.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, incluindo o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: Esta capacitação será realizada pela enfermeira da equipe mensalmente na reunião agendada para orientações das atividades a desenvolver no mês.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

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

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

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento da ação: Será realizada pela médica da equipe mensalmente, mediante o prontuário clínico, a ficha espelho e o registro específico de hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço.

- Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos avaliados de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada pelos ACS com previa orientação e capacitação para avaliar os riscos, semanalmente para possibilitar o acompanhamento adequado desses pacientes.

Engajamento Público:

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

Detalhamento das ações: Estas orientações serão realizadas pelos ACS e a enfermeira da equipe, todos os dias onde tiveram cobertura para falar e realizar atividades educativas com a comunidade e com os grupos específicos.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento das ações: Esta capacitação será realizada pela médica da equipe mensalmente na reunião de trabalho para todos os membros da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela técnica de enfermagem da equipe, diariamente, utilizando ficha espelho e prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos que sejam consultados no dia.

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

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela técnica de enfermagem da equipe, diariamente, utilizando ficha espelho e prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos que sejam consultados no dia.

- Monitorar a realização de orientação sobre risco do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela técnica de enfermagem da equipe, diariamente, utilizando ficha espelho e prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos que sejam consultados no dia.

Ação meta 23 e 24: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado pela técnica de enfermagem da equipe, diariamente, utilizando ficha espelho e prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos que sejam consultados no dia.

Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias com institucionais para envolver nutricionista nestas atividades.

Detalhamento das ações: Esta será realizada pela médica e a enfermeira da equipe, semanalmente, com ajuda dos ACS e da nutricionista do NASF.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, e demandar ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento das ações: Será realizada pela enfermeira da equipe com ajuda do gestor municipal e os ACS, semanalmente, com os recursos designados.

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

Detalhamento da ação: Será realizada pela enfermeira da equipe, o mais rápido possível para começar a trabalhar com o grupo de fumantes.

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

Detalhamento das ações: Será realizado pela dentista e pela assistente dela, em todos os atendimentos realizados a pacientes hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:

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

Detalhamento da ação: Será realizada pelos ACS em todos os agendamentos de consultas e visitas domiciliares que façam a pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento da ação: Será realizada pelos ACS em todos os agendamentos de consultas, atividades de grupos e visitas domiciliares que façam a pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento da ação: Será realizada pelos ACS em todos os agendamentos de consultas, atividades de grupos e visitas domiciliares que façam a pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento da ação: Será realizada pelos ACS em todos os agendamentos de consultas e visitas domiciliares que façam a pacientes hipertensos e diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, e sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Esta capacitação será realizada pela enfermeira da equipe com todos os ACS, mensalmente na reunião do trabalho do mês, utilizando materiais e informações atualizadas.

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

Detalhamento das ações: Esta capacitação será realizada pela enfermeira da equipe com todos os ACS, mensalmente na reunião do trabalho do mês, utilizando materiais e informações atualizadas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre tratamento de pacientes tabagistas, e sobre metodologia de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Esta capacitação será realizada pela médica da equipe com todos os ACS enfermeira e técnica de enfermagem, mensalmente na reunião do trabalho do mês, utilizando materiais e informações atualizadas.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: Será realizada pela dentista da equipe com todos os ACS enfermeira e técnica de enfermagem, mensalmente na reunião do trabalho do mês, utilizando materiais e informações atualizadas.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar os Manuais Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013(BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Utilizaremos a ficha espelho do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos disponíveis no município. Estimamos alcançar 465 hipertensos e 133 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho necessárias e para imprimi-las. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. A responsável será a enfermeira, realizando-as na UBS, em combinação com os ACS e o gestor, na primeira semana da intervenção, garantindo o começo exitoso do trabalho.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os registros de hipertensos e diabéticos, todos os dias, no final dos atendimentos, identificando todos os pacientes que vieram ao serviço para realizar a consulta de acompanhamento nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dos pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, com ajuda da técnica de enfermagem.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão e Diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção dos hipertensos e diabéticos. Capacitaremos também a equipe para verificação da pressão arterial de

forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e a realização de hemoglicoteste, também sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a realização da estratificação do risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo. Outra capacitação será sobre prática de alimentação saudável, promoção da prática de exercício físico regular, sobre tratamento de pacientes tabagistas e sobre higiene bucal. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente na primeira semana de intervenção, e assim todos os profissionais estejam preparados para intervenção. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também serão capacitados os Agentes Comunitários de Saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência. A responsável será a enfermeira da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem e enfermeira, todos os dias antes de começar o atendimento, na UBS. Usuários com atraso nas consultas serão e com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para viabilizar o tratamento de intercorrências. Usuários que procurem atendimentos de rotina terão prioridade no agendamento. Todos os usuários que vierem à consulta de acompanhamento sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos a existência do Programa de Atenção à Hipertensos e á Diabéticos na unidade de saúde, o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento dos portadores destas doenças, também informaremos sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, e o rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, assim como avaliação da saúde bucal. Orientaremos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, e os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar as consultas e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. A responsável será a enfermeira e o ACS da área de saúde, realizarão semanalmente este contato.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos da UBS, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos,

exames laboratoriais. Examinará também o acesso a medicamentos da Farmácia Popular, e os pacientes que precisam de atendimento odontológico. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará os pacientes para um horário da sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Cadastramento dos hipertensos e diabéticos: para ampliar a cobertura fizemos o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção deste grupo da unidade de saúde, realizado por todos os integrantes da equipe, com preenchimento dos registros específicos e ficha espelho, sendo disponibilizado material adequado para medida da pressão arterial e para realização de hemoglicoteste. Estas ações foram cumpridas integralmente graças ao comprometimento e responsabilidade da equipe, e a gestão municipal de saúde.

Exame clínico de acordo com o protocolo nos hipertensos e diabéticos: foram revisados os prontuários clínicos e as fichas espelho para avaliação da realização de exame clínico de todos os usuários deste grupo no final de cada jornada de trabalho. Foi realizada capacitação para todos os profissionais sobre realização de exame clínico de acordo com o protocolo atualizado. Orientamos aos pacientes sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes. Estas ações foram cumpridas integralmente, graças ao trabalho desenvolvido pela médica e a enfermeira da UBS.

Solicitação dos exames complementares para hipertensos e diabéticos: foram monitorados todos os exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo todos os dias no final do atendimento, garantindo agilidade para a realização dos mesmos, orientamos a comunidade quanto a necessidade de realizar exames. Capacitamos a equipe sobre a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo. Estas ações foram cumpridas integralmente graças a gestão municipal que disponibilizou o material e as técnicas de laboratório necessárias para realizar todos os exames com prioridade. Uma das dificuldades

encontradas foi a dos usuários idosos que moravam sozinhos, mas os trabalhadores da prefeitura os trasladaram até o centro de saúde e fizeram com sucesso.

Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para hipertensos e diabéticos: Monitoramos o acesso aos medicamentos, com realização de controle de estoque incluindo validade, orientamos aos pacientes e comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos, capacitamos a equipe para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso. Ações cumpridas integralmente.

Avaliação da necessidade de atendimento odontológico para hipertensos e diabéticos: foram monitorados os usuários que necessitavam atendimento odontológico, com organização da agenda de saúde bucal para realização do atendimento proveniente da avaliação, orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, e capacitamos a equipe. Todas estas ações cumpridas integralmente.

Busca ativa dos hipertensos faltosos e diabéticos: foram realizadas visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos, tivemos a facilidade de trabalhar com os ACS responsáveis e com ótimos resultados nas buscas. Ações cumpridas integralmente.

Estratificação de risco por exame clínico de hipertensos e diabéticos: foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados de alto risco, orientados quanto a seu nível de risco e à importância do atendimento regular, e capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham. Ações cumpridas integralmente.

Orientação nutricional de hipertensos e diabéticos: Foram organizadas praticas coletivas sobre alimentação saudável, e orientados usuários e familiares sobre a importância de mudar estilos de vida, capacitamos a equipe sobre educação em saúde. Tivemos a facilidade de contar com a presença da nutricionista em algumas das nossas atividades. Ações cumpridas integralmente.

Orientação sobre atividade física para hipertensos e diabéticos: Orientamos aos usuários e a comunidade sobre a importância de praticar atividade física regular, com organização de práticas coletivas, com capacitação da equipe. Cumprido integralmente.

Orientação sobre os riscos de tabagismo para hipertensos e diabéticos: Foi criado o primeiro grupo de tabagismo da UBS com orientações sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, com compra da medicação e realização de

atividades semanalmente. Tivemos a facilidade de contar com o apoio do NASF do município. Ações cumpridas integralmente.

