

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7/**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da
UBS/ESF João XXIII, Caicó, Natal/RN**

JOSÉ ONELIO CASTILLO CALVO

Pelotas, 2015

JOSÉ ONELIO CASTILLO CALVO

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da
UBS/ESF João XXIII, Caicó, Natal/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: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C169m Calvo, Jose Onelio Castillo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS/ESF João Xxiii, Caicó, Natal/RN / Jose Onelio Castillo Calvo; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Jaccottet, Cleusa Marfiza Guimarães, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família por tudo que sempre fizeram por mim, e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, e especialmente a toda minha Equipe que trabalhou junto neste projeto de intervenção.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por abençoar minha trajetória, e por me dar a possibilidade de viver e acordar a cada dia;

Em especial a minha Orientadora Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, por ajudar com os seus ensinamentos, conselhos e paciência com todos nós.

Resumo

CASTILLO, Calvo, Jose Onelio **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF Joao XXIII, Caicó, Natal, RN. 2015.** 103f. 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.

A prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) têm sido um dos principais desafios para o trabalho da Atenção Primária em Saúde (APS), sendo a hipertensão arterial (HAS) e a diabetes mellitus (DM) as patologias mais importantes pela prevalência e morbimortalidade, a manifestação destas doenças está associada com vários fatores de risco, entre eles: elevado níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo. Recentemente, vem sendo enfatizado o risco decorrente da dieta inapropriada (baixo consumo de frutas e vegetais, alto consumo de gorduras saturadas) e da falta de atividade física. As intervenções para reduzir a morbimortalidade por DANT baseiam-se no controle da HAS, DM, dislipidemias, tabagismo, obesidade e sedentarismo. O objetivo deste trabalho foi o de melhorar a atenção à saúde aos hipertensos e/ou diabéticos atendidos na UBS João XXIII do município de Caicó/RN, a população alvo foram os usuários hipertensos e/ou diabéticos moradores na área de abrangência da UBS, que foram cadastrados no programa. Para alcançar o objetivo implantamos a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde para atenção destes usuários, e foram realizadas ações visando a qualificação da prática clínica, o engajamento público, melhoria na gestão dos serviços, e monitoramento e avaliação. Nossa UBS atende uma população de 3116 habitantes, e a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 2121, o que corresponde a 67% da população total, estima-se 391 hipertensos e 114 diabéticos. Como resultado da intervenção se pode observar que conseguimos chegar a uma cobertura de 80% de usuários cadastrados com HAS e DM, se recuperou 100% de usuários faltosos à consulta através da busca ativa realizada pelos ACS. Alcançamos 100% das metas traçadas, com exceção de dois indicadores, que ficaram um pouco abaixo, proporção de cadastrados com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, que ficou em 90% para hipertensos, e 97,8% para os pacientes diabéticos, em razão da demora no recebimento dos resultados destes exames, e proporção de pacientes com prescrição de medicamentos da farmácia popular que ficou em 74% para os pacientes hipertensos e 75.8% para os diabéticos, pois o município atravessa uma situação crítica com o abastecimento de medicamentos especificamente para estas doenças, além disso alguns pacientes tratados por especialistas adquirem os medicamentos com recursos próprios. A intervenção na UBS propiciou a melhoria dos registros, a qualificação da atenção a estes usuários, a equipe encontra-se mais preparada e a comunidade mais informada sobre as formas de cuidado para prevenção e controle destas doenças, os usuários demonstram satisfação com a intervenção e estamos trabalhando para atingir 100% de cobertura em todas as ações.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família, promoção da saúde, hipertensão, diabetes, doenças crônicas, avaliação de serviço.

Lista de Figuras

Figura 1	Prédio adaptado da UBS/ESF João XXIII município de Caicó, Natal/RN	57
Figura 2	Ação coletiva de educação em saúde	58
Figura 3	Atendimento clínico na UBS conforme o protocolo do Ministério da Sa	60
Figura 4	Atendimento clínico realizado em visita domiciliar	60
Gráfico 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	62
Gráfico 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	63
Gráfico 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Gráfico 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	65
Gráfico 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	66
Gráfico 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	67
Gráfico 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada	68
Gráfico 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada	69
Gráfico 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	70
Gráfico 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	71
Gráfico 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	72

Gráfico 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	72
Gráfico 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	74
Gráfico 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	75
Gráfico 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	76
Gráfico 16	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	77
Gráfico 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular	78
Gráfico 18	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular	79
Gráfico 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	80
Gráfico 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	80
Gráfico 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	81
Gráfico 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACD	Auxiliar de Consultório Dental
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IRA	Infeção Respiratória Aguda
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS	Relatório de Análise Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DANTs	Doenças e Agravos não Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
CD	Cirurgião – Dentista
ASG	Auxiliares de Serviço Geral

Sumário

Apresentação	
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS 13
1.2	Relatório da Análise Situacional..... 15
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional 26
2	Análise Estratégica 27
2.1	justificativa..... 277
2.2	Objetivos e metas..... 290
2.2.1	Objetivo geral..... 29
2.2.2	Objetivos específicos e metas 29
2.3	Metodologia..... 312
2.3.1	Detalhamento das ações 312
2.3.2	Indicadores 433
2.3.3	Logística..... 49
2.3.4	Cronograma 501
3	Relatório da Intervenção..... 54
3.1	Ações previstas e desenvolvidas 53
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas 58
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... 58
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços 58
4	Avaliação da intervenção..... 61
4.2	Discussão..... 835
5	Relatório da intervenção para gestores 87
6	Relatório da Intervenção para a comunidade 891
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... 914
	Referências 936
	Anexos 94

Apresentação

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) João XXIII no município de Caicó Natal/RN com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da referida UBS.

Este volume engloba a **Análise Situacional**, com a descrição inicial da situação da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família no meu município, e dos principais problemas detectados, o Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois textos; a **Análise Estratégica**, que é o projeto de intervenção a ser implantado; o **Relatório da Intervenção**, apresenta as atividades realizadas e descreve os principais aspectos da implantação das ações; os **Resultados da Intervenção**, que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; **Discussão** e as **Considerações Finais**, onde é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e análise do processo de aprendizagem durante o período de realização das atividades do Curso e um **Relatório da intervenção** para o gestor e para a comunidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Neste tópico irei apresentar um pouco a situação da ESF/APS João XXIII no município de Caicó, Natal/RN onde atuo. A equipe de saúde é composta por mim, médico clínico geral, uma enfermeira que coordena a Equipe, um dentista, duas técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de serviços gerais e uma administradora. Atualmente a área possui 3116 pessoas, e estão sendo acompanhadas em nossa UBS 21 gestantes e 29 crianças menos de 1 ano.

Minha UBS neste momento está em reforma e estamos trabalhando em um local adaptado e sua infraestrutura está composta por: um consultório médico, uma sala de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de espera, uma sala para armazenar medicamentos, uma sala de vacinas, uma sala para o trabalho dos agentes de saúde (ACS), dois banheiros e uma cozinha. Nós realizamos atendimentos 8 h/dia de segunda a quinta feira, realizamos consultas agendadas, consultas espontâneas e urgências.

Organizamos as tarefas com um cronograma que contempla os atendimentos às gestantes, puericulturas, consultas para os pacientes com programa de atenção de hipertensos e diabéticos, saúde mental, assim como visitas domiciliares, temos boa quantidade de folhas de atenção individual para trabalhar assim como receituários e material burocrático. O grupo que menos visita nossa UBS atualmente são os adolescentes e jovens, por isso temos agendadas atividades educativas dirigidas para esta faixa etária, e também para os pacientes hipertensos e diabéticos, fazemos atividades de promoção e prevenção do câncer de mama, e do colo de útero, e do câncer de boca, às vezes temos dificuldades com

medicamentos como por exemplo antibióticos, anti-inflamatórios e medicamentos para doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, também temos dificuldades com os exames de laboratório que tardam mais de 21 dias até recebermos os resultados. Os encaminhamentos para especialistas também são muito demorados, pois depois que entram no sistema a espera para a realização da consulta pode passar de 1 ano, e aqui em Caicó só temos ortopedistas, ginecologistas, oftalmologistas, cardiologistas e psicologistas, os outros estão disponíveis no município de Natal que fica há 256 Km de Caicó.

Com relação ao aspecto epidemiológico, o nosso município apresenta uma alta prevalência de doenças respiratórias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, verminoses, doenças reumáticas, ainda temos as doenças endêmicas como varicela, conjuntivites e dengue, temos um paciente com hanseníase e outro com tuberculose.

Com a chegada do Programa Mais Médicos, a população passou a receber uma maior cobertura do atendimento, e a minha perspectiva de trabalho é de melhorar os indicadores de saúde do município de Caicó, fortalecer a promoção de saúde e prevenção das doenças, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis trabalhando sobre os fatores de riscos.

Eu acredito que temos que trabalhar muito forte para atingir os meus objetivos e de meus colegas, mas tenho certeza que com apoio da Equipe iremos alcançá-los, e a realização do Curso de especialização vai me ajudar muito a elevar a qualidade da atenção primária em saúde, e vamos crescer como profissionais e ganhar muito em conhecimentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caicó é um município brasileiro localizado no interior do estado do Rio Grande do Norte, localiza-se na microrregião do Seridó ocidental, na região centro sul do estado, distando 256 km da capital estadual, Natal. Atualmente, tem uma população total de 63 147 habitantes. Com relação ao sistema de saúde pública, conta com 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 18 com modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e quatro com modelo tradicionais, uma tem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não temos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quanto à disponibilidade de atenção especializada, tem cobertura para 14 especialidades, por exemplo, em Caicó temos consultas de ortopedistas, ginecologistas, cardiologistas, oncologistas e psicologistas e em natal temos neurologistas, otorrinolaringologia, nefrologia, urologia, endocrinologia, geriatria, pneumologia, entre outras. Conta com três hospitais, dois regionais e um oncológico, tem boa disponibilidade de exames laboratoriais, por exemplo, área de imunologia, área de microbiologia, área de bacteriologia, análise de produto (água para consumo humano), pesquisa de coliformes totais, pesquisas de coliforme termo tolerantes e de turbidez.

Com relação a minha UBS, ela está localizada na área urbana na periferia do município, o modelo de atenção é de ESF, com gestão plena do município e totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, tem vínculo com a nova Faculdade de Medicina, a UBS está acolhendo um grupo de estudantes desta Faculdade. Na UBS existe somente uma equipe de saúde, composta por um médico clínico geral, uma enfermeira que coordena a equipe e atende os grupos de ações programáticas, um dentista, duas auxiliares de serviços gerais (ASG), uma administradora, uma auxiliar de consultório dentário (ASB), duas técnicas em enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos em sete micro áreas.

Com relação à estrutura física da UBS, posso dizer que minha unidade foi demolida faz dois anos e que a equipe de saúde passou a trabalhar em um local adaptado que era uma antiga fábrica de boné. Este local tem muitos problemas

estruturais, o que dificulta muitas vezes o bom funcionamento de nosso trabalho. De modo geral, a UBS tem somente duas portas, uma de entrada e outra que sai para um quintal; tem uma sala de espera para aproximadamente 30 pacientes, onde também estão os prontuários, organizados em duas estantes, por não existir sala de recepção para acolhimento. São as mesmas técnicas de enfermagem que fazem os agendamentos e organizam os prontuários. A UBS tem uma sala de reuniões e educação em saúde, onde ficam os ACS.

Dispõe de um consultório médico muito pequeno climatizado, com um banheiro e uma maca, mas não tem muita privacidade, e um consultório de enfermagem sem banheiro, onde a enfermeira tem que fazer também os curativos e outros procedimentos, por não ter salas específicas para estes fins. Existe uma sala pequena para vacina, uma sala de farmácia, mas não temos salas de nebulização. Temos um consultório de odontologia, mas não existe área específica para compressor. Também não temos sala de esterilização e coleta de material. Existe uma cozinha e dois banheiros para pacientes. Pouco ambiente da UBS tem janelas e iluminação natural. Todos os pisos são laváveis e de superfícies lisas, a cobertura de proteção é de laje e as duas portas não são do tipo de alavanca.

Apesar disto, minha UBS tem poucas barreiras arquitetônicas. Ela é adequada para o acesso de pessoas deficientes, mas não existem cadeiras de rodas à disposição dos mesmos. As principais limitações que podemos mencionar são a falta de sala de nebulização, e, portanto, não existe nebulizador ou bomba com espaçador, o que significa que não podemos fazer tratamentos aos casos de asma ou bronquites, necessitando encaminhar estes pacientes ao hospital regional. Com relação a atenção odontológica o consultório necessita manutenção, e o município não oferece a confecção e instalação de próteses, o que só está disponível nos serviços privados. Como a população é muita carente de recursos econômicos, não conseguem receber consultas odontológicas com especialistas, existindo um grupo grande de pacientes com problemas dentários.

Penso que com um bom trabalho de nossa parte, conseguiremos realizar uma intervenção satisfatória e daremos soluções para algumas das dificuldades, sendo importante seguir estudando e atuando nos diferentes processos de trabalho da UBS, fazendo um maior planejamento para diminuir as diversas dificuldades ou o efeito negativo das mesmas, visando melhorar a saúde da comunidade. É necessário conhecer a verdadeira realidade da comunidade, a fim de poder

implantar estratégias e programas capazes de contribuir com a melhora da sua qualidade de vida e das nossas condições de trabalho, envolvendo também os gestores municipais.

Com relação às atribuições da equipe, minha ESF tem feito o mapeamento da área de atenção, com a sinalização de comércios locais, igrejas, escolas e creches, contando para isso com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. São desenvolvidas ações como: identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos á riscos, identificação de grupos de agravos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, entre outras. Estas atividades são realizadas no domicílio, nas escolas e na creche que existe na área. As atividades realizadas nos domicílios são: consultas médicas e de enfermagem, aferição da tensão arterial, teste de glicemia capilar, curativos, vacinação, revisão puerperal, educação em saúde, entregas de medicamentos, trocas de sondas e, às vezes, aplicação de medicamentos por via intramuscular.

Considero que conseguiremos incentivar a equipe de saúde para realizarem outras atividades que ainda não são realizadas, especialmente pelos ACS, que são profissionais importantes para que a Atenção Primária à Saúde alcance seus objetivos, como por exemplo: busca ativa de pacientes com doenças e agravos de notificação obrigatória, que eles já fazem, mas não com muita qualidade, eu compartilhei minha experiência em Cuba e em outros países para melhorar esta ação, e também com relação a sua participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Em relação à população da área adstrita, nossa área está composta por um total de 3116 habitantes, sendo que 2440 são pessoas de 15 anos ou mais. Temos 1163 mulheres de 10 a 59 anos, sendo que atualmente existem 22 gestantes cadastradas, 39 crianças menores de 1 ano, 96 crianças menores de 5 anos, e 343 pessoas maiores de 60 anos. Esta população está dividida em 7 micro áreas, cada uma acompanhada por um ACS, que nos trazem toda as problemáticas de sua população.

Com relação à atenção à demanda espontânea de nossa UBS, o acolhimento se inicia desde a chegada do pessoal, onde o paciente é acolhido pelas técnicas de enfermagem, já que minha unidade não tem recepcionistas, e posteriormente pela enfermeira e pelo médico no consultório. Em média os usuários têm pelo menos dez minutos para que suas necessidades sejam escutadas, já que,

gosto de fazer uma correta anamnese e exame físico completo, e depois explicar bem claro tudo que for relacionado com a doença e tratamento, para que o paciente não fique com dúvidas, e isso leva mais ou menos dez minutos.

A UBS abre às 07:30 horas, sendo realizado o acolhimento dos usuários na sala de espera. Agenda-se 20 fichas para que todos os pacientes sejam atendidos e, além disso, todos os pacientes que cheguem depois deste horário, caso algum necessite de atendimento no dia também será atendido imediatamente, e se necessitar de atendimento imediato também é atendido com rapidez, como por exemplo, pacientes com febre, vômitos, crise de hipertensão arterial, hiperglicemia, crise de asma bronquial, entre outros. Os pacientes que precisem trocar receitas, adquirir medicamentos para doenças crônicas, são orientados pela equipe, fazem uma triagem de enfermagem e avaliam os distintos riscos biológicos. Se o problema pode ser resolvido na UBS, resolve-se; se não, orienta-se o paciente ir para o Hospital Regional do município. Além da avaliação do risco biológico, também se busca uma avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir os encaminhamentos da demanda dos usuários.

Com o estudo do Caderno de Atenção das demandas espontâneas e do fluxograma apresentado, dispomos de uma ferramenta muito importante, que é uma ajuda para podermos continuar organizando o acolhimento das demandas espontâneas nossa UBS. Em nossa UBS não existe excesso de demanda espontânea. Uma das maiores dificuldades que temos são os encaminhamentos aos especialistas, os quais podem levar até oito meses para ser atendidos, o que traz como consequência a insatisfação da população. Por isso, eu acho necessário mesclar todos os grupos de apoio e gestores de saúde em momentos de discussão para que se resolva este problema.

Em relação à saúde da criança, se realizam consultas de puericultura todas as segundas-feiras em um turno. Estas são feitas por mim, conjuntamente com a enfermeira e técnicas de enfermagem. Sempre são solicitadas as Carteiras de criança para avaliar o estado vacinal das mesmas e as curvas de crescimento estaturas e ganho ponderal, para assim avaliar seu estado nutricional. Todas as consultas programáticas começaram a partir da implantação da ESF, e através das visitas domiciliares, estamos oferecendo atividades de orientação e promoção em saúde a todas as mães, sempre explicando a importância do acompanhamento adequado das crianças, além de oferecer orientações sobre como prevenir

acidentes, violências, e também sobre hábitos de alimentares saudáveis. Até o momento, minha UBS nunca teve grupos para mães das crianças da puericultura, mas com nosso trabalho de EFS e após concluído o cadastramento total da população, devemos conseguir a formação deste grupo.

Atualmente, são desenvolvidas ações relativas ao cuidado da criança, por exemplo: tratamento de problemas clínicos gerais, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno exclusivo. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como não temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, estas duas atividades seriam importantes para a identificarmos mais facilmente as crianças faltosas e as com atrasos nas vacinas. Na UBS é realizado atendimento de puericultura para crianças de 0 a 12 meses com periodicidade mensal, mas se existir algum caso de risco, esta criança é avaliada semanalmente ou encaminhada. As crianças de 12 a 24 meses são atendidas trimestralmente, e as com até 72 meses, semestralmente.

Existe demanda de crianças até 72 meses para atendimentos de problemas de saúde agudos, os mais frequentes são: infecções respiratórias agudas, verminoses e doenças de pele, mas essa demanda não é em excesso. É um desafio para a equipe da UBS melhorar os aspectos na atenção à saúde da criança que dependem de nosso esforço. Já estamos trabalhando para incrementar as captações de neonatos com visitas domiciliares periódicas de nossos agentes comunitários como estratégia de nossa equipe. Eles têm que informar toda puérpera de nossa área com egresso da maternidade antes dos 7 dias, para fazermos a visita, orientar a importância de atendimento com os profissionais e elaborar o arquivo de atenção de puericultura. Com relação à cobertura e aos indicadores de qualidade temos segundo o CAP a estimativa é de 46 e na UBS temos cadastradas 39 crianças, 85 % da estimativa, com relação os indicadores de qualidade se observa que 100% das crianças estão com vacinas em dia, e 36 % com avaliação de saúde bucal, 100% com orientação para alimentação materno exclusiva, e com orientação para prevenção de acidentes, e existe 31% de crianças com atraso da consulta em mais de 7 dias.

Com relação à organização do cuidado Pré-natal e puerperal, a ESF realiza atendimento pré-natal todas as quintas-feiras de manhã, e após realizado o atendimento a gestante sai com a próxima consulta programada. Não existem

gestantes fora da área de cobertura fazendo pré-natal na minha UBS. Este atendimento é realizado pelo médico, enfermeira e também pelo cirurgião dentista. Não temos protocolo de atendimento para o pré-natal, mas são desenvolvidas todas as ações fundamentais no cuidado da gestante para alcançar um adequado atendimento pré-natal e evitar complicações durante a gravidez e o parto, como por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, vacinas, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis. Os atendimentos das gestantes são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimento odontológico e fichas espelho de vacinas. Utiliza-se o cartão da gestante e sempre se explica a mesma o significado do posicionamento do peso na curva de ganho ponderal, a importância da avaliação de saúde bucal, e se recomenda a revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da UBS uma vez ao mês, onde também participam a enfermeira, o médico e agentes comunitários. Ainda temos vários pontos fracos do atendimento pré-natal e estamos trabalhando muito intensamente para mudar os indicadores, tais como cadastramento desatualizado, atraso na consulta de alto risco, atraso para fazer os exames laboratoriais e captações tardias de gravidez. Eu acho uma boa ideia trabalhar na confecção do arquivo específico para gestantes, algo que minha unidade ainda não tem, para que tenhamos maior controle do acompanhamento das mesmas e, uma vez identificadas as que não compareceram às consultas, dirigir visitas direitas às faltosas.

Da mesma forma, é necessário fazer uma busca ativa de gestantes para ampliar a cobertura e as captações precoces, além de também organizar o trabalho para que as puérperas sejam acolhidas tanto pelo médico como pela enfermeira nos primeiros sete dias depois do parto. Neste aspecto, os ACS têm papel importante, devendo estar munidos de informações sobre suas gestantes e sobre as datas do parto para assim garantir um atendimento de qualidade. Com relação à cobertura a estimativa seria 47 e atualmente existem cadastradas 22 gestantes 46%, com relação aos indicadores de qualidade 100% recebeu a solicitação de exames laboratoriais na 1º consulta, 100% com vacinas antitetânicas conforme a protocolo,

100% com orientação para aleitamento materno exclusivo, e um 14% com exame ginecológico por trimestre.

Com relação ao câncer de colo de útero, em minha UBS para fazer os preventivos a coleta é realizada pela enfermeira uma vez por semana, todas as quintas-feiras a tarde, com agendamentos prévios. Os atendimentos são registrados de forma adequada num livro de registros. As pacientes são orientadas a voltar para consulta uma vez que tenham o resultado, para que se possa oferecer um acompanhamento adequado, mas nem todas cumprem as orientações e demoram muitos meses para voltar e ter novas orientações de acordo com o resultado do preventivo. Essa é uma das maiores dificuldades que temos, os resultados às vezes demoram até 5 meses para chegar à UBS e as mulheres, por isso, não querem fazer o preventivo.

Estamos trabalhando muito forte neste sentido, e tanto nas consultas como nas visitas domiciliares a equipe desenvolve atividades de orientação para aquelas pacientes que não realizam este exame de forma periódica, além de identificarmos as que nunca fizeram, sempre explicando a importância de um diagnóstico precoce da doença. Não temos mulheres de fora da área de cobertura fazendo acompanhamento na unidade. Não temos protocolo para atendimento de câncer de colo de útero e não temos arquivo específico para o registro dos resultados. Com relação à cobertura de 796 temos cadastradas 510 mulheres entre 25 a 64 anos 64%, delas 24% tem exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia, 29% com exame cito patológico de câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 8 exames cito patológico para câncer de colo de útero alterado, 100% com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e 100% com exames coletados com amostra satisfatórias,

Com relação a controle de câncer de mama, em nossa UBS fazemos na consulta orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade e controle de peso corporal. São realizadas ações sobre os malefícios do consumo de álcool, de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, incluindo autoexame da mama e solicitação de mamografia. Não temos mulheres fora da área de cobertura de nossa UBS fazendo acompanhamento na unidade.

O tipo de rastreamento do câncer de mama que fazemos é pontual, ou seja, no momento que chega a mulher a consulta e se queixa de algum sintoma. Os

atendimentos das mulheres que realizam mamografias são registrados somente em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama. Tudo isso impossibilita o conhecimento da profundidade dos resultados, mas estamos trabalhando muito forte neste sentido, planejando estratégias para aumentar os indicadores deste programa. Com relação à cobertura e aos indicadores de qualidade para o indicador de cobertura temos estimativa de 238 e minha unidade tem cadastrada 178 mulheres entre 50 a 69 anos para prevenção de câncer de mama 75%, delas existe 37% com mamografias em dia, 56% com mais de 3 meses em atraso, e 100% com avaliação de risco e com orientação sobre prevenção do câncer de mama. Acredito que uma vez finalizado o novo cadastramento e uma maior organização do trabalho estes indicadores irão melhorar muito.

Com relação aos usuários hipertensos, os indicadores de cobertura para a população é de 60%, de 656 usuários hipertensos estimados na área, atualmente a unidade tem cadastrados somente 392 pacientes, 22 % com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, e 51% com exames complementares periódicos em dia, 74 % com orientação sobre práticas de atividades físicas, e 26 % com avaliação de bucal em dia. O atendimento de adultos portadores de hipertensão é realizado, às segundas feiras no turno da manhã, sendo realizados pelo médico, enfermeira, técnicas de enfermagem Nas consultas sempre se realizam ações dirigidas a fomentar hábitos alimentares saudáveis, orienta-se sobre o controle de peso corporal, estimula-se a prática regular de atividades físicas e se orienta sobre os malefícios do tabagismo. Sempre se explica aos pacientes como reconhecer sinais de complicações da HAS. Além disso, são desenvolvidas ações que estão qualificando a atenção ao cuidado aos pacientes hipertensos como por exemplo: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de saúde, de problemas bucais, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Sempre se diz a data da próxima consulta.

Além das consultas programadas para acompanhamento de pacientes hipertensos, existe demanda de adultos para atendimento de problemas agudos, mas não em excesso. Também não temos pacientes de fora da área de cobertura da nossa UBS fazendo acompanhamento na unidade. Todos os atendimentos são registrados somente nos prontuários clínicos, já que não existe arquivo específico

para os registros de hipertensos. Também não temos protocolo de atendimentos para adultos portadores de HAS.

Com relação ao cuidado dos usuários com Diabetes Mellitus (DM), fazemos atendimentos de adultos portadores de DM também todas as segundas-feiras pela manhã, sendo que nas consultas sempre realizamos ações para promoção de hábitos saudáveis, controle de peso corporal, estimula-se a prática regular de atividades físicas, orienta-se sobre os malefícios do tabagismo, etc. Este acompanhamento é feito pelo médico, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem e ACS. Nas consultas são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os pacientes saem com a próxima consulta programada. Da mesma forma que para os hipertensos, além das consultas programadas, existe demanda de adultos para atendimento devido a problemas agudos, mas não em excesso.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, e temos dificuldades já que não temos protocolos de atendimentos de diabéticos, nem arquivo específico para os registros dos atendimentos. Não há profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos pacientes com DM, às vezes faltam os medicamentos para tratamento destas doenças e os resultados dos exames demoram muito para chegar. Além disso, também em todas as minhas consultas, todos os dias, eu faço busca ativa de HAS e DM. Ou seja, todo o paciente que chega é investigado quanto a fatores de risco, para diagnosticar precocemente estas doenças. Com relação à cobertura e aos indicadores de qualidade, o indicador de cobertura neste grupo é estimado 188 e atualmente em minha UBS existem cadastrados. 114 pacientes diabéticos 61%, deles 39% com atraso da consulta adequada em mais de 7 dias e 55% com avaliação de saúde bucal em dia. 61% com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, 61% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses o mesmo por cento.

Com relação à atenção à saúde dos idosos, realiza – se atendimentos de idosos todos os dias da semana e nos dois turnos de trabalho, neste atendimento participam o médico clínico geral, a enfermeira, o odontólogo, as técnicas de enfermagem, os psiquiatras e os ACS, e após à consulta o idoso sai da UBS com o retorno programado e agendado. Não temos pacientes idosos fora da área de

cobertura da minha UBS em acompanhamento na unidade. Com relação a atenção odontológica o dentista brinda atenção todos os dias de manhã e de tarde sempre agendadas as consultas por os ACS seguem a micro área a que pertencem e uma vez começada a intervenção se aumentarão o número de vagas para priorizar aos pacientes hipertensos e diabéticos, temos como dificuldade que não tem serviço de próteses só nas clinicas privadas o que atrapalha o bom funcionamento dos atendimentos.

Nas consultas são desenvolvidas ações no cuidado aos idosos, tais como imunizações, promoção de atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Não temos protocolo de atendimento para idoso, mas sempre se realiza uma atenção de qualidade para eles. Também não temos protocolos para regular o acesso os idosos a outros níveis do sistema de saúde. Sempre se explica ao idoso ou aos seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde de maior prevalência em idosos, tais como HAS, DM e depressão. Os atendimentos dos idosos são registrados nos prontuários, fichas de atendimento odontológico, fichas espelho de vacinas, Caderneta de saúde da pessoa idosa. Esta caderneta é solicitada e preenchida em cada consulta por todos os profissionais da UBS, atualizando todas as informações como vacinas, controle de Pressão Arterial (PA), peso, glicemia, assim como a data da próxima consulta programada segundo o calendário do ministério de saúde.

Não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco, procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas, entre outras ações. Também não existe profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, o que seria essencial para que a equipe possa planejar e avaliar qualquer ação programática da unidade. Com relação a Caderno de Ações Programáticas, há uma diferença entre os valores nele estipulados para minha população e o real, resultando que são bem menores.

No entanto, estou seguro que depois de terminado o novo cadastramento estas estatísticas irão melhorar muito. Com relação à cobertura e aos indicadores de qualidade temos que o indicador de cobertura é estimado 343 e nós temos

cadastrados um total de 281 (82%) idosos com mais de 60 anos residentes na área e acompanhados na UBS, deles 100% tem caderneta de saúde da pessoa idosa, não temos avaliação multidimensional rápida , entretanto 60% estão com acompanhamento em dia , 43% são hipertensos e 30% Diabéticos, e só 12% com avaliação de risco para morbimortalidade estamos trabalhando muito forte para melhorar este percentual. Analisando em sentido geral a situação da minha unidade posso dizer que existem potencialidades e limitações que ainda devem ser melhoradas, por exemplo como limitações está a relação de medicamentos definidos no elenco de referência nacional de medicamentos na atenção básica, só contamos com medicamentos essenciais, temos falta de antibióticos importantes , medicamentos para doenças crônicas como HTS, e DM, entre outros, não contamos com testes diagnósticos a fresco de secreção vaginal, de gravidez, nem para a detecção de alterações patológicas na urina, não existem arquivos específicos para os registros das diferentes doenças, e também não existe protocolo para o acompanhamento destes pacientes, com relação à atenção aos pacientes idosos não temos avaliação multidimensional rápida , nem indicadores de fragilização na velhice, nem contamos com protocolo para eles.

Um ponto que temos potencialidades é para aumento o número de consultas de puericultura, a atenção pré-natal reduz o número de atendimentos por demanda espontânea, temos conseguido uma melhoria em termos das consultas programáticas, e ampliamos número de horas abertas da UBS. Está sendo desenvolvido um acolhimento com qualidade, sempre com uma escuta adequada, evitando diferenciações injustas, realizando avaliação e estratificação de risco e priorizando aquelas situações de urgência.

Através deste relatório, posso identificar como principais desafios o de melhorar os indicadores de saúde do município e, sobretudo, de minha população; fortalecer a prevenção e promoção da saúde, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, trabalhando sobre os fatores de riscos, fortalecer o trabalho educativo nos grupos com maior risco (adolescentes, consumidores de drogas e de álcool), organizar os atendimentos aos pacientes idosos, e garantir avaliação de risco, fazer promoção e captação para as consultas de puericulturas e pré-natal, entre outros. Acredito que com o trabalho de todos no dia-a-dia, especialmente com a união das equipes, conseguiremos que a atenção básica de saúde seja um sucesso Brasil.

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

Depois de fazer um análise situacional exaustivo, considero que com relação à tarefa na segunda semana de ambientação de Qual a situação da ESF-APS em meu serviço existe uma grande diferença, agora eu tenho outra visão já que muitas coisas mudaram, e através deste análise abordei muitas temáticas de interesse que me permitiram refletir sobre a importância do conhecimento de minha população e seus problemas, condições culturais, econômicas e sociais, podendo-se observar algumas potencialidades de mudanças como por exemplo, a partir do novo cadastramento a equipe encontra-se muito mais engajada com a população adstrita, realizando a busca ativa daquelas pessoas que precisam de atendimento domiciliar, além de identificar e orientar as que precisam de atendimento de imediato, estamos trabalhando forte para melhorar as formas de registros de todas as ações desenvolvidas na UBS, já foram reorganizados os arquivos para o armazenamento dos prontuários, mais ainda continuamos trabalhando neste sentido.

Aumentamos o número de reuniões de equipe, onde readequamos a agenda de trabalho, organizamos os processos, discutimos casos clínicos que foram vistos durante a semana e os casos que foram colocados pelos os ACS. Em minha UBS, apesar de não contarmos com condições estruturais favoráveis, nossa equipe tem intensificado, fortalecido e valorizado as ações educativas, tem fomentado um vínculo mais estreito com a população, agora me sinto com mais capacidade para poder planejar ações e implantar um trabalho muito forte e duradouro, tenho a Certeza de que todos juntos vamos a conseguir resultados muito positivo.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

As intervenções para reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) baseiam-se no controle da HAS, DM, dislipidemias, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS a ausência de programas abrangentes de prevenção das DANTs dirigidos à população adulta caracteriza a dificuldade para a detecção e o controle dessas doenças. Os custos financeiros, diretos e indiretos, decorrentes desse grupo de doenças incluem desde a perda da capacidade produtiva dos trabalhadores, o absenteísmo, os tratamentos clínico e cirúrgico, a reabilitação, até a aposentadoria precoce.

Com relação à estrutura física da UBS onde será realizada a intervenção, a UBS funcionava em um prédio antigo que foi demolido faz dois anos e a equipe de saúde passou a trabalhar em um local adaptado que era uma antiga fábrica de bonés. Este local tem muitos problemas estruturais, o que dificulta muitas vezes o bom funcionamento de nosso trabalho. De modo geral, a UBS tem somente duas portas, uma de entrada e outra de saída, que dá para um quintal; tem uma sala de espera para aproximadamente 30 pacientes, onde também estão os prontuários, organizados em duas estantes, não existe sala de recepção para acolhimento. As técnicas de enfermagem que fazem os agendamentos e organizam os prontuários. A UBS tem uma sala para reuniões e educação em saúde, onde ficam os ACS.