Orientação sobre higiene bucal para hipertensos e diabéticos: Organizamos o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, orientamos os usuários e familiares sobre a importância da higiene bucal. Ações cumpridas integralmente.

Fazendo o resumo de nossa intervenção, além de dizer que foi maravilhosa e que cumrimos todos os objetivos e metas que planejamos desenvolver, vamos a especificar alguns fatores que achamos são de importância.

Todas as ações propostas no projeto foram desenvolvidas com sucesso, integralmente como estava planejado. Graças à colaboração de toda a equipe, do profissionalismo de cada membro, da entrega, da preparação, do comprometimento, da responsabilidade, da solidariedade e da seriedade com que todos os profissionais trabalharam. Graças a o gestor que nos apoiou em tudo, facilitando a realização das atividades, colocando o laboratório, aparelhos de eletrocardiograma, hospital, e todo o pessoal do centro de saúde a nossa disposição, incluindo todo o material necessário para a coleta de dados. Também foi importante a participação do pessoal da prefeitura e as lideranças das comunidades, que nos ajudaram com o transporte e os recursos para mobilizar os pacientes mais idosos e sim familiares para o hospital e poder fazer os exames correspondentes.

Não posso deixar de falar sobre o principal fator mediante o qual foi possível a realização de toda nossa intervenção com resultados tão bons: é claro que estou falando dessa população linda, maravilhosa, acolhedora e fantástica com a que trabalhamos. Todos com entusiasmo, com interesse e com empenho, ajudando com a divulgação do projeto, de todas as atividades a serem desenvolvidas pela equipe e a necessidade da participação da maior quantidade de pessoas possível, dos fatores de risco para a aparição de estas doenças crônicas não transmissíveis; das mudanças no estilo de vida para melhorar o estado de saúde e evitar complicações futuras, também nos ajudaram com a busca ativa e convencimento de pacientes faltosos a consulta. E o mais importante foi a aceitação e acolhimento que tivemos em cada uma de nossas comunidades.

Dentro das dificuldades encontradas estão: os pacientes mais idosos que moravam sozinhos e distantes dos postos de saúde, sem poder se consultar, antes desta situação foi agendado um dia específico em cada comunidade para fazer só

visitas domiciliares e conseguir ver a todos esses usuários, e a prefeitura facilitou o transporte e o pessoal que os acompanho até o hospital para a realização dos exames. Outra dificuldade foi a resistência de alguns pacientes para realizar o acompanhamento conosco por que já eram acompanhados com outros especialistas de forma particular, para este problema também realizamos visitas domiciliares e comprovamos que os exames estavam todos em dia de acordo com o protocolo, preenchemos a ficha espelho e atualizamos os prontuários de cada um e pedimos para continuar as consultas regularmente sem variações. Outro problema foi o retorno de alguns usuários a consulta para mostrar o resultado dos exames solicitados, para isto os agentes comunitários de saúde fizeram visitas e estes usuários atenderam de imediato à consulta de acompanhamento.

Graças a todas as estratégias tomadas pela equipe quando as dificuldades foram aparecendo, e a capacidade de resolutividade de 100%, nos foi possível realizar a coleta e sistematização dos dados da intervenção, assim como o fechamento das planilhas e o cálculo dos indicadores.

Dizer que a consciência em saúde de nossos usuários mudou muito, e que já os usuários diabéticos que foram atendidos no mês de março e abril, estão assistindo as consultas de avaliação agendadas e eles mesmos pedindo seus exames, eu fico feliz quando eles me falam que o motivo da sua presença é a consulta de acompanhamento, é realmente muito gratificante.