Dispõe de um consultório médico muito pequeno climatizado, com um banheiro e uma maca, mas não tem muita privacidade, e um consultório de enfermagem sem banheiro, onde a enfermeira tem que fazer também os curativos e outros procedimentos, por não ter salas específicas para estes fins. A UBS conta com uma sala pequena para vacinas, um consultório odontológico (não existe área

específica para compressor), uma sala de farmácia, uma cozinha e dois banheiros para pacientes, não temos salas de nebulização e nem sala de esterilização e coleta de material

Apesar disto, a UBS tem poucas barreiras arquitetônicas, sendo adequada para o acesso de pessoas deficientes, mas não existem cadeiras de rodas à disposição. A UBS conta com somente uma equipe de saúde, composta por um médico clínico geral, uma enfermeira que coordena a equipe e atende os grupos dos programas, um cirurgião-dentista (CD), duas auxiliares de serviços gerais (ASG), uma administradora, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), duas técnicas em enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídos em sete micro áreas.

Entretanto apesar de existir um programa voltado para esta população a cobertura é considerada baixa, e muitos estão com atraso nas consultas de rotina e na realização de exames periódicos. O indicador de cobertura para esta ação programática é de 60%, sendo que de 656 usuários estimados na área, atualmente a unidade tem cadastrados somente 392 pacientes. Destes usuários, 22% tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, somente 51% tem exames complementares periódicos em dia, 74% tem orientação sobre prática de atividade física. No entanto, só 26% tem avaliação bucal em dia. Com relação ao cuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM), também fazemos atendimentos portadores de DM todas as segundas-feiras de manhã, sendo que nas consultas sempre realizamos ações de promoção de hábitos saudáveis, controle do peso corporal, estimula-se a prática regular de atividades físicas, orienta-se sobre os malefícios do tabagismo, etc. Este acompanhamento é feito pelo médico, enfermeira, cirurgião-dentista, técnicas de enfermagem.

Nas consultas são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os pacientes saem com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de adultos para atendimento devido a problemas agudos, mas não em excesso. Com relação à cobertura e indicadores de qualidade da atenção aos pacientes diabéticos também consideramos baixo, temos cadastrados 61% dos usuários estimados para a área, sendo que deles 39% encontra-se com atraso da consulta em mais de 7 dias e 55%

tem avaliação de saúde em dia, cerca de 61% tem exames físicos dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Joao XXIII município de Caicó, Natal RN

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e 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 cadastrados.

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para 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 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 cadastrados.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Joao XXIII do município de Caicó Natal RN. Serão convidados a participar os usuários Hipertensos e/ou Diabéticos moradores na área de abrangência da UBS que serão cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica.

2.3.1 Detalhamento das ações

A seguir está descrito cada objetivo e logo após as metas e ações que estabelecemos para atingi-los, após várias reuniões e debates da nossa equipe de saúde.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Como meta estipulamos cadastrar 80% de hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a HTS e DM. Pretendemos alcançar no final de 4 meses a meta proposta.

Ações e Detalhamento das ações

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Monitorando o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde que será realizado principalmente por parte do médico e da enfermeira;
 - Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;
 - Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM;
 - Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde;
 - Avaliar os materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial, e se for necessário realizar a solicitação do que possa estar faltando na UBS;
 - Garantir material adequado para realização de testes de glicose capilar na unidade de saúde.com relação ao engajamento público a traves dos ACS.

Detalhamento das ações

Atualmente, em minha unidade, só é oferecido atendimento a este grupo nas segundas feiras de manhã, porém iremos ampliar estes atendimentos para todos os dias, e eu estou fazendo pesquisa nas consultas para assim avaliar fatores de risco e conseguir diagnosticar outros pacientes com estas doenças que ainda não estejam cadastrados.

A enfermeira e eu iremos avaliar semanalmente os materiais necessários para a realização dos testes de glicose capilar, e realizar a solicitação do que possa estar faltando na UBS para manter a regularidade da realização dos testes.

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

Detalhamento das ações

As informações sobre a necessidade de realizar as consultas devem ser sistemáticas, e reforçadas em todas as consultas por todos os profissionais, anualmente serão planejadas atividades coletivas tipo feira / campanha como forma

de divulgar para um maior número de pessoas as ações realizadas na UBS e ao mesmo tempo realizar atividades educativas em saúde. Nestas ações prevemos a participação de todos os profissionais da UBS e desta forma pretendemos melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações

Em relação à qualificação da prática clínica, vamos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da UBS, assim como, as técnicas de enfermagem para a verificação da pressão arterial e a realização de testes de glicose capilar, além disso, vamos realizar um treinamento com a leitura dos protocolos e discussão dos seus conteúdos, além de treinamento prático, estas ações serão realizadas principalmente por o médico, e pela enfermeira, semanalmente.

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

Meta realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico;
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações

Para isso é necessário melhorar os registros de informações, mantendo as fichas espelhos e prontuários de acompanhamento de 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos atualizados, e revisar periodicamente este material para realizar busca ativa dos pacientes com exames e consultas não realizadas, esta ação será desenvolvida por mim e pela enfermeira da UBS.

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 periodicidade para atualização dos profissionais;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde;
- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações

Já temos definidas as atribuições de cada membro da equipe, no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos por exemplo, as técnicas de enfermagem realizam peso, comprimento, verificam PA, realizam testes de glicose capilar, identificam fatores de riscos a HAS e DM, a enfermeira realiza exame físico geral, calcula IMC, dá orientações, indica exames complementares, e o médico realiza anamneses, exame físico, avaliação laboratorial, avaliação cardiovascular e prescreve tratamento, também vamos organizar capacitação para todos os profissionais da equipe de saúde de acordo com os protocolos adotados pois anteriormente não existia protocolo, mais já providenciamos uma versão impressa dos mesmos.

Iremos solicitar exames clínicos conforme a necessidade de cada paciente hipertensos e diabéticos, assim como exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e iremos envolver os gestores de saúde para que garantam uma maior agilidade na realização dos mesmos já que um dos maiores desafios que temos, é reduzir a demora na realização destes exames.

Iremos também estabelecer sistemas de alerta para que todos os pacientes realizem seus exames laboratoriais a tempo, e vamos solicitar a realização da 1ª consulta odontológica inicialmente os pacientes hipertensos e diabéticos, e a realização de ações de saúde bucal em 100% dos pacientes cadastrados no programa dando dicas básicas, em consultas, encontros ou palestras, para a realização de uma higiene bucal adequada e dieta saudável com por exemplo: como escovar corretamente os dentes, uso fio dental, evitar o excesso de açúcar, e uso do tabaco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações

Através dos ACS e outros membros da equipe de saúde se fará a orientação para os pacientes e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, vamos dar prioridade aos pacientes vulnerável e que tenham alto risco, sempre fazendo uma boa anamnese e orientação ao paciente sobre seu risco e a importância de comparecer à UBS para controle, além disso, vamos orientar os pacientes e divulgar na comunidade a necessidade de realização de exames complementares, e a periodicidade com que devem ser realizados, também temos que continuar trabalhando forte na educação da população sobre a importância da saúde bucal para todo os pacientes e especialmente para os hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações

Para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, irei capacitar a equipe para seguir os protocolos do MS, que serão adotados, iremos rever as rotinas como a de solicitação de exames complementares para estes pacientes, e capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, assim como capacitá-los para ações de promoção em saúde e sobre a importância destes pacientes realizarem a 1ª consulta odontológica anual, estas capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe semanalmente e organizadas por mim ou por outros profissionais como o cirurgião dentista e enfermeira.

Objetivo 3 Melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao programa

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

Detalhamento das ações

Neste caso as técnicas de enfermagem irão monitorar semanalmente o cumprimento das consultas previstas segue protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento das ações

Contamos com apoio dos ACS para organizar e aumentar as vistas domiciliares e para realizar busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos, vamos discutir os casos regularmente nas reuniões da equipe para se ter um maior controle dos faltosos.

A organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas ativas depende de um trabalho diário, uma vez identificados os pacientes faltosos nas vistas domiciliares estes serão agendados imediatamente, esta ação ocorrerá de forma contínua até chegarmos ao objetivo traçado.

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 de diabetes (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações

Para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas a equipe irá fazer palestras e outras atividades de promoção tanto na UBS como em outros espaços sociais sobre a existência do programa e a importância de manter uma periodicidade na realização das consultas.

Vamos ouvir melhor a comunidade sobre estratégias para reduzir a evasão dos portadores de hipertensão e diabetes, vamos realizar atividades na comunidade para um melhor relacionamento com os usuários e uma escuta persuasiva que permita estabelecer ações e evitar a evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver um número excessivo de faltosos).

Para esclarecer os portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas iremos utilizar as visitas domiciliares e consultas, utilizaremos quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas. Nossa UBS não conta com Conselho Local de Saúde, mais acho que é muito importante implementá-lo, já que seria uma ferramenta forte para a divulgação do projeto de intervenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações

Neste eixo temos como meta capacitar 100% dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Aqui nas reuniões da equipe, e em outras atividades tanto o médico como a enfermeira iremos capacitar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a importância realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 3. Melhorar os registros das informações,

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações

Esta ação será realizada pela enfermeira com o auxílio das técnicas de enfermagem e com o apoio dos ACS os quais tem um livro o caderno onde monitore-a os pacientes faltosos a consultas e será feita semanalmente

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.

Detalhamento das ações

Neste caso vamos começar a trabalhar com um livro de registros e ficha espelho, e outras documentações que julgarmos necessárias para manter atualizadas as informações do SIAB. Nas reuniões de equipe, que agora serão mais frequentes, iremos pactuar com a equipe como vão ser os registros das

informações, vamos designar uma das técnicas de enfermagem para ser a responsável pelo monitoramento dos registros.

Levando em conta a opinião da equipe e do gestor da Unidade, iremos organizar um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, atrasos na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Neste eixo temos como metas orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos

. Detalhamento das ações

Neste eixo temos como metas capacitar a equipe para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertensos e diabéticos, vamos realizar reuniões de equipe mais frequentes, porque será nestas reuniões que vamos capacitar a todos os profissionais no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertensos e diabéticos, como o registro adequado dos procedimentos clínicos de todas as consultas,

Objetivo 5 Avaliações do risco para doenças cardiovasculares

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

. Detalhamento das ações

Neste caso a profissional designada para esta ação será uma técnica de enfermagem, que irá monitorar os números de pacientes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações

Uma vez classificado o paciente como de alto risco, estes terão prioridade no atendimento e na realização de exames clínicos, da mesma forma, os pacientes de alto risco terão prioridade nas agendas para os atendimentos, esta ação se levará a cabo todos os dias no posto uma vez começado o acolhimento dos pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações

Neste caso, nos apoiaremos nas visitas domiciliares e nas consultas diárias para orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, utilizaremos as visitas domiciliares, as palestras educativas na sala de espera da UBS para esclarecer aos pacientes e à comunidade sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis aqui participaram o dentista, o médico, a enfermeira e os ACS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações

Para capacitar a equipe com relação à realização da estratificação de risco, e sobre a importância dos registros destas avaliações e quanto às estratégias para o controle de fatores de riscos, tanto o médico como a enfermeira nas reuniões de Equipe irão ler os protocolos e discutir com os profissionais envolvidos.

Objetivo 6 Promoções de saúde de pacientes hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento das ações

Uma técnica de enfermagem irá monitorar a realização das orientações nutricional e sobre a prática de atividades físicas regulares, através de implantação de uma rotina de atividades. A realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos serão monitoradas pela enfermeira e pela técnica de enfermagem juntamente com a Equipe de saúde bucal. A ação de orientação será realizada pela equipe de saúde bucal, através de implantação de uma rotina, e os pacientes serão estimulados para a realização da 1ª consulta programática odontológica anual.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento das ações

Vamos a aumentar as atividades em promoção de saúde através de palestras educativas sobre alimentação saudável, vamos avaliar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade igualmente a equipe vai avaliar junto a gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

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

Detalhamento das ações

Neste caso em cada consulta eu vou a garantir as orientações necessárias aos pacientes de forma individual.

ENGAJAMENTO PUBLICO

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

Detalhamento das ações

Esta ação será realizada através das visitas domiciliares e palestras educativas em diferentes lugares vamos orientar este grupo de pacientes e seus

familiares sobre estes três temas que são importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física e sobre a importância da higiene bucal.

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

Detalhamento das ações

Através das visitas domiciliares e palestras educativas em diferentes espaços sociais.

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

Detalhamento das ações

Através das visitas domiciliares e de palestras educativas em diferentes lugares esta ação será feita por o dentista, o médico e os ACS. Este último ponto é muito importante já que em minha UBS existem algumas dificuldades na assistência destes pacientes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações

Neste caso durante as reuniões de equipe e outras atividades tanto a enfermeira como o médico irão capacitar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde durante as reuniões de equipe e outras atividades.

Detalhamento das ações

Vamos capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde. Promoção da prática de atividade física regular e será realizado por parte da enfermeira e do médico durante as reuniões de equipe semanalmente.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas;
- Capacitar a equipe para oferecer orientadores de higiene bucal.

Todas estas ações se realizarão com a participação da enfermeira e do médico através de atividades educativas, palestras em diferentes horários assim como nas reuniões, para que a equipe tenha o maior conhecimento, e seja capaz de

garantir aos pacientes todas estas ações. Acredito que trabalhando todos unidos vamos alcançar todos os objetivos e metas traçadas.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 2:

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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: 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 cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: 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 cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador: 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.

Relativa ao Objetivo 3:

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

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

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: 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.

Relativa ao Objetivo 4:

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.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativa ao Objetivo 5:

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

Indicador 5.1 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.

Relativa ao Objetivo 6:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, vamos adotar o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes- Ministério da Saúde, 2013, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36), Ministério da Saúde. Será disponibilizada uma versão impressa de cada protocolo para leitura na UBS.

Para o monitoramento da intervenção, diariamente utilizaremos uma ficha individual (ficha espelho), e o livro de acompanhamento e/ou de registro, assim poderemos coletar todos os dados necessários para o monitoramento da

intervenção também vamos monitorar os pacientes hipertensos e diabéticos que necessitem de atendimento odontológico, e visitas domiciliares, vamos providenciar um arquivo onde serão arquivadas as fichas-espelho dos Hipertensos e Diabéticos

Para atualizar as consultas, a enfermeira revisará o registro de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, e fará o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, semanalmente.

Semanalmente também a enfermeira examinará os resultados das consultas e exames para controle de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM), mediante o monitoramento e a avaliação dos cadastros da população feitas, informações das visitas domiciliares, o livro de acompanhamento, registro dos exames e seus resultados da adequação aos protocolos e toda documentação utilizada.

Quanto às capacitações iremos capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado de instrumentos apropriados. Nas reuniões faremos capacitações para toda a equipe para que estejam conscientes sobre a importância de prevenir os fatores de risco, realizando estudo dos protocolos.

Para as ações de educação popular em saúde como nossa UBS é um local adaptado, iremos fazer as atividades educativas na sala de espera, consultas, visitas domiciliares, vamos também procurar conseguir um local mais amplo para estas ações uma opção seria na igreja da comunidade, iremos solicitar o número de fichas espelhos necessários para a intervenção além de materiais como pastas e materiais para cartazes. Como relação aos medicamentos vamos garantir que não falem fazendo oportunamente uma solicitação por escrito a gestora municipal de saúde.

pacientes.											
Troca de experiência com a comunidade para avaliar o desenvolvimento da estratégia e poder realizar estratégias que garantam obter os objetivos esperados			X				X				X
Elaboração do relatório de intervenção.			X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização do projeto de intervenção que teve como título - Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da UBS/ESF João XXIII município de Caicó, Natal/RN, primeiro foi necessário realizar um análise situacional em saúde da comunidade da área de abrangência da UBS João XXIII, para reconhecer as principais dificuldades da comunidade, logo realizamos a identificação do principal problema com relação à atenção à saúde e do nosso processo de trabalho, com base nestes dados, foi determinado como foco de intervenção a atenção à saúde dos pacientes com doenças crônicas HTS e DM.

Realizamos as capacitações da equipe com relação os protocolos: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica n 36).

Realizamos capacitação com treinamento quanto ao registro adequado dos dados, e preenchimento da ficha espelho, que foram preenchidas pelo médico a enfermeira, e pelas técnicas de enfermagem, as fichas posteriormente foram arquivadas de forma separada da ficha de atendimento/prontuários, mantendo o mesmo número do prontuário que coincidia a ficha de cada paciente hipertenso ou diabético. Um momento importante para a intervenção eram as reuniões da equipe realizadas semanalmente, onde se avaliava a qualidade dos registros nas fichas e prontuários, o livro de acompanhamento e toda a documentação da intervenção. Nestas reuniões se realizava as capacitações dos ACS para atualização do cadastramento, busca ativa de pacientes com controle em atraso e com fatores de risco para HTS e DM, o qual se orientava em todas as reuniões.