A nossa intervenção foi maravilhosa e já está inserida na rotina da UBS. Não temos nem um problema para a continuidade da ação programática como rotina na nossa UBS, todo o contrario. Já começamos a trabalhar com o programa de Câncer de Colo de Útero e com o Câncer de Mama, pensamos ampliar nossa intervenção para diferentes programas, já falamos com o gestor para priorizar a realização de cito patológico e mamografia para as usuárias que nunca fizeram, e para as atrasadas, e pedimos aos Agentes Comunitários de Saúde a relação de todas as usuárias maiores de 40 anos e as que estão com vida sexual ativa. Esperamos ter os mesmos resultados maravilhosos em todos os trabalhos que sejam propostos para melhorar o estado de saúde da população, e continuaremos com as atividades de promoção e prevenção até conseguir uma educação ótima para todos nossos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na nossa intervenção foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Notamos a facilidade com que podemos coletar informações para o cálculo dos indicadores quando todos os registros estão completos e atualizados. Vamos continuar com as fichas dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que temos previsto no projeto.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando cada dia mais o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da área de abrangência da UBS Saudade. A equipe tem cadastrada e acompanha uma população total de 2245 pessoas. Segundo os dados do Vigitel, presentes na planilha de coleta de dados, são estimados 341 hipertensos com 20 anos ou mais de idade para a área e, 84 diabéticos. Nossos resultados demonstram um número maior de diabéticos, por isso foi adotado o denominador obtido ao longo das semanas de intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A intervenção tratou da Melhoria da atenção à Saúde dos usuários com HAS e DM, na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte, RN. No primeiro mês da intervenção, 222 (65,1%) hipertensos cadastrados, no segundo mês foram 325 (95,3%) hipertensos cadastrados e, no terceiro mês foram 331 (97,3%) hipertensos (Figura 1). Embora não tenhamos alcançado 100% dos hipertensos, este indicador

mostra excelentes resultados. Conseguimos estes resultados graças ao empenho da equipe, a colaboração da comunidade, ao apoio do gestor municipal, ao compromisso dos trabalhadores da prefeitura, e a ajuda das lideranças das comunidades.

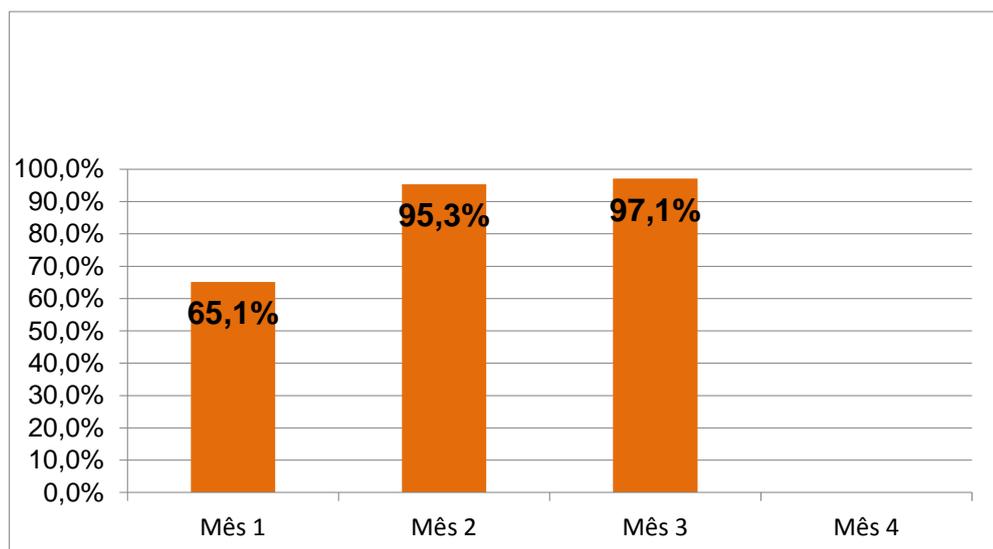


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/RN.

Meta 1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A estimativa da planilha eletrônica foi de 84 diabéticos para a área. Entretanto, encontramos um número maior, conforme descrito nos resultados. No primeiro mês da intervenção, 70 (68,7%) diabéticos foram cadastrados, no segundo mês foram 99 (97,1%) e, no terceiro mês foram 102 (100%) diabéticos cadastrados (Figura 2). Este indicador apresenta a excelência do trabalho realizado, obtido pelo o empenho e comprometimento da equipe, a colaboração da comunidade e o apoio do gestor conseguiram ditos resultados.