Infelizmente tivemos algum atraso no cadastramento porque nossa área atravessou uma emergência de dengue e os ACS tiveram que intensificar o trabalho preventivo neste sentido mais com muito esforço se trabalhou unidos e se conseguiu chegar às metas traçadas cumprindo-se integralmente esta ação, se capacitou para a técnica correta de aferição da pressão arterial e realização de hemoglicoteste e para aferir pressão arterial em todas as consultas para as pessoas com fatores de risco para HAS e DM conforme protocolo, outra ação importantíssima foi o acolhimento e atendimentos de todos os pacientes hipertensos e diabéticos de acordo ao protocolo de atenção, isto se fez todos os dias, mais em várias ocasiões não me senti muito contente já que não compareciam todos os pacientes agendados pelos ACS nos dias do programa de atenção de hipertensos e diabéticos o que atrapalhava um pouco o desenvolvimento da intervenção, e então tínhamos que tomar estratégias para recuperar estes pacientes faltosos, outra dificuldade que nos atrasou um pouco foi a parada laboral que fizeram a enfermeira e o dentista por duas semanas, e aí muitos destes pacientes não voltavam a consultas, outra ação que não se deixou de cumprir foi a realização de educação sobre saúde bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos, assim como a avaliação e atendimentos priorizados para estes pacientes, como já falei a pesar de a ausência do dentista, esta ação se cumpriu integralmente.

Tivemos bastante dificuldade com respeito ao tratamento odontológico, devido a resistência deles, já que não queriam comparecer a consulta, alguns por medo, outros porque precisam de próteses e não temos Centro de Especialidades Odontológicas no município, e as próteses só são realizadas em clínicas particulares e minha população, por ser muito carente, não tem recursos para realizar estes serviços.

Os profissionais foram capacitados para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco. Isso proporcionou a identificação de cerca de 70% dos usuários com fatores de risco para HTS e DM.

No decorrer da intervenção tivemos que modificar o responsável por algumas ações, já que a enfermeira se ausentou da UBS por duas semanas, e para não ter problemas na execução das tarefas que eram por ela realizadas assumi a responsabilidade de levar em frente estas ações, que foram o monitoramento do cumprimento das consultas, vistas domiciliares, orientações a comunidade,

indicação e realização de exames laboratoriais, e o monitoramento da atualização dos registros, da realização da avaliação de risco e a orientação a hipertensos, diabéticos e seus familiares, desta forma as ações foram realizadas integralmente.

Os ACS foram os responsáveis pelo agendamento semanal dos pacientes hipertensos e diabéticos, e tinham o controle em um caderno de quais pacientes não vinham às consultas, para que a equipe realizasse as visitas domiciliares e assim não ficasse nenhum hipertenso ou diabético sem o acompanhamento oportuno. Outra ação importante foi a de informar a população sobre HTS e DM através da organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos pacientes, escutávamos o que eles sabem a respeito da doença e fornecemos todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento, aqui tiveram um papel muito importante as lideranças da comunidade os quais não deram muito apoio durante toda a intervenção e demonstrarem sempre muito interesse e entusiasmo.

Um apoio importante foi o do locutor da rádio local que em uma ocasião mandou um carro de som passar na comunidade com o objetivo de divulgar o nosso projeto de intervenção, o qual incentivou que muitos destes pacientes se integrassem aos grupos destas doenças.

Apesar da UBS ser um local adaptado (Figura 1), que não reúne as condições estruturais, sempre se aproveitou muito bem os espaços para trabalhar com educação em saúde, também nos diferentes momentos de atendimentos sempre procuramos informar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mm Hg, assim como informar à população sobre o funcionamento do serviço, e garantia de seus direitos.



Figura 1: Prédio adaptado da UBS/ESF João XXIII município de Caicó, Natal/RN

Uma ação importante que vários profissionais estiveram envolvidos foi o estabelecimento da estratificação de risco para hipertensos, e de oferecer acompanhamento diferenciado e priorizando para estes pacientes,

Todos os usuários maiores de 18 anos são orientados quanto aos fatores de riscos, sinais de alerta e importância de manter uma vida mais saudável (alimentação adequada. Realização de atividade física, não fazer uso de tabaco etc.) para prevenção e controle da hipertensão e diabetes, esta ação é sempre realizada pelas técnicas de enfermagem.

A divulgação do projeto foi muito boa, pois contamos com o apoio de um programa de notícias da rádio local, que nos dois primeiros dias de cada semana da intervenção cedeu um espaço para divulgação do projeto de intervenção da UBS JOAO XXIII, onde o locutor mencionava os nomes de todos os profissionais que estavam trabalhando no projeto, e os objetivos e metas do projeto, realizou entrevistas com os profissionais. Em algumas ocasiões foram realizadas palestras educativas de temas de interesse para o nosso projeto, foram entrevistados também usuários da UBS que realizavam a intervenção, o resultado foi muito positivos. Além disso, também fizemos divulgação do projeto nas consultas, nas visitas domiciliares através dos ACS e demais profissionais, e por meio das lideranças comunitários.

Uma ação que se cumpriu parcialmente foi a troca de experiência com a comunidade para avaliar o desenvolvimento da intervenção e planejar novas estratégias, foram planejadas três reuniões, entretanto só se realizou uma vez, pois

como já coloquei anteriormente nossa UBS é adaptada e não oferece espaço físico para reunir um maior número de pessoas, passei muito trabalho buscando um local , quando conseguimos acertar para realizar na igreja da comunidade a enfermeira e o dentista se ausentaram por duas semanas da UBS o que impediu realização da atividade naquele momento, uma semana antes desta reunião a enfermeira nos comunicou que iria trabalhar outra cidade e como consequência não poderia estar presente na atividade, apesar disso fomos todos os demais, a atividade ficou muito boa, conseguimos realizar esta reunião com sucesso. A reunião foi realizada na última semana da intervenção no turno da tarde, quando chegamos o líder comunitário já tinha reunido um grande número de pessoas, a reunião foi muito boa eles perguntaram bastante sobre os temas tratados, se explicou bem direitinho os objetivos deste projeto e a importância de fazer o controle da doença, a ação com a comunidade apesar das dificuldades iniciais foi um sucesso (Figura 2).



Figura 2 Ação coletiva de educação em saúde

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações propostas no projeto de intervenção foram desenvolvidas satisfatoriamente e seguiram o cronograma.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram realizadas sem dificuldades assim como o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores durante as 12 semanas da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações foram realizadas no decorrer da intervenção de acordo com os 4 eixos temáticos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica e estão sendo incorporadas à rotina do serviço, eu posso dizer que uma vez terminado o Curso de Especialização em Saúde da Família, as ações ficarão como rotina da UBS, por exemplo o acolhimento de todos os pacientes priorizando os hipertensos e diabéticos, o atendimento seguindo os protocolos do Ministério da Saúde (Figura 3, 4). Acreditamos que o acolhimento é fundamental, para o paciente sentir-se protegido e escutado corretamente, também as palestras educativas serão indispensáveis para o nosso trabalho, visto que o resultado da ação foi muito positivo, e será realizada com temas diferentes pelos integrantes da equipe. Também iremos dar continuidade às ações de educação em saúde bucal para os pacientes hipertensos e diabéticos e controle clínico, o dentista se comprometeu em aumentar o número de atendimentos para garantir a avaliação de todos os pacientes hipertensos e diabéticos e os ACS irão fazer o controle a da frequência deles às consultas odontológicas futuras.

Outra ação muito importante, que irei manter nas minhas consultas é a orientação para todos os usuários com relação aos fatores de riscos, sinais de alerta e as ações preventivas e de promoção de saúde, pois entendo que assim vamos conseguir reduzir a incidência destas patologias e melhorar a qualidade da atenção básica de saúde no Brasil.



Figura 1: Atendimento clínico na UBS conforme o protocolo do Ministério da Saúde.



Figura 2- Atendimento clínico realizado em visita domiciliar

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste tópico iremos demonstrar os resultados obtidos com a intervenção que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da UBS/ESF João XXIII, do Município Caicó, RN.

Minha UBS tem uma população de 3166 habitantes, e a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 2121 o que corresponde a 67% da população total e uma estimativa de 392 hipertensos e 114 diabéticos.

Para a realização das ações procuramos seguir o cronograma estabelecido no projeto, desde o primeiro dia se definiu o papel de cada integrante em cada uma das ações programadas realizamos as capacitações da equipe com relação os protocolos: Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica (Caderno de Atenção Básica, n 37) Ministério da Saúde, e Estratégias para o cuidado das pessoas com Doença Crônica: DM (Caderno de Atenção Básica, n.36) Ministério da Saúde.

Resultados com relação aos objetivos e metas do projeto:

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pacientes hipertensos no programa de HIPERDIA,

META: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão arterial,

INDICADOR 1.1, Proporção de Hipertensos cadastrados no programa de HIPERDIA,

Nossa equipe começou a intervenção com 109 hipertensos que faziam acompanhamento na UBS, no primeiro mês da intervenção chegamos a 209 (53,2%) 287 (73,2%) no segundo mês e finalizamos a intervenção com o cadastramento de 313 (79,8%) de cobertura e desta forma atingimos a meta proposta (Gráfico 1). A meta estabelecida foi cumprida porque a equipe desde o primeiro momento

trabalhou muito forte e com entusiasmo e unidade para alcançar os objetivos propostos.

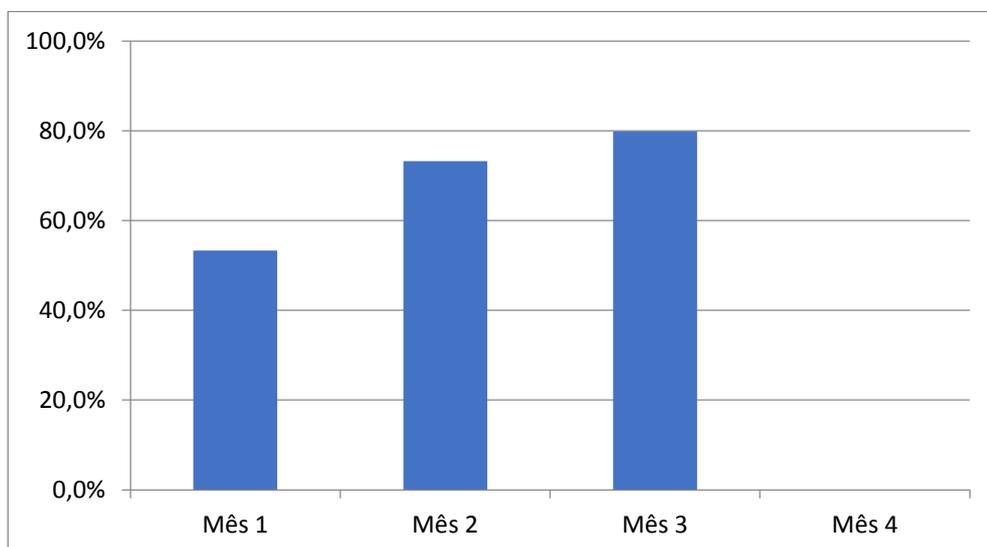


Gráfico 1: Proporção de Hipertensos Cadastrados no Programa de atenção de hipertensos e diabéticos na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

OBJETIVO 2: Ampliar a cobertura a pacientes diabéticos no programa de HIPERDIA.

META: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa.

INDICADOR 2.1.1 Proporção de diabéticos cadastrados no programa de HIPERDIA.

Para os pacientes diabéticos, o programa começou com 73 que realizavam acompanhamento na UBS (64%), no segundo mês cadastramos um total de 87 (76,3%), e finalizamos a intervenção com o cadastramento e acompanhamento de 91 pacientes (79,8%), atingindo assim a meta proposta (Gráfico 2). Esta meta foi cumprida com sucesso devido ao forte trabalho que realizamos em conjunto, como a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas, e formação de grupos.

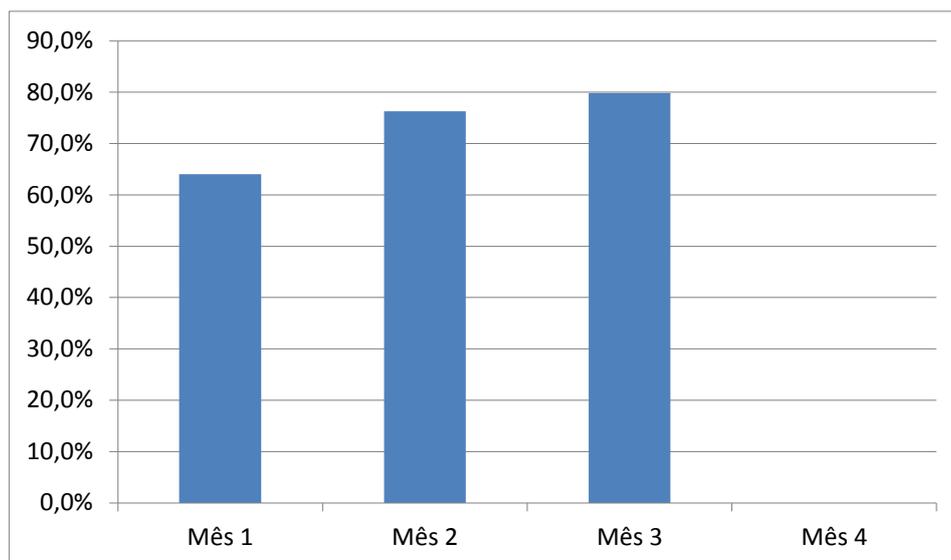


Gráfico 2: Proporção de Diabéticos Cadastrados no Programa de atenção de hipertensos e diabéticos na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

OBJETIVO 3: Melhorar a Qualidade da Atenção a Hipertensos e Diabéticos

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no Programa da Unidade de Saúde

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo

Com relação a este indicador, durante todo o período da intervenção foram examinados todos os pacientes hipertensos que participaram do projeto tanto pela enfermeira como por mim de acordo com o protocolo, durante o primeiro mês foram atendidos em consultas um total de 152 pacientes hipertensos (72,7%), no segundo mês 244 (85%) e no terceiro mês 313 (100%), e desta forma atingimos a meta proposta por nossa equipe, esta meta foi cumprida integralmente graças ao correto estabelecimento da estratificação do risco e ao acompanhamento diferenciado, em todas as consultas o paciente recebeu orientação quanto aos fatores de riscos, sinais de alerta e prevenção e estilos de vida saudáveis para o controle hipertensão ação que também foi feita nas vistas domiciliares.

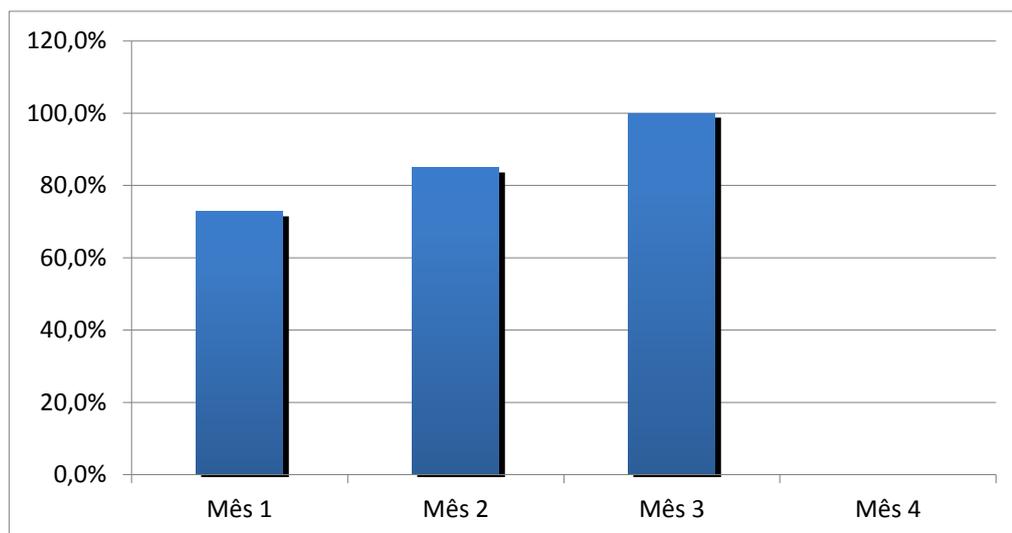


Gráfico 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte,
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015

Meta 4: Realizar exames clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no Programa da Unidade de Saúde

Indicador 2.2 Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Todos os pacientes diabéticos que participaram do projeto foram examinados tanto pelo médico como pela enfermeira, no primeiro mês foram atendidos em consultas 48 diabéticos maiores de 50 anos (65,8%), no segundo mês foram atendidos 73 (83,9%) e no terceiro mês 91 usuários (100%), atingindo assim a meta proposta, esta ação se destacou pela qualidade das consultas com exames clínico completos dos pacientes conforme o protocolo, os pacientes que necessitavam consultas com especialistas foram encaminhados para tratamento de patologias associadas a estas doenças como: cardiopatias, retinopatias, dislipidemias entre outras.

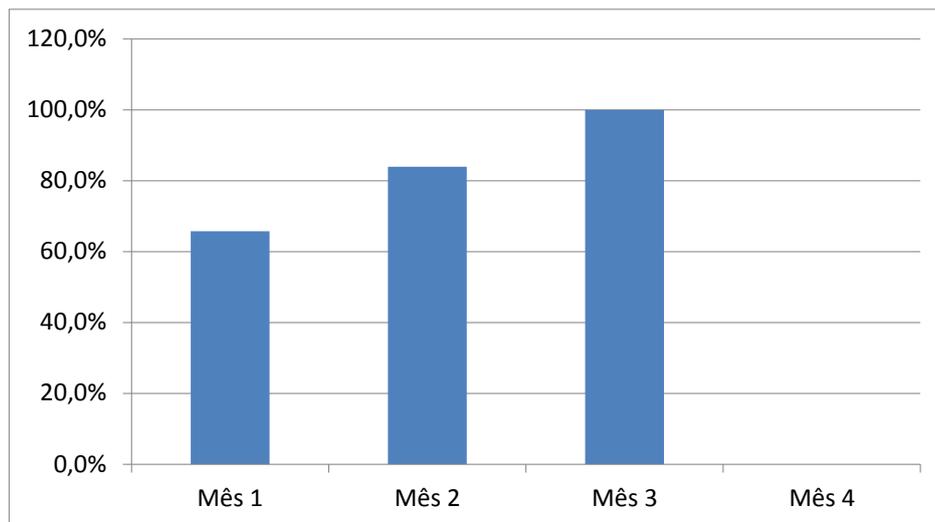


Gráfico 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte,
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015

Meta 5: 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.

Com relação a este indicador desde o início da intervenção existiam problemas com a realização dos exames complementares, muitos dos pacientes se negavam a realizá-los, no primeiro mês existiam 106 (50,7%), pacientes com exames complementares em dia, depois este número foi aumentando, já no segundo mês haviam 188 (65,5)% e no terceiro mês 281 (89,8%) (Gráfico 5), como se pode observar esta meta não se cumpriu integralmente, já que neste município sempre houve o problemas com a realização dos exames complementares, pois depois que o médico solicita os exames o paciente tem que dar entrada ao sistema e esperar, este período demora um pouco, depois espera mais um tempo para receber os resultados, em razão disso os pacientes vão perdendo o interesse e alguns não realizam os exames, nós discutimos várias vezes esta questão nas reuniões de equipe e com a gestora municipal de saúde, a qual se reuniu com o integrantes do laboratório da secretaria para falar sobre a intervenção, e a importância da mesma para melhorar a atenção deste grupo, e se determinou separar um número de vagas para estes pacientes ,depois deste acerto fomos buscando com a ajuda da enfermeira e dos ACS os pacientes com maior atraso para realizarem os exames. Procuramos educar a população sobre a importância dos

exames e assim foi aumentando pouco a pouco o percentual de exames em dia, apesar de não se ter atingido 100% da meta, conseguimos um avanço neste sentido, e se determino que estas medidas continuem como rotina do serviço da UBS mesmo após o final da intervenção.

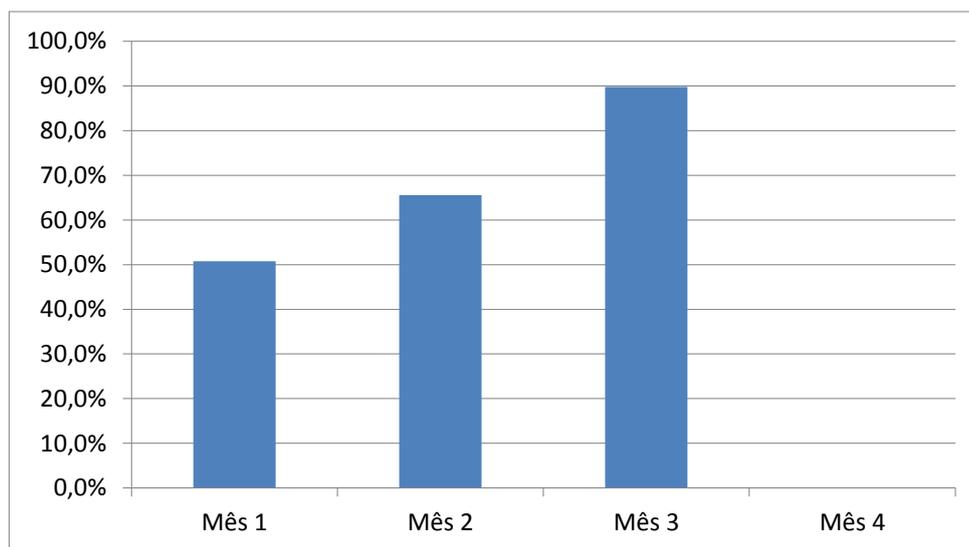


Gráfico 5: Proporção de Hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicados 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares de acordo com o protocolo.

Para os pacientes diabéticos ocorrem os mesmos problemas com relação aos exames complementares, no primeiro mês existiam apenas 39 (53,4%) pacientes com exames complementares em dia, no segundo mês 62 (71,3%) e no terceiro 89 pacientes (97,8%), apesar de ter resultados melhores também não se chegou ao 100%, mais para este caso foram tomadas as mesmas medidas que no caso dos hipertensos e através do monitoramento das consultas, visitas domiciliares acompanhamento iremos continuar buscando alcançar a meta de 100% de pacientes com exames complementares em dia segundo o protocolo.

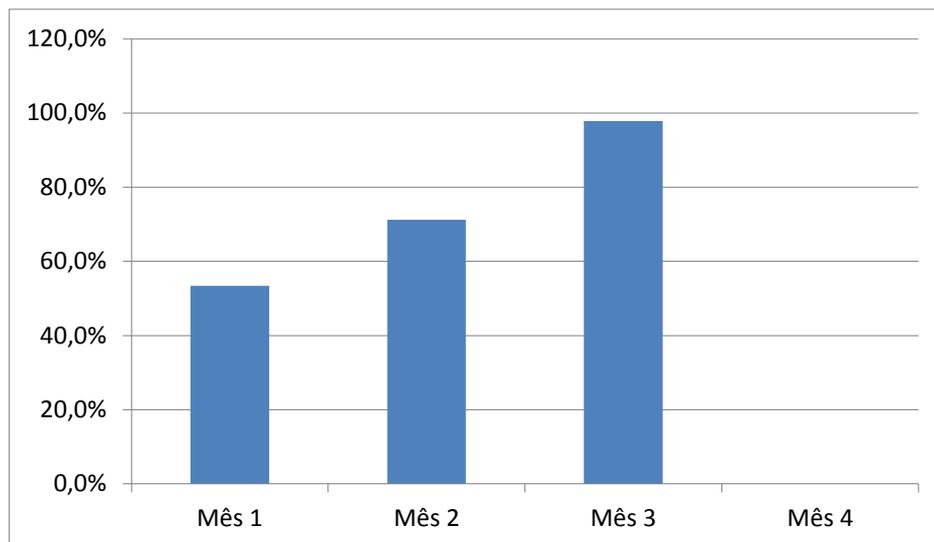


Gráfico 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Joao XXIII, Rio Grande Do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

Meta 7: 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

Para este indicador tivemos algumas dificuldades em alcançar a meta propostas, já que no município existiam problemas com os medicamentos, no primeiro mês da intervenção haviam 146 (70,5%) hipertensos com prescrição destes medicamentos, no segundo mês 204 (71,6%) e no terceiro mês 229 (73,9%), desde o princípio da intervenção esta foi umas das maiores dificuldades que tivemos que enfrentar e que afetavam diretamente os pacientes, em duas ocasiões me reuni com a gestora municipal de saúde para conversar sobre a situação e reforçar a importância da aquisição dos medicamentos pelos pacientes, se tomou como estratégia monitorar todos os registros dos pacientes hipertensos da unidade, os medicamentos que tomavam e com base nestes dados fazer pedidos periódico para amenizar um pouco a situação, mais se resolveu parcialmente já que o déficit afetava também o hospital regional. Por outro lado, muitos pacientes também tomam medicamentos de farmácias particulares prescritas por outros especialistas e isto interferiu também em os resultados finais.

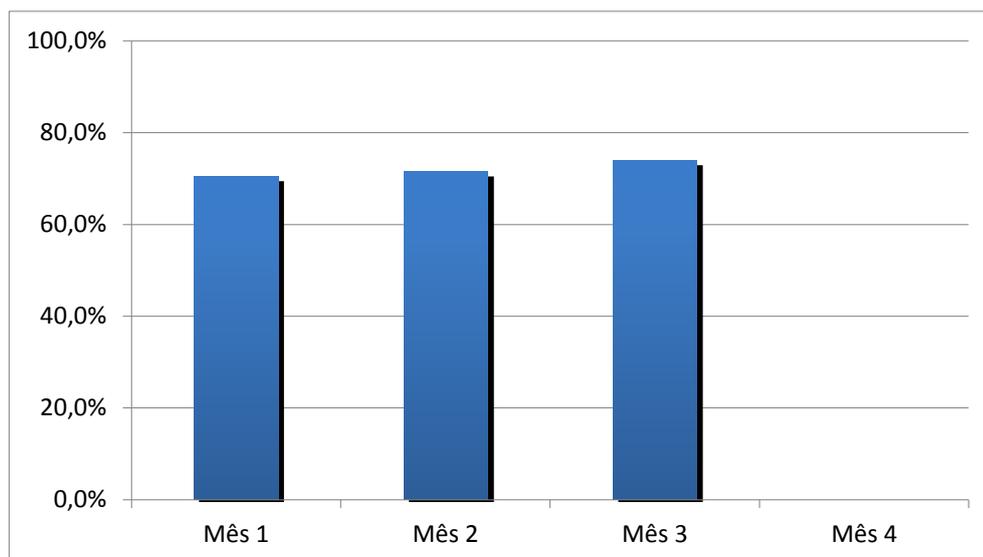


Gráfico 7: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular / Hiperdia Priorizada na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

Meta 8: 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 na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte

Para estes pacientes obtivemos um melhores resultados por ser um grupo pequeno mas tivemos as mesmas dificuldades, no primeiro mês haviam 46 (63,9%) diabéticos com prescrição destes medicamentos, no segundo mês 62 (71,3%) e no terceiro mês 69 (75,8%) o que significa que também não chegamos a meta proposta para este grupo de pacientes entretanto foram tomadas as mesmas medidas e estratégias que para os grupos de pacientes hipertensos e se resolveu parcialmente a situação, além disso neste grupo também existe um porcentagem de pacientes que tomam remédios das farmácias particulares prescritas fundamentalmente pelos especialistas.

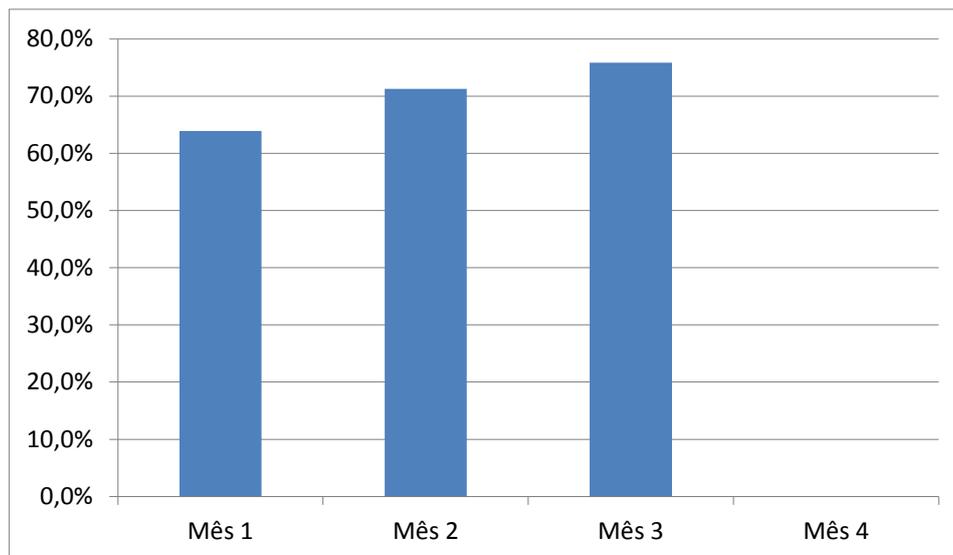


Gráfico 8: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia Priorizada na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte
Fonte: Planilha Coleta de Dados, 2015.

Meta 9: Realizar Avaliação da Necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Com relação a este indicador, desde o início da intervenção observamos algumas dificuldades, no primeiro mês haviam sido avaliados 103 pacientes (49,3%), no segundo mês 194 (67,6%) e no terceiro mês 313 usuários para um 100%, como se pode observar se chegou com sucesso à meta proposta, isto se conseguiu graças ao fato que desde o início da intervenção durante as reuniões da equipe semanais se falou com o dentista da importância deste projeto e de avaliar 100% deste grupo, como esta estratégia aumentamos o número de vagas para dar prioridade para os pacientes do programa de atenção de hipertensos e diabéticos, o que permitiu ir aumentando a quantidade de pacientes avaliados por mês, também foi muito importante a divulgação e realização de ações de educação em saúde bucal, assim como o atendimento priorizado através de consultas, visitas domiciliares, palestras educativas na UBS, na rádio local etc.

No princípio tivemos resistência deles, já que não queriam comparecer a esta consulta, alguns por medo, outros porque precisam de próteses e no município não existir Centro de Especialidade Odontológica que ofereça próteses, só sendo realizada em clinicas particulares e por ser uma comunidade muito carente não tem

recursos para receber estes serviços, mais fico feliz porque se cumpriu esta meta que também foi incorporada à rotina do serviço.

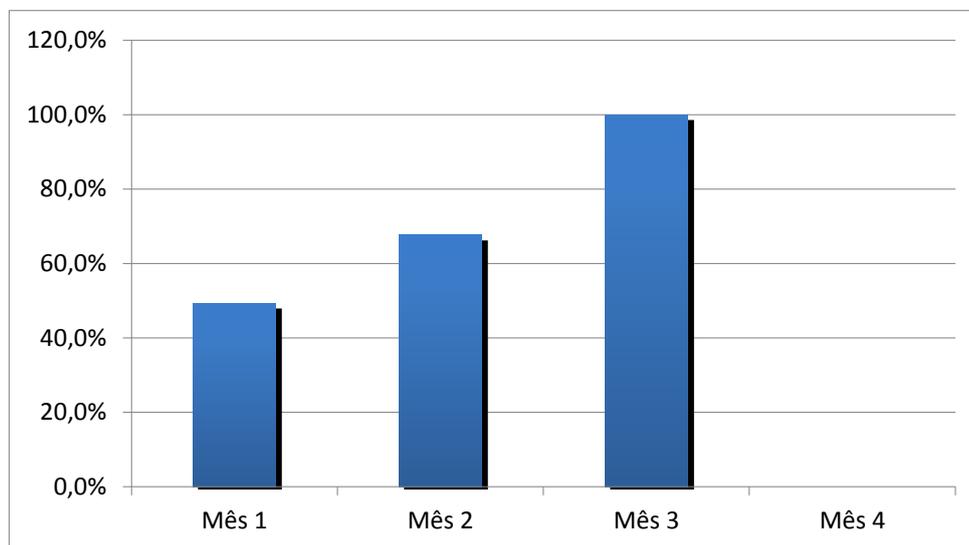


Gráfico 9: Proporção de Hipertensos com Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte
Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 10: Realizar Avaliação da Necessidade de atendimento odontológico em 100% de dos diabéticos

Indicador 2.8: Proporção de Diabéticos com Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte

Neste grupo apesar de ter tido as mesmas dificuldades que para os hipertensos, por ser um grupo menor pudemos controlá-los de forma melhor, no primeiro mês 37 (50,7%) usuários foram avaliados, no segundo mês 81 (93%) e no terceiro mês 91 totalizando 100%. Se cumpriu integralmente esta meta graças às ações educativas realizadas pelo dentista, enfermeira, médico e ACS.

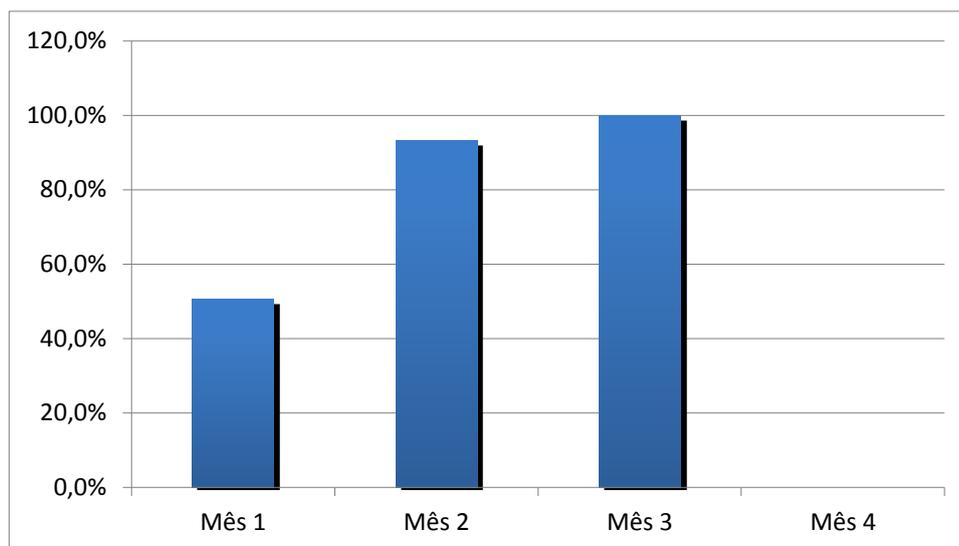


Gráfico 10: Proporção de Diabéticos com Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológica na UBS Joao XXIII Rio Grande Do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 11: Buscar 100% dos Hipertensos faltosos as consultas na Unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.1: proporção de Hipertensos Faltosos as consultas com busca ativa.