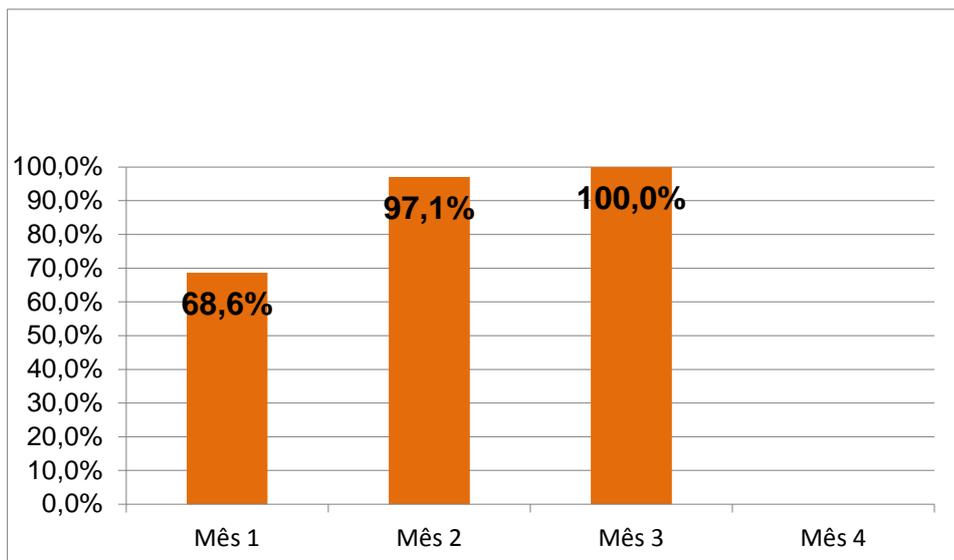


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/RN.

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

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

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

Os 331 usuários hipertensos realizaram exame clínico apropriado. Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. A ação que mais auxiliou no atendimento dos usuários na UBS foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos hipertensos por parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para alertar os usuários para consulta. Os que demoraram mais em fazer a consulta são os que fazem acompanhamento com outros médicos de diferentes especialidades.

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

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

Todos os usuários diabéticos realizaram o exame clínico apropriado. No primeiro mês foram 70(100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, garantimos o exame clínico apropriado a 102 (100%) diabéticos. A ação que mais auxiliou no atendimento dos usuários na UBS foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos diabéticos por

parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para chamar os usuários para consulta. Assim como ocorreu com os usuários hipertensos, os demoraram mais em fazer a consulta e assim ter seu exame realizado são os que fazem acompanhamento com outros médicos de diferentes especialidades. E os idosos que moram sozinhos.

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

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

Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. As ações que nos ajudaram a conseguir este indicador foram a colaboração dos funcionários da prefeitura com o transporte para levar nossos idosos até o centro de saúde do município, o apoio das lideranças das comunidades que colocaram uma pessoa responsável para levar os usuários, e a ajuda do nosso gestor que priorizou o material necessário para a realização de todos os exames, incluindo eletrocardiograma. As principais dificuldades enfrentadas foram a resistência de alguns usuários a realizar exames por que já tinham feito para a consulta com especialista, e os idosos que moravam sozinhos e muito distantes. Ambas foram resolvidas mediante estratégias tomadas pela equipe.

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

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

No primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos. As ações que nos ajudaram para conseguir este indicador foram a colaboração dos funcionários da prefeitura com o transporte para levar nossos idosos até o centro de saúde do município, o apoio das lideranças das comunidades que colocaram uma pessoa responsável para levar os usuários, e a ajuda do nosso gestor que priorizou o material necessário para a realização de todos os exames, incluindo eletrocardiograma. As principais dificuldades enfrentadas foram a resistência de

alguns usuários a realizar exames por que já tinham feito para a consulta com especialista, e os idosos que moravam sozinhos e muito distantes. Ambas foram resolvidas mediante estratégias tomadas pela equipe.

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

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

O gestor por meio da farmácia do município entregou para a equipe a maioria dos medicamentos de uso crônico, que foram levados para todas as comunidades no dia do atendimento agendado, e entregues para cada usuário, na ausência deles ao ACS que se responsabilizou na entrega. Os outros medicamentos de alto custo foram disponibilizados um dia no mês (dia 6 de cada mês), para os usuários da zona rural comparecerem na secretaria de saúde onde seria entregue uma nota para eles pegarem o medicamento na Farmácia Popular, cujo pagamento seria por meio da secretaria de saúde. Dessa forma, todos nossos usuários tenham seu tratamento garantido para todos os meses.

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

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

No primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos. O nosso objetivo foi melhorar o acesso à medicação, e foram tomadas as mesmas estratégias que para o caso dos hipertensos, especificadas no indicador anterior.

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

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

Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Até esse momento eles não enxergavam a saúde bucal como

um fator de risco importante e decisivo na aparição de futuras complicações. A ação que mais auxiliou na realização desta avaliação foi a capacitação feita pela dentista para todos os membros da equipe, incluindo os ACS, os quais examinaram cada usuário minuciosamente nas visitas domiciliares e quando viam a necessidade de atendimento especializado, eles mesmos faziam o agendamento para a consulta. Do mesmo jeito aconteceu com os demais membros da equipe nas consultas de acompanhamento.