Com relação a este indicador graças ao trabalho de todos avançamos na meta traçada, no primeiro mês tivemos 44 (84,6%) dos 52 faltosos com busca ativa, no segundo mês 50 (91%) dos 55 faltosos e no terceiro mês foi realizada a busca ativa de 40 (100%) dos faltosos, atingindo assim a meta proposta, isto só foi possível porque desde a primeira e segunda semana da intervenção na reunião da equipe se capacitou corretamente aos ACS para a atualização do cadastro, e para realizarem a busca ativa de pacientes com controle em atraso e com fatores de risco para hipertensão arterial. Infelizmente tivemos atraso no cadastramento porque nossa área atravessou uma emergência de dengue e os ACS tiveram que intensificar o trabalho preventivo para controlar esta doença, mais com muito esforço se trabalhou unidos e se conseguiu chegar às metas traçada. Sempre realizando as visitas domiciliares, e também com a participação das lideranças comunitárias, e com o trabalho dos ACS que foi fundamental, os quais eram responsáveis pelo agendamento de todos os pacientes hipertensos semanalmente, eles tinham como controle num caderno que registravam o nome dos pacientes que não compareciam às consultas, para ser realizada a visita domiciliar.

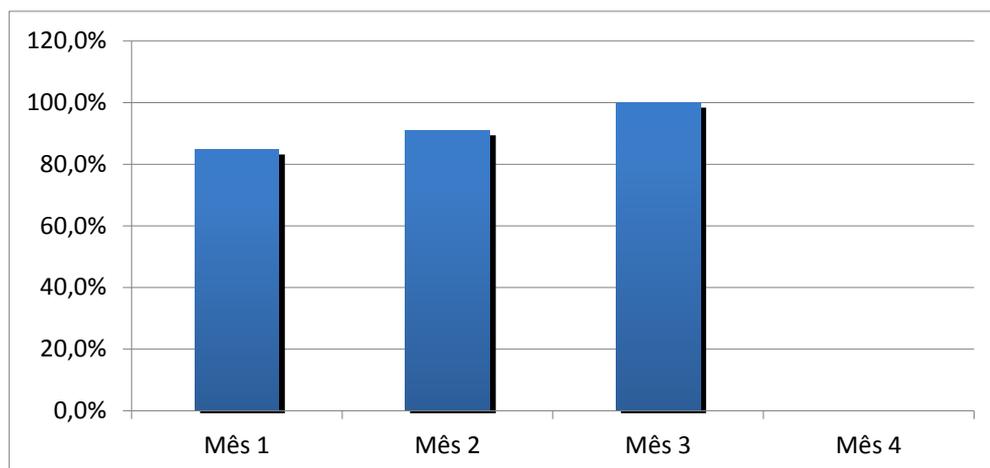


Gráfico 11: Proporção de Hipertensos Faltosos a Consultas com Busca ativa
Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos à consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: proporção de diabéticos faltosos a consultas com busca ativa

No primeiro mês se recuperou 24 usuários dos 31 faltosos (77,4%), no segundo mês mais 24 dos 28 faltosos (85,7%) e para o terceiro mês se conseguiu recuperar 24 (100%) ou seja, se alcançou a meta proposta, aqui também teve um papel fundamental as orientações realizadas pelos ACS para os usuários, familiares e comunidade em geral sobre a necessidade do acompanhamento adequado através das consultas, e o monitoramento constante da enfermeira no cumprimento da periodicidade das consultas segundo o protocolo.

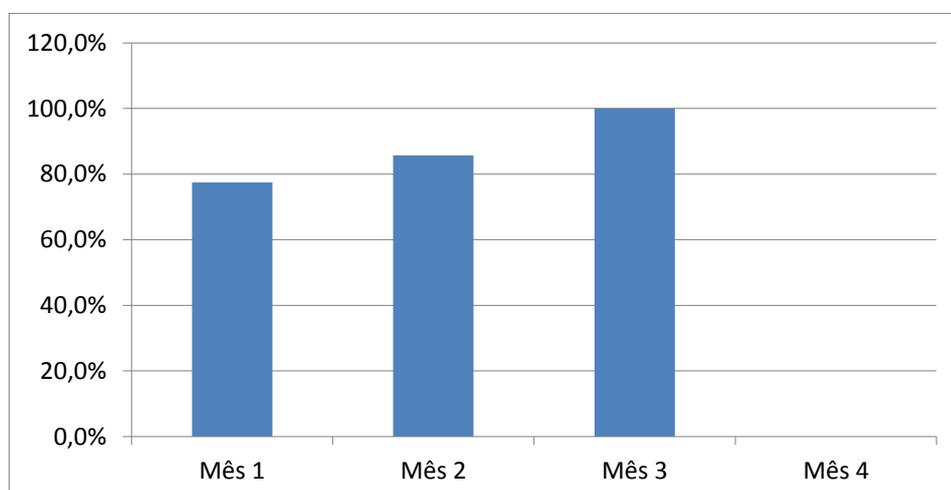


Gráfico 12: Proporção do Diabéticos Faltosos a Consultas Com Busca Ativa.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 13: Manter Ficha de Acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.1, Proporção de hipertensos com registros adequado na Ficha de Acompanhamento.

A qualidade dos registros na ficha de acompanhamento foi melhorando no decorrer da intervenção no primeiro mês 123 (58,9%) dos pacientes tinham registros atualizados, no segundo mês 227 (79,1) % e no terceiro mês todos os 313 pacientes (100%) estavam com registros adequados, cumprindo-se assim a meta proposta. Na primeira semana de intervenção se capacitou toda a equipe para realizar o registro adequado dos dados, se apresentou para a equipe a ficha espelho, e se planejou a organização do arquivo, viabilizando o acesso facilitado aos prontuários dos hipertensos, orientou-se sobre o preenchimento da ficha espelho.

O preenchimento da ficha foi realizado pelo médico, pela enfermeira, e pelas técnicas de enfermagem, as fichas posteriormente foram arquivadas de forma separada da ficha de atendimento/prontuários, mantendo o mesmo número do prontuário que coincidia como da ficha de cada paciente. No começo tivemos dificuldades como a disponibilização de cópias das fichas, mais se conversou com a gestora municipal de saúde sobre o problema, e rapidamente recebemos ajuda, no começo o seu preenchimento foi bastante demorado por falta de prática, mais com o tempo conseguimos preencher com mais agilidade. Nas reuniões semanais da equipe, se avaliava a situação da qualidade dos registros nas fichas e prontuários, no livro de acompanhamento e de toda a documentação da intervenção, uma ação importante foi o monitoramento por parte da enfermeira dos registros das avaliações de risco, e das orientações para os hipertensos e familiares.

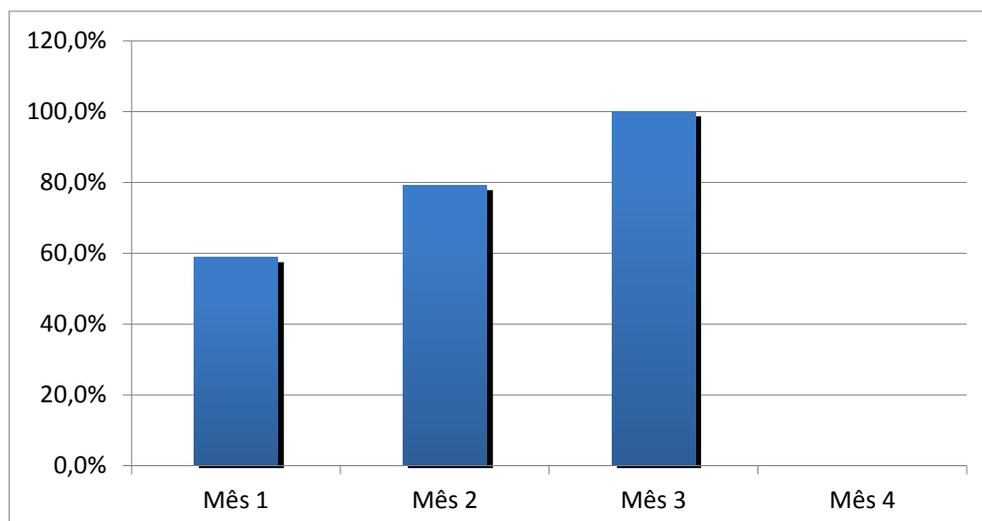


Gráfico 13: proporção de Hipertensos com Registro Adequado na Ficha de Acompanhamento.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos na Unidade de Saúde,

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

O número de pacientes com registro adequado foi aumentando no decorrer da intervenção, no primeiro mês existiam 47 (64,4%) com registros adequados, no segundo mês 83 (95,4%) dos diabéticos e no terceiro mês 91 (100%). Atingindo assim a da meta proposta, foram executadas as mesmas medidas que para os hipertensos, também foram preenchidas as fichas espelhos fornecidas pelo Curso de especialização, com monitoramento dos dados semanalmente, tanto pela enfermeira como pelo médico, e posteriormente foram repassados para a Planilha de Coleta de Dados.

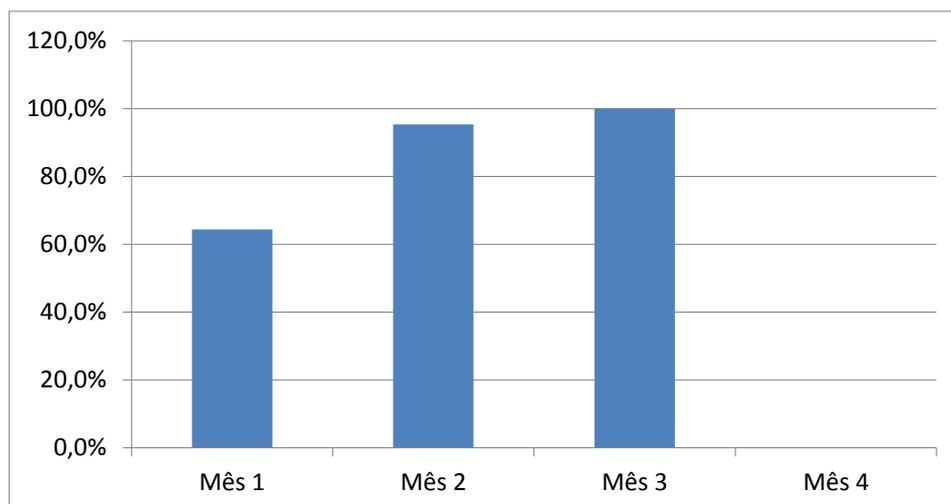


Gráfico 14: Proporção de Diabéticos com Registro adequado na Ficha de Acompanhamento.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Objetivo: Mapear hipertensos e diabéticos de Riscos para Doenças Cardiovasculares

Meta 15: 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 por exames clínico em dia.

A qualidade dos atendimentos destes pacientes foi melhorando a cada mês, no primeiro mês foram avaliados 100 pacientes (47,8%), no segundo mês 199 (69,3%) e no terceiro mês 312 (99,7%) como se observa se cumpriu de forma exitosa, pois desde o início se capacitou os profissionais da equipe para estabelecer a estratificação do risco a pacientes hipertensos e dar acompanhamento diferenciado para eles, priorizando àqueles de maior risco. Como rotina do trabalho todos os usuários maiores de 18 anos receberam orientações quanto aos fatores de riscos, sinais de alerta e prevenção para esta patologia. Neste caso sempre priorizamos que estas ações educativas fossem executadas pelas técnicas de enfermagem. Além disso, periodicamente se realizaram palestras educativas sobre este tema na UBS. Nas visitas domiciliares, e na consulta os pacientes deste grupo é realizado exame clínico integral e aqueles de maior risco e que tinham algum fator predisponente se realiza as orientações necessárias como por exemplo as medidas

para modificar estes fatores, é realizado o encaminhamento aos serviços especializados quando necessário.

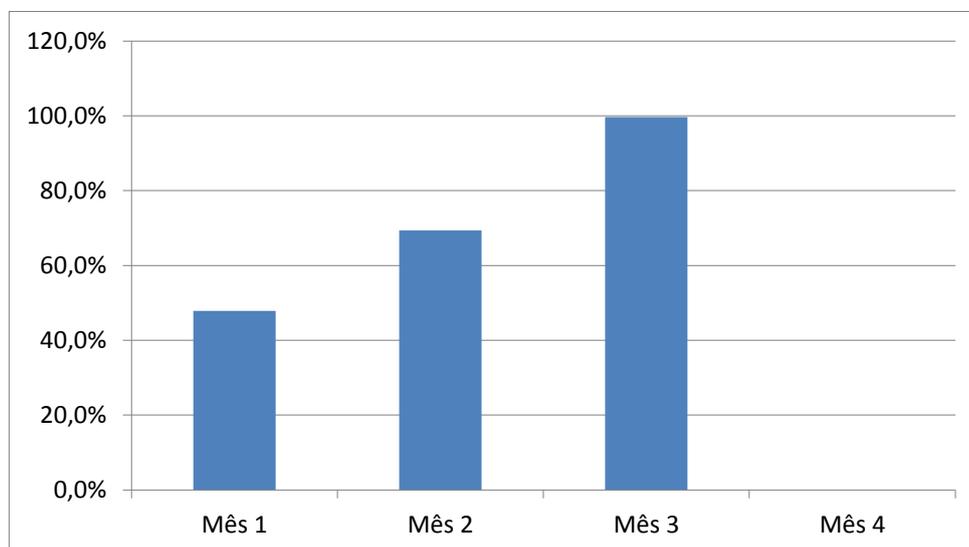


Gráfico 15: Proporção de Hipertensos com Estratificação de Risco Cardiovascular por exame Clínico em Dia.

Fonte: Planilha Coleta de Dados 2015

Meta 16: Realizar Estratificação de Risco Cardiovascular em 100% dos Diabéticos Cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Com relação a este indicador seu comportamento foi semelhante aos dos hipertensos, foi melhorando progressivamente, no primeiro mês foram avaliados 44 pacientes (60,3%) dos pacientes, no segundo mês 75 (86,2%) e no terceiro 91(100%), e assim atingimos a meta proposta, da mesma forma se avaliou integralmente nas consultas clínicas os pacientes receberam orientações sobre os fatores de riscos e sinais de alerta, como identificar e modificar os diferentes fatores de risco para assim melhorar sua qualidade de vida, e sempre se encaminhou aqueles de maior risco para os especialistas.

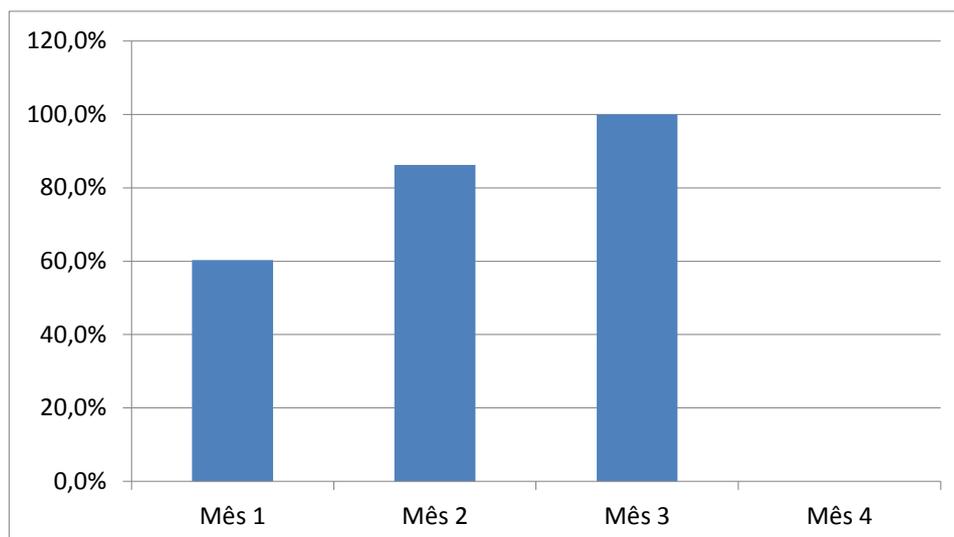


Gráfico 16: Proporção de Diabéticos com Estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Objetivo: Promover a Saúde de Hipertensos e Diabéticos,

Meta 17: Garantir Orientação Nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos

Indicador 6.1: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional saudável

Avançamos com o decorrer da intervenção no primeiro mês haviam 123 (58.9%) pacientes com orientação nutricional, no segundo mês 225 paciente (78,4%) finalizamos a intervenção com 313 pacientes com orientação nutricional saudável (100%) assim a meta que foi cumprida com sucesso, desde o início da intervenção se capacitou a equipe sobre orientação nutricional, nos diferentes espaços sociais, realizamos atividades educativas sobre o tema através de palestras na sala de espera da UBS, nos dias do programa de atenção de hipertensos e diabéticos , durante os atendimentos nas consultas tanto do médico como a orientava sobre alimentação saudável, aqueles que tinham sobre peso ou algum grau de dislipidemia se encaminhava ao nutricionista para seu melhor acompanhamento e evitar complicações, também por meio dos ACS nas vistas domiciliares se trabalhou orientando os familiares e cuidadores de pacientes deste grupo sobre como ter uma alimentação adequada, além disso se realizou a divulgação sobre este tema para toda a comunidade, esta será outra ação que irá ficar como rotina do serviço, como parte das medidas preventivas para modificar os fatores de riscos.