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

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

No primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos. As estratégias tomadas para conseguir ditos resultados já foram explicadas no indicador anterior.

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

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

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

No primeiro mês da intervenção tivemos 62 hipertensos faltosos a consulta e todos receberam a busca ativa (100%). No segundo mês foram 101 faltosos e, todos receberam busca ativa (100%). No terceiro mês, não tivemos usuários faltosos e, portanto, o indicador permaneceu em 100% em relação aos dados anteriores. As ações responsáveis por estes resultados foram: a busca ativa de hipertensos faltosos por parte dos ACS a traves de visitas domiciliares e as atividades educativas desenvolvidas pela equipe, fazendo consciência da importância de uma consulta de acompanhamento de acordo com a doença de base e os fatores de risco existentes em cada usuário.

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

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

No primeiro mês da intervenção, 19 diabéticos faltosos a consulta e, todos (100%) foram buscados, no segundo mês foram 28 faltosos e, todos receberam a busca ativa (100%). No terceiro mês não tivemos usuários faltosos e, portanto, o indicador se manteve em 100% com relação aos dados do mês anterior. As ações responsáveis por estes resultados foram: a busca ativa de hipertensos faltosos por parte dos ACS por meio de visitas domiciliares e as atividades educativas desenvolvidas pela equipe, fazendo consciência da importância de uma consulta de acompanhamento de acordo com a doença de base e os fatores de risco existentes em cada usuário.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

A principal ação que ajudou com o cumprimento destes indicadores foi: a capacitação feita pela enfermeira para todos os membros da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos, incluindo o registro adequado dos procedimentos clínicos em cada consulta. A medida em que íamos realizando as consultas íamos atualizando a documentação correspondente e ao final de nossa intervenção todos os prontuários clínicos, fichas espelho, e demais registros específicos ficaram atualizados em 100% em todos os usuários deste grupo.

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

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

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

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

Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

Dentro das ações que auxiliaram o cumprimento destes indicadores temos a capacitação feita pela médica para toda a equipe de como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação, e estratégias para o controle de risco modificáveis, que possibilitou aos ACS e enfermeira o acompanhamento adequado destes usuários. Priorizando o atendimento dos hipertensos avaliados de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Foram 222 no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%)

usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

A ação que auxiliou o cumprimento destes indicadores foi o desenvolvimento de práticas coletivas sobre alimentação saudável, a conscientização da população, a participação das lideranças das comunidades na divulgação de atividades de educação em saúde, realizadas por todos os membros da equipe com o apoio da nutricionista no NASF.

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

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

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

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

Foram 222 usuários hipertensos que receberam orientações sobre prática da atividade física no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

Com as palestras, atividades coletivas, as consultas de acompanhamento e as divulgações realizadas pelos integrantes da equipe, a comunidade se envolveu na rotina das caminhadas todas as tardes, em grupos nas diferentes comunidades. E nas atividades de grupo realizadas na UBS planejadas pela equipe sempre fizemos pelo menos uma de prática de esporte acorde com as capacidades de cada usuário, ensinando todos os exercícios que poderiam realizar em casa.

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

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

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

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

Foram 222 usuários hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

A ação que auxiliou estes indicadores foi a realização do primeiro grupo de fumantes na nossa área, com o apoio do NASF e da secretaria de saúde que facilitou a compra dos medicamentos para o tratamento dos fumantes. Com prioridade para usuários deste grupo com vontade de parar de fumar. Com a formação de novos grupos futuramente.

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

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

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

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

Foram 222 usuários hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal no primeiro mês, no segundo mês 325 hipertensos e no último mês foram 331 hipertensos. Este indicador se manteve em 100% durante os três meses da intervenção. Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 70 (100%) usuários, no segundo mês foram 99 (100%) diabéticos e, no terceiro e último mês, foram 102 (100%) diabéticos.

Com o trabalho de todos os membros da equipe, principalmente dos ACS capacitados pela dentista, no final da intervenção todos os usuários estavam totalmente educados em como realizar a higienização da cavidade bucal, com técnicas corretas e a importância de fazê-lo com frequência.

4.2 Discussão

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, e sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

A intervenção ocorreu na UBS da Saudade, Serra Negra do Norte/RN e propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, para a classificação de risco de ambos os grupos e também a realização dos exames complementares para todos os usuários. Conseguimos atingir 331 usuários portadores de HAS e 102 usuários portadores de DM, tudo isso graças ao empenho de toda equipe, comunidade e gestores.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e a recepção.