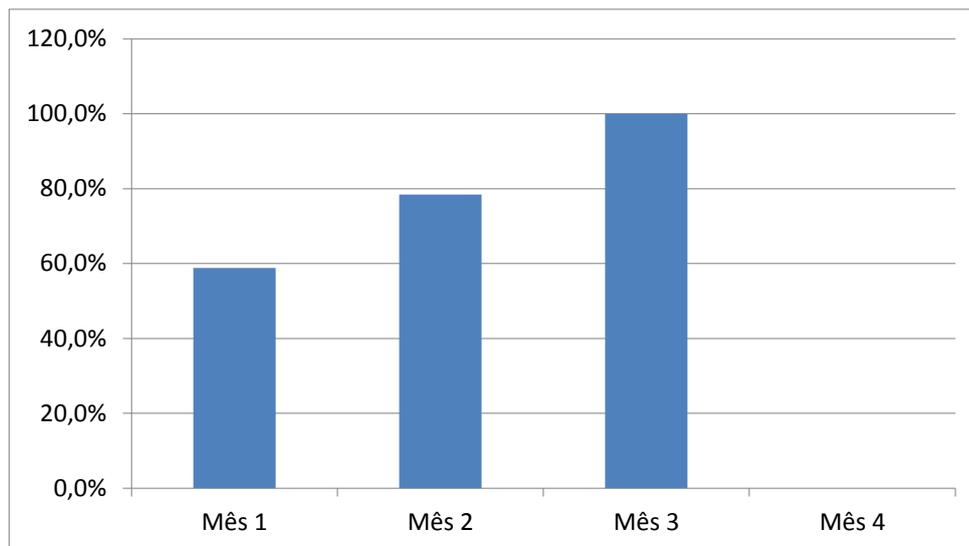


Gráfico 17: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos

Indicador 6.2: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional saudável

Com relação a este grupo de pacientes, no primeiro mês 57 (78,1%) dos pacientes com orientação nutricional, no segundo mês 72 (82,8) % e no terceiro mês 100%, a meta foi cumprida integralmente devido a correta capacitação dos profissionais da equipe sobre orientação nutricional, as atividades educativas feitas nas consultas, nas visitas domiciliares, para a familiares e para a comunidade.

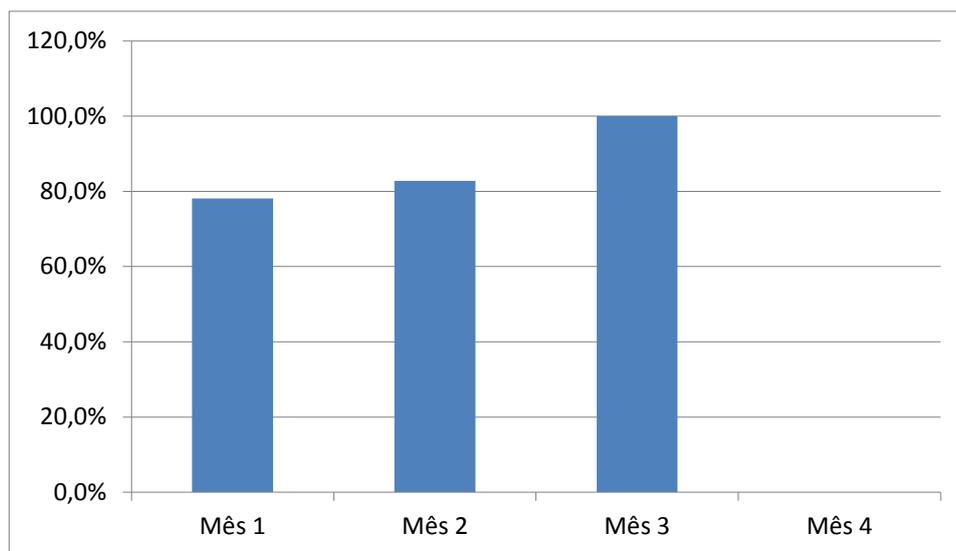


Gráfico 18: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 19: Garantir orientação a prática regular de atividades física a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a pratica de atividades física regular.

A respeito deste indicador conseguimos alcançar uma melhora significativa, durante o primeiro mês haviam 99 pacientes orientados (47,4%), no segundo mês 205 (71,4%) e para o terceiro mês todos os 313 pacientes(100%), aqui também ao início da intervenção se capacitou os profissionais sobre a orientação da realização de atividades física, o médico realizou palestras educativas, e os ACS nas visitas domiciliares também abordavam este tema, conversamos com os professores de educação física de outra UBS para que meu grupo participasse de atividades planejadas por este professor como parte do projeto, tendo boa aceitação por parte dos pacientes.

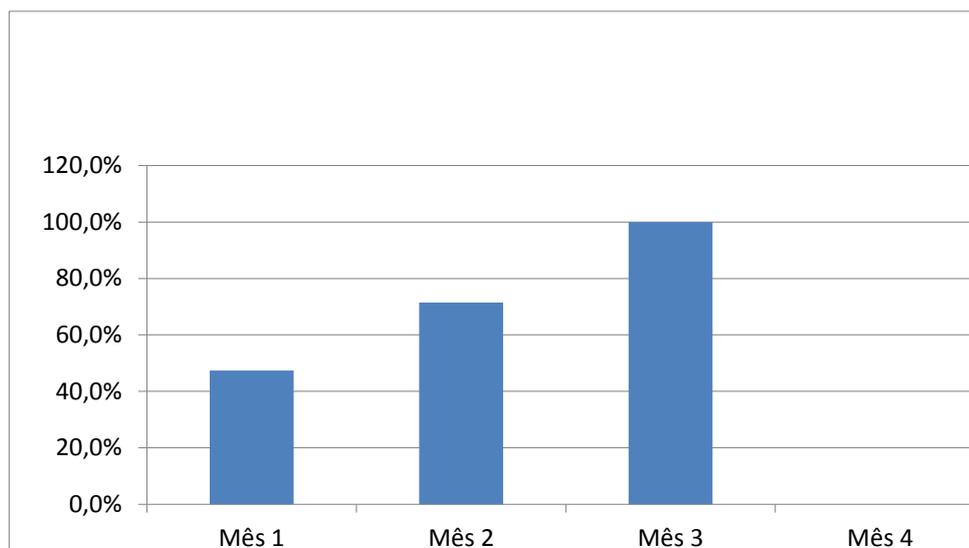


Gráfico 19: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular.

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 20- Garantir orientação a pratica de atividades física a 100% de diabéticos

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos sobre a pratica de atividades físicas regular.

No primeiro mês 49 (67,1%) pacientes tinham recebido orientação sobre a pratica de atividades físicas regular, no segundo mês 63 (72,4%) e no terceiro mês 91 (100%), e desta forma cumprimos a meta traçada, e isso se deve a realização das mesmas ações tomadas para o grupo de hipertensos, este grupo por ser menor se pode controlar com mais facilidade.

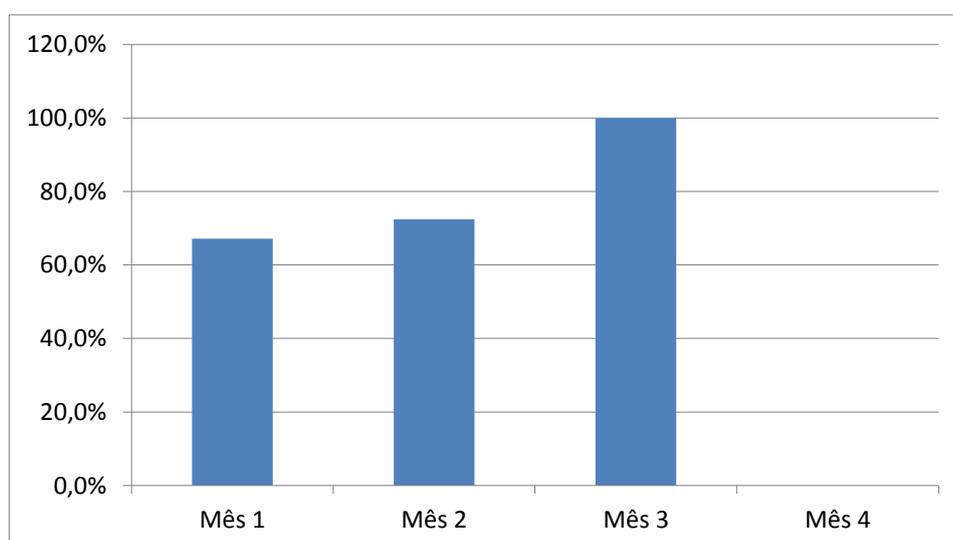


Gráfico 20: Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre a pratica de atividade física regular.

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.5: Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

Os resultados foram positivos aumentando ao longo da intervenção, no primeiro mês 125 (59,8%), no segundo mês 225 (78,4%) e no terceiro mês todos os 313 pacientes tinham sido orientados sobre o risco do tabagismo, outra meta cumprida com sucesso, aqui cabe destacar que também ao princípio se capacitou a equipe para dar orientações sobre os riscos do tabagismo, o que garantiu o sucesso da intervenção, desenvolvemos muitas atividades educativas sobre os malefícios do habito de fumar e como por exemplo uma maior incidência de câncer de pulmão.

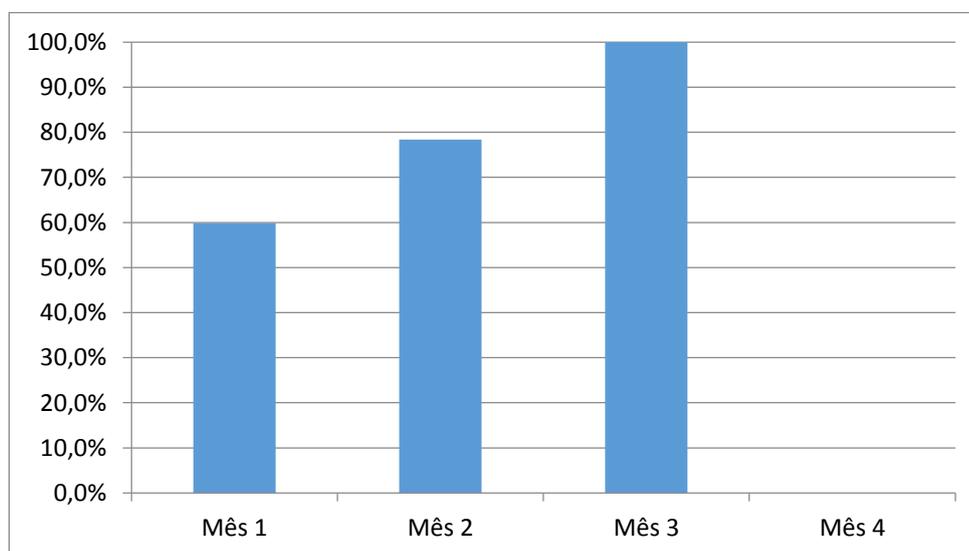


Gráfico 21: Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 22: Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo dos pacientes diabéticos

Indicador 6.6: Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

Todos os pacientes diabéticos que participarem do projeto receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no primeiro mês 57(78%), no segundo mês 71(81,6%) e no terceiro mês todos os 91 pacientes (100%), a ação foi realizada com sucesso.

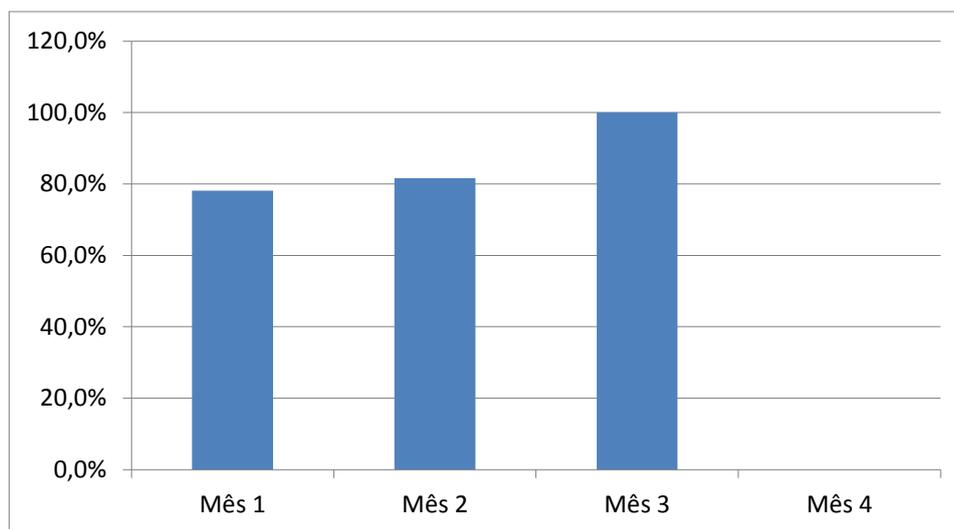


Gráfico 22: Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes Hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Esta foi uma ação muito trabalhosa pela resistência dos pacientes de realizarem as consultas de odontologia o que reafirma a importância das orientações sobre higiene bucal, os resultados alcançados foram muito bons, no primeiro mês se orientou 107 pacientes (51,2%), no segundo mês 207 (72%) e no terceiro mês 313 (100%), isto foi possível devido o trabalho realizado por toda a equipe neste sentido no princípio se capacitou sobre a realização de educação sobre saúde bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos assim como a avaliação e atendimentos priorizados para eles, também em todas as consultas do médico, da enfermeira e do cirurgião-dentista se realizou orientações sobre este tema, a rádio local também teve um papel importante na divulgação das consultas odontológicas e a prevenção do câncer bucal, em várias ocasiões o dentista participou das visitas domiciliares com os ACS, e o médico para orientar os usuários e familiares e a comunidade em geral.

Também se determinou que esta ação vai permanecer como rotina do serviço da UBS. Os ACS se comprometeram em melhorar o controle sobre a assistência dos pacientes hipertensos às consultas odontológicas, e o cirurgião-dentista se comprometeu em aumentar o número de atendimentos para assim garantir a avaliação dos pacientes hipertensos melhorando sua qualidade de vida.

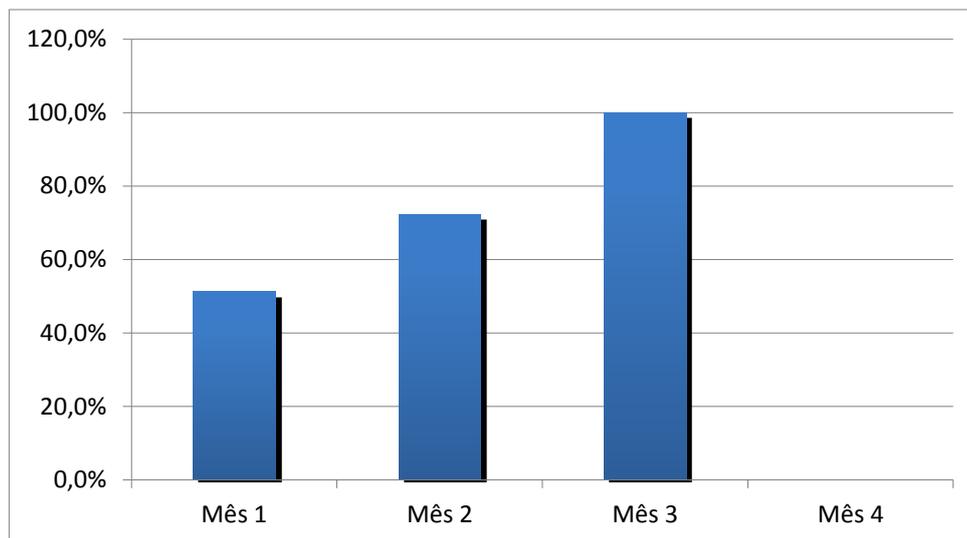


Gráfico 23: Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês se orientou 42 pacientes (57,5%), no segundo mês 63 (72,4%) e para o terceiro mês 91 (100%) atingindo a meta, tomamos as mesmas medidas que para o grupo de hipertensos, acreditamos que aumentando as ações preventiva vamos conseguir reduzir os índices de patologias bucais.

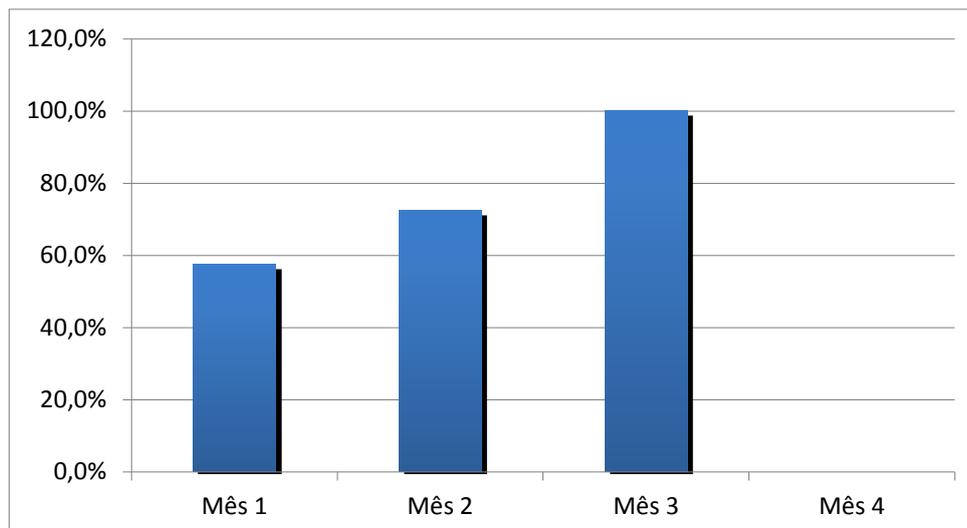


Gráfico 24; Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal
Fonte, Planilha de Coleta de Dados 2015.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para a avaliação do risco de ambos grupos.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos eram concentradas na figura do médico e da enfermeira, a intervenção propiciou definir melhor as atribuições de cada membro da equipe garantindo a ampliação da atenção a um maior número de pessoas, conseguimos uma melhor forma de trabalhar com os registros, e um agendamento das consultas para os hipertensos e diabéticos mais eficiente, a intervenção refletiu na atenção de outros grupos melhorando a qualidade, como por exemplo: atenção pré-natal, puericultura, consultas de saúde mental, e a demanda espontânea a qual foi muito elevada pela situação epidemiológica de Dengue, Chicunguya e Febre de Zica Vírus que ocorreram em nossa área de abrangência, sempre que identificado pacientes de risco para HTS e DM seus atendimentos eram priorizados.

A intervenção teve uma repercussão muito grande na comunidade, os usuários que participaram no projeto estão muito satisfeitos, com o acolhimento que estão tendo, com os atendimentos realizados pelos membros da equipe, seja na UBS ou através das vistas domiciliares, com a prioridade nos atendimentos e realização de exames. A comunidade está muito mais informada e conhece bem os objetivos da intervenção e aceitou esta na sua totalidade.

O indicador de cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS foi ampliada para 80% este é um ótimo resultado, levando em consideração que temos alguns usuários que fazem acompanhamento no nível secundário de atenção, ou em clínicas privadas, mais vamos continuar fazendo busca ativa através dos ACS durante as vistas domiciliares, na busca de novos pacientes sempre procurando melhorar o acolhimento e acompanhamento do programa de atenção de hipertensos e diabéticos, na UBS, ação que já foi incorporada a rotina do serviço.

Com a experiência adquirida até o momento, se fosse iniciar a intervenção agora iria realizar uma maior capacitação a todos os profissionais da equipe, com relação às diferentes funções de cada um desde a análise situacional, durante as reuniões, também aumentar a divulgação inicial para orientar toda a população nos diferentes cenários, como: consultas, vistas domiciliares, sobre a importância de realizar a intervenção para a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Posso dizer que a intervenção foi incorporada a rotina do serviço por exemplo: o acolhimento de todos os usuários priorizando aos hipertensos e diabéticos e seu atendimento, estamos seguindo os protocolos do Ministério da Saúde alguma ação ainda teremos que fortalecer como manter as palestras educativas as quais serão indispensáveis para o sucesso do nosso trabalho, feitas nos diferentes cenários por alguns dos profissionais de saúde da unidade, vamos ampliar as informações sobre a necessidade de priorizar os atendimentos destes pacientes, em especial os de alto risco, vamos a continuar com os mesmos métodos de registros utilizados na intervenção para melhorar ainda mais os acompanhamentos destes pacientes. Adequando corretamente as fichas de hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar os indicadores previstos no projeto e outros que acharmos necessários.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço é ampliar a cobertura de atendimento do grupo alvo atingindo todos os pacientes da área que utilizam o SUS, informar ainda mais a população sobre os fatores de riscos, já que acredito que é mais importante a medicina preventiva do que a curativa, porque desta forma estamos contribuindo para elevar a expectativa e a qualidade de vida da população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Cara Gestora.

Como parte das Atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas foi desenvolvido um projeto com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos na Atenção Primária em Saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) João XXIII. A intervenção foi realizada num período de 12 semanas, os pacientes tiveram um atendimento priorizado e foram realizadas ações em saúde planejadas para evitar complicações e sequelas provocadas por estas doenças.

A intervenção teve o apoio da Secretaria de Saúde, recebendo materiais de oficina e fichas espelhos impressos.

Desde a primeira semana iniciamos a intervenção definindo o papel de cada integrante da equipe para cada uma das ações programadas, e seguimos um cronograma de trabalho proposto no projeto de intervenção, em reuniões de equipe semanais realizamos as capacitações para todos os profissionais da equipe da UBS com relação aos protocolos do Ministério da Saúde. Os temas abordados nas capacitações foram focados na melhora do acolhimento na UBS aos usuários, sobre a orientação que devem ser passadas à comunidade através das consultas, e visitas domiciliares, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes

Estima-se que na nossa área exista de 392 hipertensos e 114 diabéticos finalizamos a intervenção com o cadastramento de 313 usuários (79,8%) de cobertura e desta forma atingimos a meta proposta. A meta estabelecida foi cumprida porque a equipe desde o primeiro momento trabalhou muito forte e com entusiasmo e unidade para conseguir alcançar os objetivos propostos.

No caso dos pacientes diabéticos finalizamos a intervenção com o cadastramento e acompanhamento de 91 usuários (79,8%) de cobertura e atingimos a meta proposta graças ao forte trabalho em Equipe, busca ativa dos pacientes faltosos às consultas, a qual em quanto aos pacientes hipertensos no terceiro mês terminamos com um 100% al igual que os pacientes diabéticos que chegamos ao 100% no terceiro mês, e formação de grupos.

Como principais resultados conseguimos aumentar o número de pacientes como exame clínico em dia de acordo com o protocolo, que se comporto assim, 70% no primer mês, 80% no segundo mês e 100% no terceiro mês em os pacientes hipertensos em os diabéticos foi 65% no primer mês, 82 %no segundo mês e 100% no terceiro mês. E exames complementares em dia de acordo com o protocolo o qual foi aumentando, no caso dos pacientes hipertensos foi 50% no primer mês ,65% no segundo mês e 100% no terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 53% no primer mês, 71% no segundo mês e 100 % no terceiro mês , e com prescrição de medicamentos da farmácia popular, não atingimos a meta , se comporto assim no caso dos pacientes hipertensos 70% no primer mês ,71.6% no segundo mês e 91% no terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 63.9% no primer mês, 71.3% no segundo mês e 75.8% no terceiro mês, os pacientes receberam avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no caso dos pacientes hipertensos foi 49 % no primer mês , 67.9% no segundo mês e 100% no terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 50% no primer mês , 93% no segundo mês e 100 % no terceiro mês, avaliação da estratificação de risco cardiovascular, foi no caso dos pacientes hipertensos 47.8% no primer mês, 69.3% no segundo mês e 100% no terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 60.3% no primer mês ,86.2% no segundo mês e 100% no terceiro mês , orientação nutricional sobre alimentação saudável, foi no caso dos pacientes hipertensos 58.8% no primer mês, 78.4% no segundo mês e 100 % terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 78.1 % no primer mês, 82.8 no segundo mês e 100% no terceiro mês, a importância da pratica regular de atividade física, que foi no caso dos pacientes hipertensos 47.4 no primer mês, 71.4 % no segundo mês e 100 % no terceiro mês e no caso dos pacientes diabéticos foi 76.1 % no primer mês, 72.4 % no segundo mês e 100 % no terceiro mês, orientação sobre higiene bucal que foi no caso dos pacientes hipertensos 51,2 % no primer mês , 72.1 % no segundo mês e 100 % no terceiro mês, no caso dos pacientes diabéticos foi 57.5 % no primer mês, 72.4 no

segundo mês e 100 % no terceiro mês, e risco do tabagismo, que no caso dos pacientes hipertensos foi 59.8 % no primer mês, 78.4% no segundo mês e 100 % no terceiro mês, e no caso dos pacientes diabéticos foi 78.1 % no primer mês, 81.6 no segundo mês e 100 % no terceiro mês.

Esperamos que a intervenção tenha continuidade e que garanta os princípios da Universalidade e da Integralidade. Estas ações foram cumpridas integralmente sem dificuldades, pois a além do trabalho em conjunto da equipe toda, recebemos o apoio da gestora e Prefeito municipal.

Em várias ocasiões fizemos contatos com as lideranças comunitárias onde se falou sobre a importância do programa de atenção de hipertensos e diabéticos, e conseguimos apoio para o cadastramento e acompanhamento destes pacientes. Contamos com o apoio dos ACS os quais eram os responsáveis por agendar todos os pacientes hipertensos e diabéticos para as consultas, e pelas visitas domiciliares ou busca ativa, para que não ficasse nenhum hipertenso e/ou diabético sem o acompanhamento oportuno.

Continuamos trabalhando para o acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos e também na organização de grupos para continuarmos com as orientações sobre promoção de saúde, alimentação saudável, os riscos de tabagismo e do consumo de álcool e drogas.

Posso dizer que a intervenção foi incorporada a rotina do serviço, estamos seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, alguma ação ainda teremos que fortalecer como manter as palestras educativas as quais serão indispensáveis para o nosso trabalho.

Fazendo uma comparação do antes e do depois da realização desta intervenção, podemos dizer que mudou a realidade existente em nosso serviço. A demanda espontânea está muito mais organizada com o agendamento das consultas programadas e a realização da triagem de forma adequada, estabelecendo uma ordem de prioridades. Realizamos referências dos usuários para o nível secundário ou terciário, permitindo-nos um adequado acompanhamento dos usuários na área de saúde, agora eu tenho outra visão já que muitas coisas mudaram, e através deste projeto, abordei muitas temáticas de interesse que me permitiram refletir sobre a importância de conhecer a minha população e seus problemas, condições culturais, econômicas e sociais, podendo-se observar algumas potencialidades de mudanças como por exemplo, a partir do novo

cadastro a equipe encontra-se muito mais engajada com a população adstrita, temos conseguido uma mudança muito importante dos indicadores de cobertura e qualidade de nossa população alvo e nosso objetivo agora é garantir os mesmos resultados nas demais ações programáticas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimados Usuários

Estamos fazendo este informe para compartilhar esta experiência com vocês, , iniciamos um forte trabalho em equipe, realizamos um projeto de intervenção onde examinamos 313 pacientes hipertensos e 91 pacientes diabéticos, patologia pelas quais decidimos fazer este maravilhoso projeto por sua importância e alta taxa de mortes e sequelas, ao início existiam usuários que ficavam desgostosos, porque não entendiam os verdadeiros objetivos do projeto e porque se oferecia tanta prioridade a este grupo alvo, mesmo que sem prejuízo das outras atividades e atendimentos de saúde do serviço da UBS, as vezes se dava atenção priorizada aos usuários hipertensos e diabéticos,

Inicialmente informar a comunidade com o apoio dos ACS e líderes comunitários que era preciso fazer esta intervenção num tempo de 12 semanas, explicando para todos a importância e repercussão da mesma, e desta maneira houve uma grande aceitação, o que gerou o entusiasmo e colaboração de toda a comunidade, participando ativamente em todas as atividades educativas planejadas pelos diferentes integrantes da equipe, colaboraram na participação da busca ativa dos usuários identificados no foco de intervenção o que contribui-o a obter com sucesso os resultados finais,

Uma vez terminado esta etapa de intervenção se pode observar que conseguimos chegar a uma cobertura de 80% de usuários com hipertensão e 80 % de usuários com diabetes, se recuperou 100 % dos pacientes faltosos à consulta através da busca ativa dos ACS.

Posso destacar que alcançamos 100 % metas traçadas como 1-Proporção de hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo,

2-Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico,3-Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, 4-Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, 5-Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, 6-Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável ,7- Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal entre outras, com exceção da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo que ficou em 90% para os pacientes diabéticos, isto se deve ao fato de que ainda temos muitos problemas com relação à demora para recebermos os resultados dos exames complementares, uma vez que desde a entrada no sistema até ser feitos o exame demora um período longo. Outro indicador que não chegamos a 100% foi a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular que ficou em um 74% para pacientes diabéticos, aqui cabe dizer que o município atravessa uma situação crítica com o abastecimento de medicamentos especificamente para estas doenças, e uma parte dos pacientes adquire remédios com recursos próprios.

Uma vez finalizada a intervenção, pela importância para a saúde da população se decidiu com a opinião de toda a equipe que as ações permanecerão como rotina normal da UBS, como o acolhimento de todos os pacientes priorizando aos hipertensos e diabéticos e seu atendimento seguindo os protocolos do Ministério da Saúde. Também se vai a continuar trabalhando forte na educação sobre saúde bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos, neste caso os ACS irão monitorar o atendimento odontológico.

Iremos manter em minha consulta a orientação a todos os usuários quanto a fatores de riscos, sinais de alerta e prevenção e estilos de vidas saudáveis para hipertensos e diabéticos, já que acho que aumentando a atenção preventiva vamos conseguir reduzir os índices de incidência destas patologias, e elevar a qualidade dos atendimentos,

Como ponto final, posso dizer que contamos com o apoio dos líderes comunitários e outras pessoas que trabalharam na divulgação do projeto para que toda a população em geral conheça os resultados finais e que continuem com o mesmo entusiasmo e colaboração para que todos juntos possamos trabalhar para um Brasil melhor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Curso de especialização possibilitou-me um grande processo de aprendizagem, já que me permitiu conhecer e realizar um projeto de intervenção em uma UBS fora de meu país, acho que tive um correto desenvolvimento durante todo este tempo de estudo e dedicação, já que minhas expectativas em relação ao curso foram cumpridas, pude ter uma maior preparação como profissional, sendo mais integral, preparando-me muito melhor e aprofundando ainda mais meus conhecimentos em Saúde Familiar, e assim poder oferecer uma atenção de mais qualidade, adaptando-me a novas doenças, novas costumes higiênicos sanitárias e culturais, sendo capaz de mudar pouco a pouco a mentalidade de minha população a qual uma vez terminado o projeto ficou mais informada sobre estas doenças e sobre medicina preventiva.

Esta experiência de aprendizagem virtual foi para mim excelente já que através dela pude interagir com os demais colegas, conhecer suas vivências, seus desempenhos, e isto me ajudava a continuar trabalhando forte em minha preparação. Também estou muito agradecido pelo acompanhamento de minha orientadora, a qual foi muito útil e importante para o cumprimento de todas as atividades planejadas durante o período da especialização sempre interagindo no espaço Dialogo Especializando/Orientador, durante todas as unidades do curso.

Durante o curso posso dizer que meu aprendizado mais relevante foi, conjuntamente com toda a equipe da UBS, a realização da Análise Situacional de Saúde para conhecer e identificar os principais problemas de saúde dos usuários, os fatores de riscos biológicos e ambientais da comunidade, e uma vez aprendendo e conhecendo seus estilos de vidas, fomos planejando e desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde que eram bem aceitas pela população, objetivo

que considero muito importante porque melhoramos a qualidade de vida dos indivíduos, diminuimos a morbimortalidade de nossa população. Outro aspecto importante foi a interação com os demais integrantes da equipe de saúde, já que constituiu um prazer, para mim trabalhar neste projeto com eles, aprender com seus conhecimentos, sua forma de trabalhar, e poder compartilhar minha experiência em Saúde da Família e os conhecimentos recebidos em meu país, para de uma forma unida dar uma atenção básica de saúde de qualidade sempre pensando melhorar a saúde do povo brasileiro.

Referências

1 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

2 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2013

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Coleta de dados HAS e DM final [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. [Habilitar Edição](#)

J111 1

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	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
	341	Maria da Silva	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	342	Zilda Maria Fernandez	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	343	Almira Alice da Cruz	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	344	Helina Tamara Souza	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	345	Olivia Juliana de Olivera	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	346	Josefa Maria da Silva	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	347	Mario Pedro da Silva	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	348	Francisco Gomes Filho	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	349	Maria Odete de Araujo	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1
	350	Gorete Nogueira de Araujo	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	351	Francisco Antonio da Silva	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	352	Francisca Judith do Santos	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	353	Maria Neta Bezerra	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
	354	Jose Pereira Do Santos	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1

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

84%

Nexo 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.