A enfermeira incorporou a sua rotina as consultas de acompanhamento dos usuários de ambos os grupos, com solicitação de exames e avaliação dos riscos, permitindo uma maior quantidade de usuários atendidos. A programação e realização das atividades educativas ficaram com mais frequência, com ótimos resultados de prevenção e promoção de saúde para todas as comunidades, e maior preparação da equipe para aumentar os conhecimentos sobre os temas a debater. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como a formação e funcionamento do primeiro grupo de tabagismo da UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento destes usuários viabilizaram a organização da agenda para a atenção à demanda espontânea, e aos outros grupos, conseguindo atendimento para todos os usuários que chegam a UBS. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção é percebido pelas comunidades. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e as estratégias tomadas para realizar um acompanhamento de qualidade, gerando satisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que conhecem o motivo desta priorização, e estão todos felizes com o desenvolvimento das diferentes atividades da equipe. Apesar da cobertura alcançada nos programas ainda continuamos procurando hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, e tivéssemos procurado novas estratégias. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como já incorporamos à intervenção a rotina do serviço terá condições de continuar superando todas as dificuldades encontradas como até este momento.

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando cada dia mais o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Notamos a facilidade com que podemos coletar informações para o cálculo dos indicadores quando todos os registros estão completos e atualizados. Vamos continuar com as fichas dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que temos previsto no projeto.

Pretendemos investir na continuação da ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos da UBS. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de prevenção dos cânceres de colo de útero e de mamas na UBS. Já estamos organizando e planejando todas as medidas a serem tomadas para conseguir os resultados desejados. Tudo com a ajuda do gestor municipal de saúde e os funcionários da prefeitura.

5 Relatório da intervenção para gestores

O meu nome é Ileydis Rosales Reyes e estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde Saudade em Serra Negra o Norte, RN como médica de medicina familiar, pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, com o objetivo principal de melhorar os níveis de atendimento e da saúde da população. Neste ano, desenvolvemos uma intervenção com o apoio da Universidade Federal de Pelotas para qualificar a assistência prestada pela nossa unidade de saúde, por meio do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Durante 12 semanas, e depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população da nossa área, a equipe de saúde se propôs fazer um trabalho de intervenção, e resolveu trabalhar com as pessoas com hipertensão e diabetes. A ideia foi melhorar o atendimento como recomendado pelo Ministério da Saúde. Para isso, e com a ajuda dos ACSs, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da nossa comunidade. Além disso, capacitamos todos os membros da equipe.

Foram desenvolvidas ações de capacitação da equipe, adoção de um protocolo oficial para guiar as ações realizadas, adoção de uma ficha espelho como registro específico e uma planilha de coleta de dados para o monitoramento e avaliação das ações. Realizamos o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos, garantimos os medicamentos da farmácia popular a todos os usuários, demos orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Além disso, qualificamos o atendimento clínico.

Ao final das doze semanas de intervenção, 331 hipertensos (97,1%) e 102 (100%) diabéticos foram cadastrados e acompanhados, o que demonstra a excelência da intervenção. Quanto aos indicadores de qualidade todos foram atingidos em 100%: usuários com exames clínicos e exames complementares em

dia de acordo com o protocolo, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, com estratificação de risco cardiovascular por exame físico em dia, com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, sobre risco do tabagismo e sobre higiene bucal.

Nossa intervenção foi de muita importância para todos os usuários e para a comunidade em geral. A realização do acompanhamento adequado do grupo de Hipertensos e Diabéticos facilitou a prevenção de muitas doenças totalmente evitáveis, também a aparição de complicações típicas dessas doenças que na maioria das vezes passam despercebidas pelo desconhecimento dos sinais e sintomas que se apresentam no começo das mesmas. As atividades educativas realizadas e as práticas de grupo ampliaram a consciência e educação da população, aprendendo a trabalhar em conjunto para melhorar cada dia mais a qualidade dos serviços prestados na nossa UBS por parte de todos os profissionais.

Foram de grande importância alguns aspectos para viabilizar e melhorar nossa intervenção como: a disponibilização do laboratório clínico do município para a realização dos exames dos usuários, o aparelho de eletrocardiograma funcionando 24 horas, o transporte dos usuários com dificuldades para a cidade para realização de exames, a compra de toda a medicação para os usuários hipertensos e diabéticos, e para o grupo de fumantes, a rapidez do agendamento para as consultas especializadas, a formação e participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em nossas atividades, o trabalho da nutricionista, entre outros. A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando cada dia mais o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Agradecemos a participação ativa da gestão que colaborou imensamente para o sucesso da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O meu nome é Ileydis Rosales Reyes e estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde Saudade em Serra Negra o Norte, RN como médica de medicina familiar, pelo Programa Mais Médicos para o Brasil, com o objetivo principal de melhorar os níveis de atendimento e da saúde da população. Neste ano, desenvolvemos uma intervenção com o apoio da Universidade Federal de Pelotas para qualificar a assistência prestada pela nossa unidade de saúde, por meio do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Durante 12 semanas, e depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população da nossa área, a equipe de saúde se propôs fazer um trabalho de intervenção, e resolveu trabalhar com as pessoas com hipertensão e diabetes. A ideia foi melhorar o atendimento como recomendado pelo Ministério da Saúde. Para isso, e com a ajuda dos ACSs, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da nossa comunidade. Além disso, capacitamos todos os membros da equipe.

Ao final das doze semanas de intervenção, 331 hipertensos e 102 diabéticos foram cadastrados e acompanhados, o que demonstra a excelência da intervenção. Todos os usuários acompanhados tiveram exames clínicos e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular por exame físico em dia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, sobre risco do tabagismo e sobre higiene bucal.

A intervenção teve o impacto que desejamos e foi bem percebido pelas comunidades. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento e as estratégias tomadas para realizar um acompanhamento de qualidade, gerando satisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que conhecem o motivo desta priorização, e estão todos felizes com o desenvolvimento das diferentes atividades da equipe. Apesar da cobertura alcançada nos programas ainda continuamos procurando hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Demos à comunidade a responsabilidade e a capacidade de sentir-se responsável pelos problemas de saúde de todos, tanto individuais como coletivos,

dessa forma conseguimos um grande comprometimento e com isso aumentaram a vigilância e os cuidados da saúde sobre eles mesmos.

Tivemos uma boa participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela UBS, obtendo uma mudança dos estilos de vida da população em geral, e assim melhoramos as ações de promoção e prevenção da saúde, fazendo sentir a cada um responsável pelos problemas achados em cada local e cada estabelecimento da comunidade, sendo capazes de reconhecer as dificuldades e dar parte no momento oportuno.

A sensibilização, o respeito, o bom relacionamento, o acolhimento adequado, a troca de experiências, as orientações, e sobre todo o bom entendimento, entre a Equipe e a comunidade foram as ferramentas mais importantes para conseguir tudo o que nos propomos para melhorar a saúde de nosso povo. É de suma importância tratar a todos de forma igual, respeitosamente com carinho e com amor, da mesma forma que gostaríamos ser tratados.

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando cada dia mais o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do meu trabalho no curso realmente superou minhas expectativas iniciais, achava que ia ser um pouco mais difícil, monótono, que a resposta da população e da equipe não seriam tão rápidas, que teríamos dificuldades a enfrentar sem soluções de imediato, que a gestão não nos apoiaria 100%, enfim, uma série de obstáculos que pensei seriam um problema. Entretanto, obtive o sucesso desejado devido a participação e esmero de todos da equipe, gestores e comunidade.

O curso me ajudou imensamente na superação e atualização profissional, me obrigou a estudar todos os dias, a esforçar-me, a crescer, a buscar novas estratégias e soluções, a aperfeiçoar tanto o idioma como os conhecimentos.

Dentro dos aprendizados que acho mais relevantes estão os casos clínicos interativos, por me avaliarem como profissional dando uma noção de como estão meus conhecimentos, me atualizando, e me preparando para enfrentar qualquer situação independentemente do lugar e das condições em que aconteça.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília – DF, 2013, pagina 30- 84.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus**, Brasília - DF, 2013, pagina 39 – 143.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim	0 - Não 1- Sim
1															
2															
3															
4	1														
5	2														
6	3														
7	4														
8	5														
9	6														
10	7														
11	8														
12	9														
13	10														
14	11														
15	12														
16	13														
17	14														
18	15														
19	16														
20	17														
21	18														
22	19														
23	20														
24	21														
25	22														
26	23														
27	24														
28	25														
29	26														
30	27														

Apresentação Orientações Dados da UBS **Mês 1** Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante