

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitusna UBS-ESF número 4, Vera Cruz/RN

Maria Caridad Pérez Reina

Pelotas, 2015

Maria Caridad Pérez Reina

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitusna UBS-ESF número 4, Vera Cruz/RN

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

Orientadora: Aline Gomes de Oliveira Nascimento

Pelotas, 2015

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

R364m Reina, Maria Caridad Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitusna UBS-ESF Número 4, Vera Cruz/RN / Maria Caridad Pérez Reina; Aline Gomes de Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha filha pelo seu carinho e amor que são os detonantes de minha felicidade, meu esforço e meu desejo de encontrar o melhor para ela. Mesmo na sua idade jovem, ensinou-me a encontrar o lado doce e não amargo da vida. Ela é minha maior motivação pra conclusão com sucesso deste projeto de intervenção.

A Minha mãe por ter me apoiado em todos os momentos por seus conselhos, seus valores, pela constante motivação que me permitiu ser uma boa pessoa, mas mais que tudo, pelo seu amor.

A meu pai pelos exemplos de perseverança e constância que o caracteriza e que me infundadas e tem sempre, pelo valor exibido para ter sucesso e seu amor.

A meu esposo pelo amor incondicional dedicado a mim todos esses anos.

A Minha irmã por ser o exemplo de uma irmã da qual aprendi acertos e nos momentos difíceis estar comigo e me apoiar sempre

A Meu sobrinho e minha sobrinha, que vê em mim um exemplo a seguir e para todos aqueles que participaram direta ou indiretamente no desenvolvimento desta intervenção.

Agradecimentos

A minha orientadora Aline Gomes de Oliveira Nascimento por seus sábios ensinamentos metodológicos que tanto me ajudaram na elaboração deste trabalho e por sua dedicação com o processo ensino-aprendizagem que tanto me auxiliaram.

A Equipe da UBS número 4 por serem incansáveis partícipes na realização deste trabalho e por seu compromisso com o cuidado da saúde das pessoas da comunidade. À gestão do município Vera Cruz que facilito o necessário para a construção deste estudo. A comunidade da UBS número 4 pela colaboração e apoio a nossa intervenção. Aos meus amigos que colaboraram direta ou indiretamente na conclusão deste trabalho.

Resumo

PÉREZ REINA, Maria Caridad, GOMES de Oliveira Nascimento, Aline. **Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, na UBS Numero 4, Vera Cruz/RN. 2015. 96f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

No Brasil há cerca de 10 milhões de portadores de Diabetes Mellitus (DM) e 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), este número deve continuar a aumentar devido ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade. Por este motivo é necessário agir em todos esses fatores de risco para evitar complicações como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. O presente trabalho foi realizado com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS-ESF número 4, Vera Cruz/RN para garantir os princípios da universalidade e da integralidade. As ações previstas no projeto foram desenvolvidas no período de três meses, seguindo os protocolos de 2006, para hipertensão e diabetes, preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Foi levado em consideração os quatro eixos pedagógicos para o alcance das metas traçadas que são: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Todos os membros da equipe ficaram envolvidos no cadastro de todos os usuários com HAS e DM da área adstrita a unidade, aproveitando todas as oportunidades. Foi feita capacitação da equipe de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS, sobre o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, o preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, a busca ativa dos usuários faltosos à consulta nas visitas domiciliares. Os resultados são satisfatórios, pois aumentamos a cobertura de hipertensão para 66,3% representando atendimento de 281 usuários e de diabéticos para 92,4%, 97 usuários atendidos. Para os indicadores de qualidade alcançamos 100% o qual resultou em um êxito e a intervenção foi incorporada na rotina da UBS. A intervenção teve impacto positivo ao estimular a participação da comunidade no desenvolvimento da intervenção conseguimos criar uma interação direta entre os profissionais da UBS e a comunidade o que facilitou a percepção dos benefícios e aumento a adesão dos usuários às consultas e a realização dos exames complementares.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde. Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.	62
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde. Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.	63
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	66
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/ Hiperdia priorizada.	67
Figura 6	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	69
Figura 7	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados	62
4.2 Discussão.....	78
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Apêndices.....	90
Anexos	94

Apresentação

Trata-se do trabalho de conclusão de curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, realizado com Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O trabalho objetivou melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS-ESF número 4, Vera Cruz/RN.

O trabalho foi dividido em sete partes, iniciamos com Análise Situacional na qual é feita a caracterização da unidade e a partir desta análise foi possível identificar o foco para desenvolvimento das ações, em seguida a Análise Estratégica que contempla como será desenvolvido o projeto de intervenção; a terceira parte inclui o relatório de intervenção no qual se apresentam as atividades realizadas, seguido da Avaliação da Intervenção explorando os resultados obtidos, discutindo as coberturas alcançadas, os Relatórios da intervenção para gestores e comunidade e finalizo com a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

As tarefas começaram a serem escritas no início do curso de especialização, junho de 2014, iniciando-se assim a construção do Trabalho de Conclusão de Curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que está localizado na cidade de Vera Cruz, esta unidade funciona em uma casa alugada que foi adaptada para funcionar como unidade básica de saúde, esta é composta por uma sala de espera onde os usuários aguardam para serem atendidos, tem uma recepção onde a secretária anota o nome do usuário e procura o prontuário de sua família no arquivo local e auxiliar de enfermagem registra na sua história individual a sua pressão arterial, peso e altura aferidos, tem uma sala que funciona como farmácia onde são entregues os medicamentos, tem o consultório médico com maca para examinar usuários, também tem consultório de enfermagem com mesa ginecológica e consultório odontológico. Cada um destes locais tem pia, boa iluminação e ar condicionado, tem um espaço para curativos de usuários que têm uma maca para estes procedimentos e tem sua pia para lavar as mãos, uma prateleira com medicamentos e equipamentos para fazer o curativo, sala de vacinação, cozinha e dois banheiros.

Minha equipe de saúde da família é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma assistente de consultório dentário (ACD), uma recepcionista, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma assistente de serviços gerais.

A UBS atende uma população de 2790 pessoas, mas essa população deve crescer com o novo cadastramento que está sendo feito. Na unidade de saúde são feitas consultas de atenção pré-natal, puericultura e atenção às crianças, atendimento ao usuário idoso, Hipertensão, saúde das mulheres, são feitos atendimentos espontâneos, além disso, as visitas domiciliares que são marcadas pelos ACS priorizam usuários que não podem ir à unidade de saúde. Também são coletadas amostras dos exames citopatológico do colo do útero, testes rápidos de glicose, administradas vacinas de acordo com a vacinação brasileira, curativos são realizados diariamente para usuários que necessitam deles, e são distribuídos medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, além de pílulas anticoncepcionais e preservativos.

Na cidade tem um hospital rural que oferece bom suporte às unidades básicas de saúde, tem um departamento para coletar amostras de exames

laboratoriais e são levados para outras cidades, por isso os resultados demoram um pouco para chegar aos usuários, outros exames que não são realizados neste hospital são marcados pela prefeitura, bem como as consultas com especialistas. Na cidade tem um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que trabalha em conjunto com as unidades básicas de saúde.

Após nossa chegada a unidade foi mudando a forma avaliação dos usuários, passando ter a visão deste como um todo, orientando mudanças em seu estilo de vida e formas de melhorar e prevenir doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis. Os usuários agora não precisam mais ir à unidade de madrugada para agendar sua consulta porque esta funciona todos os dias. São realizadas palestras com grupos de risco: Hipertensão, com adolescentes para prevenir a gravidez nestes estágios iniciais de vida, com mulheres grávidas sobre a importância da amamentação, para as crianças a equipe odontológica explica a importância de escovar os dentes e a maneira correta de fazê-lo, os idosos fazem exercícios com o educador físico. Todas essas atividades são feitas com toda a equipe de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Número quatro, onde desenvolvo minhas atividades, está situada no município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte, este município possui aproximadamente 12000 habitantes e atualmente existem seis UBS com seis equipes de saúde da família e saúde bucal, o município no ano 2013 foi contemplado com o NASF parte um, contendo seis profissionais: pediatra, dois nutricionistas, terapeuta ocupacional, assistente social e Psicólogo. Este desenvolve ações de saúde preventiva e educativa. Não dispomos de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), temos um hospital que acolhe urgência e emergência, tem um laboratório que realiza exames complementares para toda a população. Quanto à atenção especializada dispomos de um centro de referência em especialidades como: pediatra, Psiquiatra, Cardiologista, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Protético, Fisioterapeuta, Psicólogo, Cirurgião-Dentista e médico de imagem (ultrassonografia).

A unidade encontra-se no centro da cidade de Vera Cruz é urbana, tem vínculo com o SUS os usuários são encaminhados aos distintos serviços que são

oferecidos no município e fora deste, temos uma escola dentro da área de abrangência com a qual fazemos diferentes atividades, o modelo de atenção é uma Equipe de Saúde da Família Tradicional a qual funciona em uma casa alugada, esta é formada por uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma ACD, uma vacinadora, uma recepcionista, quatro ACS e uma assistente de serviços gerais.

Em relação à estrutura física, a unidade básica de saúde funciona numa casa alugada, espaços adaptados e por este motivo não atende a todos as condições estruturais para o desenvolvimento das atividades a serem realizadas por uma equipe de saúde da família. Não tem sala de espera adequada para os usuários, não tem lugares confortáveis para sentar ou mídias audiovisuais para o entretenimento dos usuários enquanto espera para ser atendido. Não temos uma sala de recepção e uma sala para registrar os prontuários, apesar disso, o recepcionista cumprimenta ao usuário e procura seu o prontuário de sua família e escreve na ficha de atendimento individual o peso, altura, pressão arterial. Não há sala de vacinação, as vacinas são colocadas em um quarto sem privacidade, pois os usuários passam por esta para ir à sala de curativos, e na farmácia são pesados e medidos usuários. Os consultórios têm as condições necessárias para um bom atendimento aos usuários, têm a sua mesa, cadeiras, mesa de exame clínico, pias, boa iluminação e para ventilação têm ar condicionado.

Não foram criadas todas as condições estruturais para o acesso sem dificuldades de usuários com limitações físicas ao banheiro, embora, como estratégia de equipe de saúde esses usuários com deficiências que têm dificuldades de chegar à unidade são visitados em casa em uma base regular, não há sala de esterilização de modo que o material é esterilizado no hospital, na sala de procedimentos também são realizadas nebulizações em usuários. Muito difícil um atendimento melhor aos usuários, pois tem que esperar pelo atendimento que procura se alguém está recebendo uma nebulização. Para a solução das dificuldades e limitações encontradas, os ACS continuam fazendo o cadastramento da população, que não foi concluído com a chegada de novas famílias para a comunidade, foi acordado com os ACS para concluir o cadastro no menor tempo possível e atualizar o mapa de área geográfica da população pertencente a esta unidade de saúde.

Com a criação do Conselho Local de Saúde será possível superar essas

dificuldades, pois a população irá se comprometer com a melhoria da unidade por meio de monitoramento das ações realizadas pela prefeitura para melhorar as condições estruturais. Para resolver essas dificuldades estruturais, a secretaria de saúde tem um projeto de construção de uma unidade básica e tem um terreno para iniciá-la.

Em nossa UBS não existem equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática dificultando o levantamento de dados estatísticos com maior facilidade. ACS visitam a população que atendem a pé, já que apenas no período da tarde o carro está na unidade para visitar os usuários para que sejam realizados os atendimentos em sua casa. O fornecimento de materiais e insumos é suficiente para a realização das atividades, em sua maioria, só não há fio de sutura em geral. Na consulta odontológica há uma quantidade suficiente de insumos. Muitos dos medicamentos listados no elenco Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica não existem na farmácia da unidade.

Há todos os livros relacionados com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém não existem os protocolos mencionados nos questionários. Após a identificação de deficiências, assumimos a tarefa de criar estratégias para dar solução a estes, falar com o secretário de saúde para disponibilizar conexão a internet e assim, melhorar o sistema de informação. Aumentar a diversidade de medicamentos conforme definido neste Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e os pedidos feitos na unidade. Aos usuários atendidos são prescritos medicamentos para tratamento da doença, na maioria dos casos, com os que existem na unidade.

Existe disponibilidade de receitas azuis e essas são entregues pela Secretaria de Saúde do Município e nunca houve falta destes, ou de outros receituários. As medicações controladas estão disponíveis na farmácia do hospital onde os usuários vão com as receitas e recebem medicação por um mês de graça e todos os meses ele tem que fazer o mesmo procedimento para obter os medicamentos. Não há dificuldades com a disponibilidade de vacinas, a vacina BCG nesta cidade é dada a cada quinta-feira em outra unidade de saúde, aonde a vacinadora da nossa UBS vai para vacinar recém-nascidos da cidade naquele dia.

Quanto às atribuições dos profissionais, podemos dizer que em nossa unidade de saúde todos os membros da equipe de saúde envolvidos no processo de

territorialização e mapeamento de área de atuação da equipe Os profissionais também realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio e nas escolas, foi tomado como acordo para fazer essas atividades em outras áreas da comunidade.

A busca dos que faltam consulta é realizada pelos ACS e para aqueles que se recusam a ir para a unidade eles marcam visita domiciliar. Os que aparecem em situação de emergência são encaminhados ao pronto socorro do hospital, onde recebem atenção e determina se eles deveriam ser destinados a outro hospital. Os usuários são acompanhados, quando estão em cuidado domiciliar e ao sair do hospital a nível terapêutico indicado para estes seguirem.

A unidade tem busca ativa de síndromes respiratórias e todos os usuários são atendidos em consulta com tosse e expectoração por mais de 15 dias, são instruídos a fazer abaciloscopia do escarro, a primeira amostra são realizadas na unidade e a segunda amostra no hospital, isso é feito com o objetivo de fazer o diagnóstico da Tuberculose.

A notificação compulsória de doenças é realizada na unidade pelo médico e a enfermeira, a busca ativa desses casos é feita pelos médicos, enfermeiros e ACS. O encaminhamento é realizado seguindo os protocolos. O conselho Local de Saúde está em processo de formação. Todos os profissionais participam do gerenciamento dos insumos da unidade e receberam qualificação profissional em gestão de saúde. As reuniões da equipe de saúde são realizadas mensalmente e servem para discutir e organizar a agenda, os casos interessantes são estudados, os indicadores são analisados e fornecer informações sobre saúde.

O tamanho da equipe da UBS é adequado ao tamanho da população na área de abrangência porque são quatro agentes comunitários de saúde para uma população de 2790 pessoas. A distribuição da população por faixa etária é: crianças menores de um ano são 22, este número está abaixo da distribuição brasileira, isso ocorre porque há uma diminuição no número de mulheres grávidas e muitas famílias têm melhorado devido a suas condições socioeconômicas, recebem a orientação nas consultas de planejamento familiar, onde as mulheres podem ter acesso aos métodos anticoncepcionais gratuitos para que a gravidez seja planejada e por este motivo são oito mulheres grávidas, também abaixo à distribuição brasileira. Crianças com menos de cinco anos são 193 por isso estamos no topo da distribuição brasileira, bem como as mulheres em idade fértil que são 1186. Pessoas com idade

de 5 a 14 anos são 545, pessoas com idade de 15 a 59 anos são 1748 e mais de 60 anos são 302 e esses aspectos estão em linha com a distribuição brasileira, como em pessoas entre 20 e 59 anos que são 1429 e pessoas de 20 anos ou mais são 1732.

Em minha unidade de saúde, antes de começarmos a trabalhar, muitos usuários recebiam atendimentos em consultas de demanda espontânea, muitas vezes as consultas eram agendadas para o mês seguinte, isso ocorria porque o atendimento não era realizado todos os dias da semana. A partir do início do nosso trabalho na unidade, assumi a tarefa que as consultas deveriam agendadas em determinados dias da semana para grupos de risco e duas manhãs de manhã para atendimento livre, assim diminuiu o número de usuários que necessitavam de atendimento no dia. Foi tomada como uma forma de trabalho que os agentes de saúde irão agendar consultas aos usuários idosos, hipertensos, diabéticos, com certeza do dia em que serão atendidos. Quando chega à unidade um usuário com necessidade de atendimento no dia, a recepcionista recebe e prepara para ser atendido na consulta pelo médico ou enfermeira onde examina e toma as medidas com eles. Depois de meses trabalhando desta forma os atendimentos têm diminuídos por demanda espontânea e as pessoas se sentem melhor atendidos.

Na unidade o acolhimento do usuário é realizado no corredor, onde há uma mesa com duas cadeiras, isso é feito pela recepcionista e a técnica de enfermagem todos os dias da semana, elas organizam a ordem de atendimento os usuários seguem a gravidade da doença que têm, as pessoas que precisam de atendimento no dia em que comparece a unidade são encaminhadas para o médico, enfermeira e dentista, nesses casos eles são recebidos pela recepcionista e entram como prioridade na consulta de acordo com a urgência.

Após o trabalho organizado na unidade e a equipe trabalhando 36 horas por semana, não há excesso de demanda espontânea e isso ajuda o nosso trabalho, pois a cada dia o público tem sido melhor. Na UBS em relação ao atendimento odontológico não é oferecido serviços de prótese, mas o dentista avalia usuários que necessitam de próteses e são encaminhados para outra unidade onde este serviço é centralizado na cidade. Não faz também tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa, tais usuários são encaminhados para outra unidade.

As consultas de puericulturas são realizadas um dia da semana, por médico e enfermeiro. Nos primeiros dias de vida do recém-nascido são feitas visitas em casa onde se dá informação à mãe como deve proceder com seu cuidado e a importância do aleitamento materno, além de examinar a criança e mostrar como fazer os cuidados do coto umbilical para prevenir a infecção, e orientar quando a fazer o exame do pezinho e a consulta de puericultura e que estes devem comparecer sempre com a caderneta do recém-nascido, onde todos os dados são anotados. Quando uma criança perde a consulta são visitados por agentes comunitários de saúde, que deixam agendada a próxima consulta. A forma de registro que há na unidade são os prontuários de crianças menores de um ano estão dentro dos prontuários médicos da família, que são justamente com todos os prontuários da unidade, foi tomado como estratégia para criar um arquivo somente para os registros médicos individuais de crianças menores de um ano.

Na área de abrangência da minha unidade existem 22 crianças menores de um ano, uma cobertura de 54%segundoa estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), todas que fizeram consultas de puericultura na UBS e delas duas crianças fora da área também são consultadas em nossa unidade. Os indicadores de qualidade da atenção de saúde de criança avaliados são: crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de saúde são 18 que representa (82%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias são oito crianças (36%), com teste do pezinho até sete dias são cinco crianças (23%), com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida são 10 crianças (45 %), os outros indicadores de qualidade estão em um 100%.

Tomamos como uma estratégia de trabalho que todas as crianças terão a sua primeira consulta em casa nos primeiros quatro dias de nascido, onde o médico irá orientar a mãe a ir ao dia seguinte para a unidade básica de saúde para realizar o teste do pezinho, o que deve ocorrer antes de sete dias de nascido. Nas consultas de puericulturas serão fornecidas para a mãe todas as informações que ela precisa saber sobre o desenvolvimento de seus filhos, a importância do aleitamento materno até os seis meses, o risco de acidentes que podem ocorrer em casa com as crianças, mais ele vai realizar um exame físico a criança por qualquer doença, são analisados como crescimento, peso e desenvolvimento psicomotor das crianças e se eles atualizaram a vacinação. Também nas palestras devem sempre explicar às mães a importância de participar da puericultura agendada porque estas orientações

são fornecidas para que a criança tenha um bom desempenho e desenvolvimento psicomotor.

Na unidade de saúde é muito importante manter bons registros de todas as crianças menores de um ano para começar a traçar as estratégias para a boa saúde de menores de um ano, por isso foi criado arquivo com as histórias das crianças menores de um ano vai atingir um melhor atendimento destes, além de tornar mais fácil encontrar qualquer informação sobre crianças com menos de um ano. Decidiu-se também fazer uma reunião mensal apenas com o médico, enfermeira e ACS para o planejamento, gestão, coordenação e avaliação da assistência do programa de puericultura, através dessas medidas vamos conseguir melhorar os indicadores de saúde da nossa unidade e a satisfação das famílias das crianças.

A Atenção Pré-Natal e Puerpério são muito importantes para que a gravidez tenha um final feliz, para isso temos que atrair as mulheres grávidas cedo para indicar os exames e identificar todos os fatores de risco que grávida apresenta e agir sobre estes. Em nossa unidade a captação dessas mulheres vai ocorrer mais cedo para que elas possam receber todas as orientações sobre gravidez e qualquer dúvida que possam ter, além de receber a solicitação todos os exames do primeiro trimestre. Atualmente existem problemas com atraso na marcação de exame, normalmente solicitamos estes exames um mês antes da data em que a mulher grávida deve realmente fazê-lo, e ainda quando são realizados, os resultados demoram um mês. A puérpera é visitada em casa na primeira semana em que são examinadas e recebe orientação sobre os cuidados com o bebê, a importância do aleitamento materno exclusivo.

A cobertura Pré-Natal na nossa UBS é de 8 grávidas representando 19% segundo a estimativa do CAP, todas as mulheres grávidas que vivem em nossa área foram acompanhadas em consulta pré-natal acordo com calendário do MS. Indicador de qualidade da assistência Pré-Natal é bom apenas deve melhorar os cuidados de saúde bucal que foi realizado em apenas 50% das gestantes atendidas, devem garantir que as mulheres grávidas ir ao dentista e isso vai ser feito através dos ACS, estes devem citar as gestantes que faltaram à consulta odontológica. Relativas aos indicadores de qualidade com 100% cobertura são: consultas em dias de acordo com calendário do ministério da saúde, solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme

protocolo exame ginecológico por trimestre, orientação para aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao indicador de cobertura do puerpério, esse é de 22 puérperas representando um 54% segundo a estimativa do CAP, todas as mulheres são visitadas nos primeiros sete dias do pós-parto em seu domicílio, onde são dadas todas as orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, será realizado exame físico para puérpera à procura de alteração e para evitar complicações pós-parto. Relativas aos indicadores de qualidade em 100%, são: consultaram antes dos 30 dias de pós – parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, tiveram as mamas e abdômen examinado, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado.

Não há arquivos específicos para os registros de atendimentos às gestantes, foi tomado como uma estratégia para criar um arquivo somente para as histórias das grávidas que tornaria mais fácil para revisar qualquer informação sobre estas e ajudar a melhorar a qualidade da assistência pré-natal. As grávidas ausentes às consultas são procuradas por os ACS. Não há profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal, assim como à avaliação e monitoramento do programa de pré-natal, decidiu-se criar um grupo seja composto da enfermeira, o médico e o dentista da unidade onde vão discutir nas reuniões as problemáticas e ações a serem tomadas para se chegar ao final da gestação feliz.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos quando esses se fizerem necessários.

Nossa unidade de saúde tem um dia dedicado para a enfermeira fazer exame citopatológico de colo de útero, as mulheres que procuram a consulta entre as idades de 25 e 64 anos é realizado exame citopatológico de colo de útero no caso esteja no prazo, às mulheres entre 50 e 69 anos são instruídas a realizar mamografias, a todas as mulheres são realizado exame das mamas e explica com eles devem realizar autoexame das mamas mensal, são feitas atividades de promoção, prevenção de grupos de risco, a importância do uso de preservativos

durante as relações sexuais, está sendo realizada busca de mulheres que recusar-se a realizar exame citopatológico de colo de útero para este exame que possa ser realizado o mais rapidamente possível.

A cobertura de prevenção do câncer de colo de útero é de 641 mulheres representando 91% da estimativa do CAP, os indicadores de qualidade de prevenção de câncer de colo de útero são: exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 69%, exame citopatológico do câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso são 31 mulheres representando 5%, com exame alterado são três, exame coletados com amostras satisfatórias são 437 representando 68%, exame coletados com células representativas de junção escamo colunar são 437 representando 68%. A avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de Câncer de colo de útero e orientação sobre Doença Sexualmente Transmissíveis (DST) é de 69%.

A equipe deve melhorar o acompanhamento das mulheres entre os 25-64 anos para isso foi acordado com os ACS a atualização da lista de todas as mulheres entre a faixa etária (25-64 anos) e a relação do ano que se realizou o último exame, fazer um arquivo apenas para estas mulheres neste grupo etário. A enfermeira antes de entregar exames, anota no livro os resultados dos exames e colocam separadas as mulheres com alguma alteração no exame para ter um melhor acompanhamento destes casos.

Em relação ao controle do câncer de mama na unidade não tem um registro sobre mamografias realizadas o que torna muito difícil obter qualquer informação. O indicador de cobertura de câncer de mama é 125 mulheres representando 60%, têm realizadas 20 mamografias, as mamografias com mais de três meses de atraso são 17 representando 14%, com avaliação de risco para câncer de mama são 61 representando 49%, com orientação sobre prevenção de câncer de mama são 103 representando 82%.

Os ACS foram orientados a entregar a lista de mulheres com idade entre 50-69 anos, que tem em sua área com a data da última mamografia feita, ele irá criar um arquivo com esta faixa etária para é mais fácil obter todas as informações solicitadas. Foi acordado na unidade fazer a cada mês reunião onde os exames citopatológico e mamografias realizadas, além de usuários em atraso para tal revisão serão analisados.

Os usuários com hipertensão e diabetes mellitus são tratados na unidade onde existe um dia só para Hiperdia, nos outros dias também são atendidos estes usuários caso seja necessário, eles vão para o consultório a cada quatro meses, onde se realiza um exame físico completo, exames são indicados, eles renovam os medicamentos de prescrição que podem pegar estes na unidade sem custos, são registrados em um livro quando pegam a medicação e cada quatro meses são visto em consulta.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos e mais residentes na área é baixa, porque só temos uma cobertura de 227 usuários, representando 39% do esperado pela estimativa do CAP, quando deveríamos ter 578 usuários com HAS por isso toda a equipe de saúde que assumiu a tarefa de encontrar novos casos de usuários hipertensos, os ACS agendarão consulta a todos os usuários com risco para HAS, como: pessoas sobrepeso, obesos, sedentários e fumantes.

Os indicadores de qualidade de cuidados para HAS avaliados são: os 227 usuários com HAS foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e orientados sobre as atividades físicas regulares, e quanto alimentação saudável, representando 100% desta população. Temos apenas 11 usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, representando 4,8%, com exames complementares periódicos em dias são 217 usuários, representando 96%, com avaliação de saúde bucal em dia é 203 usuários representando 89%.

A estimativa do número de usuários com Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais é de 165 usuários e na unidade apenas diagnosticaram 57 usuários, representando 35%, pelo que foi decidido trabalhar em todos os grupos de risco para o diagnóstico de novos casos. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias são sete usuários, representando 12%, com exames complementares periódicos em dia são 53, representando 93%. Aos 57 usuários diabéticos foram feitos em consultas estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físicos dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, medida da sensibilidade dos pés, recebem orientação sobre práticas de atividades físicas regular, orientação nutricional para alimentação saudável, representando 100%, com avaliação de saúde bucal em dia 53 usuários, representando 93%.

Os profissionais que participam do atendimento dos adultos com HAS e DM em minha unidade são o médico e a enfermeira. Existe oferta para atendimento para

adultos com problemas agudos devido à hipertensão e diabetes todos os dias da semana e, por vezes, há uma demanda de pessoas com estes problemas fora da área de cobertura da unidade que são atendidos.

A unidade formou um grupo de Hiperdia a realização de exercícios físicos dois dias da semana com o preparador físico, a cada mês na unidade definidas palestras educativas realizadas com os membros do NASF. Dois dias da semana o preparador físico realiza caminhadas com os usuários hipertensos e diabéticos. Ficou acordado que os ACS buscam a usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus em atraso nas consultas agendadas para vir para a consulta com o médico e a dentista, dar conhecimento aos usuários os exames complementares são indicados novamente para ser realizado no hospital da cidade.

Na unidade não há protocolos de HAS e DM por isso pedimos o secretário de saúde, concordaram em criar um arquivo para esses usuários. Foi acordado ainda que nas reuniões mensais serão discutidos o planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações dispensadas aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Todas essas medidas a tomar na unidade que vai melhorar o atendimento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, aumentando a qualidade de vida desses usuários.

Com a tendência de envelhecimento da população do mundo, em unidades de saúde devem estar todos preparados para atender as necessidades dessas pessoas idosas, o estado tem feito muitas políticas de saúde para ajudar a tornar mais pessoas chegam à idade avançada em melhores condições de saúde. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. (Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa)

Minha unidade básica de saúde tem um dia de atendimento às pessoas idosas, estas consultas são marcadas por os ACS, os usuários que não podem ir para a consulta são visitados em casa pelo o médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Para melhorar a mobilidade dos usuários dois dias por semana fazem exercícios físicos com o preparador físico. Na unidade são fornecidas palestras para melhorar o modo e estilo de vida dessas pessoas, eles também estão fornecendo informações à família sobre como devem ser cuidadas e tratadas essas pessoas na casa.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do caderno de ações programáticas é adequada a nossa realidade 302 idosos, isso leva a 100% de cobertura das pessoas idosas em nossa unidade de saúde. Existe demanda de idosos com problemas agudos os quais são atendidos no momento. Não existem idosos que são atendidos na unidade que não morem na área de abrangência.

Os idosos de nossa unidade básica de saúde recebem a caderneta de saúde das pessoas idosas, eles lhes são explicado à necessidade de levá-la consigo sempre, apesar disso ainda há usuários que não trazem a caderneta de saúde, eles referem que se esquecem, por isso continua a trabalhar com eles não se esqueça de levar à caderneta de saúde da pessoa idosa todas as ocasiões que assiste à UBS.

Todas as pessoas idosas (100%) têm a avaliação integral rápida em dia, a avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular. Das 302 pessoas idosas são hipertensas 156, representando 52%, com diabetes são 41 usuários, representando 14%, com avaliação de saúde bucal em dia 237, representando 78%.

Os ACS localizarão os usuários que não têm as consultas em dias e falta de avaliação da saúde bucal pelo dentista, muitas vezes estes usuários não vêm à consulta da dentista, porque eles não dão importância aos cuidados de saúde bucal, por isso, foi acordado que os dias de atendimentos das pessoas idosas pela médica, a dentista vai dar a estes usuários palestras educativas sobre a importância da higiene bucal.

Na unidade básica de saúde não tem protocolos de atendimento para idosos, estes foram solicitados à secretaria de saúde. Nas reuniões da unidade são discutidos o planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

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

Em relação ao trabalho apresentado a segunda semana de ambientação pode-se dizer que a condição estrutural da unidade é mantida. Quando estabelecemos uma comparação entre a tarefa apresentada na semana 2 de

ambientação e o relatório da análise situacional podemos ver a ignorância que existia sobre os protocolos do Ministério da Saúde Pública do Brasil, também com o preenchimento do CAP foi possível analisar os indicadores de cobertura e qualidade de cada ação.

Após um estudo mais aprofundado dos diversos documentos fornecidos pelo curso, permitindo-nos ultrapassar os nossos limites para desenvolver uma melhor assistência médica, prestada a compartilhar o conhecimento com todos os profissionais membros da equipe e juntos alcançar uma prestação de cuidados de qualidade para o povo brasileiro. A equipe de saúde tem aprendido a trabalhar em união que ajuda a melhorar os nossos indicadores de saúde e aumentara satisfação da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil são cerca de 10 milhões de portadores de DM e 17 milhões de portadores de HAS, este número deve continuar a aumentar devido ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade. Por este motivo é necessário agir em todos esses fatores de risco para evitar complicações como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. A HAS é a mais frequentes das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Renal Crônica Terminal. Por ser uma doença assintomática é difícil de diagnosticar, porque as pessoas não procuram cuidados quando são diagnosticados, e muitos não fazem o tratamento corretamente, deve trabalhar em mudanças de estilos de vida o que é de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (BRASIL, 2006).As duas patologias,diabetes e a hipertensão arterial, juntas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, de hospitalizações e de amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

A unidade Básica de Saúde encontra-se no centro da cidade de Vera Cruz e é urbana. Em relação à estrutura física, funciona numa casa alugada, com espaços adaptados e por este motivo não atende a todos as condições estruturais para o desenvolvimento das atividades a serem realizadas por uma equipe de saúde da família, não tem sala de espera adequada para os usuários, não tem lugares confortáveis para sentar ou mídias audiovisuais para o entretenimento dos usuários enquanto esperam para serem atendidos. Não temos uma sala de recepção e uma sala para registrar os prontuários, apesar disso, o recepcionista cumprimenta usuário, procura o prontuário de sua família e escreve na ficha de atendimento individual o peso do usuario, altura, pressão arterial. Não há sala de vacinação, as vacinas são colocadas em um quarto sem privacidade, pois os usuarios passam por esta sala para curativos, e na farmácia são pesados e medidos usuarios. Os consultórios têm as condições necessárias para um bem atendimento, têm a sua mesa, cadeiras, mesa de exame clínico, pias, boa iluminação e para ventilação têm

ar condicionado. O modelo de atenção é uma Equipe de Saúde da Família Tradicional formada por uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma assistente dental, uma vacinadora, uma recepcionista, quatro agentes comunitários de saúde e uma assistente de serviços gerais.

A população da área adstrita é de 2790 pessoas, acobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais residentes na área está abaixo da estimativa do CAP, temos uma cobertura para HAS de 227 usuários e 57 usuários portadores de DM, representando 39% e 35% respectivamente, por isso toda a equipe de saúde assumiu a tarefa de encontrar novos casos de usuários hipertensos e diabéticos, os ACS estão agendando consulta a todos os usuários com risco de padecer HAS e DM, como a usuários sobrepeso, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os indicadores de qualidade de cuidados para HAS avaliados são: os 227 usuários com HAS foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e orientados sobre as atividades físicas regulares, e quanta alimentação saudável, representando 100% desta população. Temos apenas 11 usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, representando 4,8%, com exames complementares periódicos em dia são 217 usuários, representando 96%, com avaliação de saúde bucal em dia é 203 usuários representando 89%. O número de usuários com DM com 20 anos ou mais é de 57 usuários, representando 35%, pelo que foi decidido trabalhar em todos os grupos de risco para o diagnóstico de novos casos. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias são sete usuários, representando 12%, com exames complementares periódicos em dia são 53, representando 93%. Aos 57 usuários diabéticos foram feitas em consultas estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físicos dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, medida da sensibilidade dos pés, recebem orientação sobre práticas de atividades físicas regular, orientação nutricional para alimentação saudável, representando 100%, com avaliação de saúde bucal em dia 53 usuários, representando 93%.

A equipe formou um grupo de Hiperdia a realização de exercícios físicos dois dias da semana com o preparador físico, a cada mês na unidade definida palestras educativas realizadas com os membros do NASF. Dois dias da semana o preparador físico realiza caminhadas com os usuários hipertensos e diabéticos. Ficou acordado que os agentes comunitários de saúde que farão a busca dos faltosos com

hipertensão e diabetes nas consultas agendadas para vir para a consulta com o médico e a dentista, dar conhecimento aos usuários os exames complementares são indicados novamente para ser realizado no hospital da cidade. Para realizar esta intervenção vamos há trabalhar 12 horas por semana no cuidado destes usuários, além de realizar visitas domiciliares a usuários incapazes de chegar à UBS, os ACS nos ajudarão com agendamentos das consultas com esses usuários e na busca de usuários que faltam às consultas agendadas. As principais dificuldades que encontraremos são a atenção à saúde bucal desses usuários, pois a dentista só dá consulta dois dias inteiros e uma quarta pela manhã faz visitas domiciliares, eu falei com ela para a manhã de visitas domiciliares fornecerem atenção à saúde bucal de um grupo de hipertensos e diabéticos, sem afetar suas atividades, vai ser difícil também a realização de exames para estes usuários, pois os exames no hospital de esperar muito a ser marcados e os resultados também são lentos para serem entregues ao usuário. As facilidades contribuem para a realização da intervenção é toda a equipe de saúde está comprometida com o desenvolvimento bem sucedido dessa atividade. Esta intervenção irá melhorar o atendimento desses usuários gerando mudança no modo e no estilo de vida desses usuários, ajudando a prevenir futuras complicações e incapacidades nestes usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS número 4, Vera Cruz, RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1: Ampliar para 50% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde número 4, município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte.

Meta 2: Ampliar para 40% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde número 4, município Vera Cruz, estado Rio Grande do Norte.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 21: Orientar sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) número 4, no Município de Vera Cruz/RN. Participarão da intervenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta1.Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2.Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento, semanal, dos hipertensos e diabéticos cadastrados, para isso utilizarão as fichas espelho e os prontuários de atendimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os ACS realizarão o registro dos usuários cadastrados no programa, diariamente, nas consultas domiciliares.

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

Detalhamento: Os usuários serão recebidos pelo recepcionista e técnica de enfermagem, diariamente, que vai medir a pressão arterial, tomar o seu peso e altura e farão o hemoglicoteste aos que diabéticos ou que apresentarem sinais de risco para o diabetes.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização de hemoglicoteste.

Detalhamento: A enfermagem irá solicitar, na primeira semana de intervenção, à secretaria de saúde do município outro esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares irão informar à população sobre a existência do programa. Além disso, serão realizadas quinzenalmente, pelos mesmos profissionais, palestras para informar sobre o assunto.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irão informar à população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irá informar à população sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irão informar à população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

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

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

Ação: Capacitar aos ACS de saúde e técnicas de enfermagem na forma de medir corretamente da pressão arterial.

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

Ação: Capacitar aos ACS de saúde na realização do hemoglicoteste através de aulas práticas.

Detalhamento: As capacitações, sobre todos esses assuntos, serão realizadas na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras, o tema será a forma de diagnosticar um usuário com hipertensão e/ou diabetes. Essas capacitações ocorrerão nas duas primeiras semanas de intervenção e depois serão feitas revisões dos assuntos que forem necessários uma vez ao mês.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 3 e 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico realizará exame físico completo em todas as consultas realizadas em usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabético.

Detalhamento: A técnica de enfermagem irá realizar a aferição da pressão arterial, peso, altura e hemoglicoteste do usuário, os ACS irão realizar pesquisas com a tomada de pressão arterial em visitas domiciliares enviando os usuários que têm uma anormalidade na sua pressão arterial para a consulta com o médico e enfermeiro.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A enfermeira ficará responsável em organizar as atualizações, essas ocorrerão na reunião mensal em que será realizada aos profissionais uma atualização sobre hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: A enfermeira solicitará a impressão dos protocolos de hipertensão e diabetes ao secretário municipal de saúde, antes de iniciar a intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a 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.

Detalhamento: Os ACS em visitas domiciliares irão orientar os usuários sobre sintomas, complicações e risco de hipertensão, o médico e a enfermeira realizarão palestras o público sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas em usuários hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras na primeira semana de intervenção.

Meta5 e 6. Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira solicitarão em consulta, na unidade ou em Visita domiciliar, exames complementares a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem monitorará no livro de registro do hipertenso e/ou diabéticos que terá um campo reservado para o controle das solicitações e nas fichas espelho, semanalmente. A partir deste controle serão realizadas reuniões semanais com ACS para avaliar os usuários que ainda permanecem sem a solicitação de exames complementares.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira na consulta irão solicitar exames complementares, diariamente, nas consultas a usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: A equipe realizará reunião com o secretário de saúde será realizada para discutir a necessidade de priorizar a realização de exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos e diabéticos. Ocorrerá na primeira semana de intervenção.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A equipe nas reuniões semanais analisará se os usuários realizaram exames complementares e na reunião mensal com o secretário de saúde serão discutidas as razões pelas quais estes não foram realizados.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os ACS em visitas domiciliares e em atividades educativas na comunidade irão orientar os usuários e a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares, o médico e a enfermeira orientarão os usuários com hipertensão e a comunidade nas consultas a importância da realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Os ACS em visitas domiciliares e em atividades educativas irão orientar os usuários e toda comunidade sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, o médico e a enfermeira irão orientá-los nas consultas sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Meta7 e 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A técnica de farmácia entregar um relatório quinzenal da existência de medicamentos de Hiperdia na farmácia popular. No relatório a técnica destacará ausência dos medicamentos direcionados para este grupo e sinalizará se os usuários procuram pela medicação, mas não havia disponibilidade delas.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A técnica de farmácia, técnica de enfermagem e enfermeira realizarão o controle mensal dos medicamentos existentes e a data de validade desses.

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

Detalhamento: A técnica de farmácia com ajuda de ACS manter um registro atualizado medicamentos utilizados por usuários hipertensos e diabéticos. Mensalmente.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os ACS e técnica de farmácia informarão aos usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hiperdia.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

Detalhamento: Os ACS e técnica de farmácia informar os usuários sobre como eles podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hiperdia.

Meta9 e 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e a enfermeira em consulta devem realizar em 100% dos usuários exame bucal e conduzi-lo ao consultório do dentista, os ACS em visitas domiciliares observarão os usuários que necessitam de atendimento odontológico os encaminhara à consulta da dentista.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos; • organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Organizar com o dentista para que sejam avaliados 4 usuários hipertensos e/ou diabéticos assim saírem da consulta médica e de enfermagem.

Engajamento público

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

Detalhamento: A equipe de saúde e a dentista farão palestras na comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica, a enfermeira e a dentista da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta11 e 12. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A recepcionista informará aos ACS os usuários que não compareceram à consulta, para que eles façam a busca ativa e marquem uma nova consulta.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Os ACS irão marcar visitas domiciliares aos usuários faltosos à consulta para o médico e a enfermeira.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A agenda será organizada pela recepcionista reservando a quarta-feira à tarde para atender os hipertensos e diabéticos provenientes da busca domiciliar.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão palestras sobre a importância de ter uma assistência sistemática a consulta, os ACS em visitas domiciliares informar a importância de consultas médicas.

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

Detalhamento: Os usuários faltosos as consultas podem ser atendidos em consulta qualquer dia da semana, por médico ou enfermeiro, com o objetivo de resgatar esses usuários.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira durante a consulta informar os usuáriesa frequência com que têm as consultas, os ACS em visitas domiciliares informar aos usuários as frequências de consultas.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta13 e 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico, enfermeira e técnica de enfermagem irão avaliar a qualidade dos prontuários de usuários hipertensos e/ou diabéticos a cada quinze dias.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O médico e enfermeira manter as informações do SIAB atualizadas quinzenalmente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico, enfermeira e a secretária implementar a ficha de acompanhamento, essa será preenchida sempre que for atendido usuários para essas duas ações.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico, enfermeira analisarão com a equipe de saúde o registro das informações uma vez por mês, e pactuarão com a equipe que nenhum dado do usuário deixará de ser registrado.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros, semanalmente, na própria UBS.

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

Detalhamento: O médico, enfermeira e recepcionista implementarão o registro para possibilitar o monitoramento os usuários com atraso na consulta, exames complementares, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Engajamento público

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

Detalhamento: A recepcionista e técnica de enfermagem orientarão aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seu registro de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabéticos.

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta15 e 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizar aos usuários com hipertensão e/ou diabéticos a verificação da estratificação de risco cardiovascular.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco, a estes será priorizado o atendimento, em todos os turnos de atendimento, que poderá ser realizado por médico, enfermeiro ou odontólogo, a depender da necessidade do usuário.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico e enfermeira informar nas consultas os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira, os ACS poderia orientar os usuários sobre a importância de uma dieta saudável.

Qualificação da prática clínica

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

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

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

Detalhamento: A capacitação sobre estes assuntos serão realizada na unidade de saúde pela médica e a enfermeira da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 17 e 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira avaliarão os ACS em suas visitas domiciliares se realmente estão dando orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão realizadas palestras pelo o médico, enfermeira e a nutricionista sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e/ou diabéticos mensalmente.

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

Detalhamento: A equipe agendará reuniões com gestores para viabilizar a participação de nutricionistas nestas atividades. Logo na primeira semana de intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e os ACS orientarão hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a alimentação saudável nas consultas e visitas domiciliares, diariamente.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela nutricionista do NASF a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Meta 19 e 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira avaliarão os ACS em suas visitas domiciliares estão dando orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizar palestra para orientar a importância das atividades físicas.

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

Detalhamento: Serão realizados dois dias por semana praticando exercícios físicos com o preparador físico.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e os ACS orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pelo preparador físico a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Meta 21 e 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira e os ACS realizarão em suas consultas e visitas domiciliares orientação sobre risco do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A enfermeira agendará uma reunião com o secretário de saúde será feita para gerenciar a compra de medicamentos. Mensalmente.

Engajamento público

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

Detalhamento: O médico encaminhara aos usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas à consulta do NASF onde ofereceu apoio e tratamento para abandonar o hábito de fumar.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela Psicóloga do NASF a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

Meta 23 e 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico, enfermeira e dentista avaliar os ACS em suas visitas domiciliares estão dando orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira nas consultas garantir a tempo para orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento público

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

Detalhamento: O dentista vai dar palestras aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A capacitação será realizada na unidade de saúde pela dentista a tudo a equipe da unidade, durante uma tarde por meio de palestras.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta2. Cadastrar 40 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Metas 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Metas 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta5. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5. 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.

Meta6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6. 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.

Meta7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador9. 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 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 11. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: 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 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: 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 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade Básica de Saúde número quatro, Vera Cruz, Rio Grande do Norte.

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicadores 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicadores 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O município não tem a ficha espelho para hipertensão e diabetes. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira irão utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 50% de usuários com hipertensão e 40% de usuários com diabetes. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 289 fichas espelhos para hipertensão e 66 fichas espelhos para diabetes. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada os registros impressos de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, os ACS atualizarão o cadastramento de todos os usuários da área adstrita, identificando todos os usuários com hipertensão e diabetes. Para viabilizar a ação de capacitar a equipe a utilização do protocolo os profissionais que ficarão responsáveis são o médico e a enfermeira.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na primeira semana na UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, faremos também revisões mensais sobre estes assuntos. O médico, a enfermeira, a nutricionista, a psicóloga e o educador físico realizarão palestras sobre o caderno de hipertensão e diabetes do MS.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, capacitaremos os ACS, na primeira semana, para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Orientação destes usuários sobre a existência do programa, a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos no mínimo 1 vez por ano, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Será realizada, também na primeira semana, a capacitação para todos os profissionais da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, na realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares. Também serão capacitados para preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés em diabéticos. A equipe será capacitada sobre metodologias de educação em saúde, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e ainda a equipe receberá atualização sobre: práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e orientações de higiene bucal. Utilizaremos para isso duas horas antes de terminar o expediente de trabalho, cada profissional estudará um assunto para compartilhar com os outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista, os usuários que apresentarem elevação nas cifras de pressão arterial e glicemia serão atendidos por médico ou enfermeiro no mesmo

turno. Usuários hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos também no mesmo turno para agilizar a avaliação e tratamento de intercorrências, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estes serão avaliados três turnos por semana através do agendamento das consultas pelos agentes comunitários, serão reservadas 45 consultas por semana, sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos usuários hipertensos e diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, todos os dias da semana.

Para sensibilizar a comunidade, o enfermeiro fará contato com a associação de moradores, da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas aos usuários com hipertensão e diabetes. Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes usuários e também será esclarecido sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional. Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (HIPERDIA) na unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Os ACS falarão, uma vez por mês, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes dessas doenças, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Será esclarecido, por enfermeiro, uma vez por mês, aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Ouvir a comunidade e traçar estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM. Estes também serão orientados, por nutricionista e educador físico, uma vez por mês, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandono o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelhos dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames

laboratoriais atrasados. O ACS fará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos com atraso na consulta, estima-se 45 por semana totalizando 180 por mês. Ao fazer a busca já agendará a usuário para consulta para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha impressa.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto que objetivou melhorar da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS-ESF número 4, Vera Cruz/RN, que foram desenvolvidas levaram em conta os quatro eixos pedagógicos para o alcance das metas traçadas, em relação ao monitoramento e avaliação, durante toda a intervenção a equipe ficou envolvida em todas as ações realizadas e o trabalho realizado pela equipe, foi ótimo, pois foi cumprido o cronograma do projeto e as ações nele expostas, já que desde o início da intervenção no mês de Fevereiro, nossa equipe ficou envolvida no cadastro de todos os usuários com HAS e DM de nossa área de abrangência aproveitando todas as oportunidades, os ACS em suas visitas domiciliares, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira, assim como a médica, em todos seus atendimentos, avançando no cadastro destes usuários onde foram identificados 54 usuários novos com hipertensão e 40 usuários novos com diabetes, foi realizada em todas as consultas do médico e da enfermeira aos usuários hipertensos e diabéticos um exame físico completo, exame bucal, a verificação da estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre nutrição saudável, à importância da realização de atividade física regular, sobre risco do tabagismo, sobre higiene bucal, foram solicitados os exames laboratoriais por protocolos de HAS e DM adotado na unidade de saúde, os ACS em suas visitas domiciliares e através das fichas espelhos todos os profissionais avaliaram os usuários que ainda não tinham a solicitação dos exames complementares. Os usuários com necessidade de atendimento odontológico foram encaminhados à consulta da dentista, foi realizado um controle pela técnica de

enfermagem sobre a existência de medicamentos de Hiperdia na farmácia popular, o médico e a enfermeira informaram à recepcionista sobre os usuários que não compareceram a consulta para que os ACS marcassem uma nova consulta. Os prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes foram avaliados pela doutora, a enfermeira e a técnica de enfermagem. Nossa intervenção ajudou que os usuários portadores de hipertensão e diabetes sentissem a necessidade do cuidado de sua saúde e comparecessem de uma forma periódica as consultas na unidade de saúde, sendo que as ações da intervenção estão na rotina da UBS.

No que se refere à organização e gestão do serviço tudo ficou organizado o acolhimento aos usuários foi ótimo, os usuários com hipertensão e diabetes foram recebidos pelo recepcionista e técnica de enfermagem as quais mediam a pressão arterial dos usuários, tomar o seu peso e altura e o hemoglicoteste aos usuários diabéticos ou que apresentem sinais de risco para o diabetes. Na unidade de saúde conta com dois esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica. Os ACS realizaram pesquisas mediante a tomada de pressão arterial em visitas domiciliares e enviaram os usuários com anormalidade na sua pressão arterial para a consulta com o médico e enfermeiro. Os atendimentos clínicos foram realizados pela equipe, de forma integrable organizada sendo divididas em três turnos de trabalho somado as visitas a domicilio aos usuários que não podiam comparecer à unidade de saúde.

Foi realizada uma reunião com o Secretário da Saúde do Município e a Coordenadora da Saúde para informá-los do começo da intervenção e garantir a realização de exames complementares definidos no protocolo aos usuários hipertensos e diabéticos no hospital do município. A técnica de enfermagem e enfermeira realizarem o controle mensal dos medicamentos existentes e a data de validade desses e mantiveram o registro atualizado dos medicamentos de Hiperdia com ajuda dos ACS. A equipe da unidade de saúde junto com os membros de NASF fez palestras na comunidade sobre alimentação saudável, a importância das atividades físicas, e dois dias por semana esse grupo praticam exercícios físicos com o preparador físico. Os usuários expressam a sua satisfação com o tratamento recebido por todos os membros da equipe de saúde.

No caso do engajamento público a equipe conseguiu cumprir as ações previstas no cronograma do projeto informando à população sobre a existência do programa nas visitas domiciliares, na sala de espera da unidade básica de saúde e fazendo ações de esclarecimento na população da importância de medir a pressão

arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, aos usuários diabéticos sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e a realização de exames complementares todas documentadas para mostrar quando seja preciso. Foi informado aos usuários com HTA e DM como podem realizar o cadastramento na farmácia popular para obter medicamentos de Hiperdia.

Foi realizada uma reunião, na unidade básica de saúde, na primeira semana da intervenção, com vários líderes da Comunidade onde a eles foi explicado em que consiste a Intervenção e os objetivos que pretendíamos atingir. E que para que isso ocorresse seria muito importante a ajuda deles para atingir todas essas metas propostas. Na reunião ficou acordado que estes líderes vão apoiar na captação de novos casos de hipertensão e diabetes, além na recuperação de muitos usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes faltosos às consultas, a reunião foi muito proveitosa e se viu o entusiasmo e o comprometimento de todos os líderes da comunidade com a intervenção. Quando foi realizada a segunda reunião com o Secretário de saúde do município, a coordenadora de saúde e os líderes da Comunidade foram explicados como os indicadores da intervenção estavam se comportando, e também foram feitos os agradecimentos ao apoio recebido por todos. Os agentes comunitários de saúde explicaram como alguns usuários vistos nas consultas foram enviados pelos líderes da comunidade e como eles estavam ajudando-os no convencimento dos usuários mais resistentes para atender-se na consulta. A equipe está satisfeita com o trabalho realizado por todos os membros da equipe de saúde já que o programa era manejado de forma diferente, sentindo-se as mudanças na forma de proceder de toda a equipe, a qual está envolvida em todas as tarefas que demanda a intervenção onde todo mundo se sente responsável pelo trabalho do outro.

No eixo qualificação da prática clínica, na primeira semana, a equipe foi capacitada sobre o protocolo que preconiza o Ministério de Saúde, segundo o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica CAB-15 e Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus CAB-16, preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, sobre os objetivos da intervenção e o que esperamos alcançar quando terminar este, que não é mais do que melhorar a organização de

nosso trabalho diário para alcançar uma melhor qualidade na atenção aos usuários com HAS e DM. Deixando claro o papel que cada um dos profissionais tem no acompanhamento destes usuários. A enfermeira explicou aos ACS como eles devem fazer a busca ativa dos usuários faltosos à consulta e que estes usuários não devem demorar mais do que 7 dias em ir à consulta para seu acompanhamento. O médico explicou aos ACS a quantidade de usuários com HAS e DM que deveriam existir residentes em seu território de trabalho de acordo com a população de cada um dos ACS (VIGITEL, 2011).

A equipe apresentou algumas dificuldades em algumas semanas da intervenção com pouca produtividade. Foi o caso da semana 5 da intervenção porque terça-feira pela manhã foi realizada uma caminhada no município onde participaram todos os trabalhadores das unidades básicas de saúde, esta caminhada foi realizada com o objetivo de conscientizar à população na importância da luta contra o mosquito que transmite o dengue, e quinta-feira não se trabalha no município porque é celebrado o 52º aniversário da emancipação do município Vera Cruz. Também na semana 6 da intervenção porque segunda-feira foi realizada uma reunião na capital do estado com os médicos do programa mais médico da região número 1 do estado e quinta-feira não se trabalha no município porque a prefeitura ló outorgo feriado por semana santa, também há um surto no município de usuários com febre, eritema infeccioso. Outra dificuldade foi a demora no retorno dos resultados dos exames complementares os quais demoravam até 25 dias para estarem prontos. Tudo isso contribuiu para que diminuir o atendimento dos usuários com HAS e DM, o que não impediu alcançar os indicadores definidos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A equipe nestas semanas não teve dificuldades, para desenvolver as ações previstas, uma vez que todas foram cumpridas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos grandes dificuldades na hora de preencher a planilha de coleta de dados nas primeiras semanas. Tivemos confusão na hora de preencher alguns

dados, mas tudo foi esclarecido pela orientadora, os indicadores da qualidade foram tendo melhoria na medida em que avançou a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Já é uma rotina da UBS o acolhimento dos usuários com HAS e DM da intervenção o qual é realizado pela técnica de enfermagem onde são escutadas suas preocupações e segue a necessidade dos usuários, eles são encaminhados a médica o a enfermeira. Em todas as consultas é feito um atendimento clínico integral a todos os usuários que acessam a UBS e é realizado o preenchimento da ficha espelho dos usuários novos e nos usuários com acompanhamentos anteriores são colocados os dados da consulta realizada na ficha espelho, continuar fazendo com qualidade o exame físico e bucal e o preenchimento da solicitação dos exames complementares só precisa melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames que demoram 25 dias, o qual já foi discutido com o gestor. Todos os meses nas reuniões estamos mantendo a capacitação dos membros da equipe e também é informado por cada membro da equipe como esta realizando o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, os agentes comunitários de saúde continuam na busca ativa de usuários faltoso a consulta e dos usuários com fatores de risco para desenvolver estas doenças os qual és são encaminhados à unidade de saúde para realizarem uma consulta já seja pelo a médica o a enfermeira donde são solicitados exames complementares e os usuários com obesidade são encaminhados à nutricionista com o objetivo de perder peso e eliminar esse fator de risco. Continuamos a fazer as atividades educativas todos os meses e a realização de atividades físicas todo elo buscando eliminar fatores de risco modificáveis nos usuários hipertensos e diabéticos para poder melhorar sua qualidade de vida. A dentista incorpora a sua rotina de trabalho o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, etos usuários antes de entrar à consulta médica se lê realiza a medição da pressão arterial e hemoglicoteste aos usuários diabéticos, os usuários com alguma alteração são encaminhados à consulta da médica para o controle de sua doença e é marcada uma nova consulta para a dentista. Os gestores e lideres da comunidade continuam apoiando as atividades que são realizadas na unidade de saúde e os membros da equipe da unidade de saúde cada três meses são informados a eles os resultados alcançados nesse período pela unidade de saúde

nos atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos e o grau de satisfação que a população refere com etos atendimentos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante o desenvolvimento da intervenção pela orientação do curso foi necessário diminuir a intervenção de 16 semanas para 12 semanas, com o objetivo de ajustar o fim da turma 7 e a defesas da intervenção ao calendário estabelecido pela Universidade.

A Intervenção visou da melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e DM, na UBS– Equipe Saúde da Família número 4, Vera Cruz, RN. Na unidade de saúde a população da área adstrita é de 2790 pessoas, com 20 anos ou mais são

1869. A nossa intervenção focou nos usuários hipertensos e diabéticos que são acompanhados na unidade e que moram dentro da área de abrangência da mesma.

Ao começo da intervenção, a cobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais residentes na área estava abaixo da estimativa do CAP, tínhamos uma cobertura para HAS, 227 (39%) usuários acompanhados e para os portadores de DM 57 (35%) usuários acompanhados. Por isso toda a equipe de saúde assumiu a tarefa de encontrar novos casos de usuários hipertensos e diabéticos, começamos com a revisão dos prontuários individuais, os agentes comunitários de saúde foram encaminhando à consulta a todos os usuários que apresentavam fatores de risco para essas doenças, são eles com sobrepeso, obesidade, sedentarismo e tabagismo. No final da Intervenção alcançamos uma cobertura na área adstrita de 281 usuários com hipertensão 66,3% da cobertura do programa e 97 usuários portadores de diabetes 92,4% de cobertura deste programa.

As ações que mais auxiliaram para ampliar a coberturados usuários hipertensos e diabéticos foram as capacitação da equipe de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS, sobre o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, o preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, a busca ativa dos usuários faltosos à consulta nas visitas domiciliares e orienta-los que não devem demorar mais do que sete dias em ir à consulta para seu acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, a medida da pressão arterial a todos os usuários que compareceram à unidade de saúde por qualquer motivo e encaminhar os usuários com anormalidade na sua pressão arterial para a consulta com o médico e enfermeiro, realização do hemoglicoteste aos usuários diabéticos ou que apresentarem sinais de risco para desenvolver a diabetes. Foi informando à população sobre a existência do programa nas visitas domiciliares, na sala de espera da unidade básica de saúde e fazendo ações de esclarecimento na população da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Foi muito importante o apoio do secretário municipal de saúde e a coordenadora do município que garantiu os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus impresso na unidade básica de saúde e todas as fichas de espelhos para executar a intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos

Meta1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial UBS – Equipe Saúde da Família número 4, Vera Cruz, RN.

Indicador 1: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

No primeiro mês da intervenção foram atendidos 167 usuários hipertensos (39,4%), no segundo mês foram atendidos 205 usuários hipertensos (48,3%), ao final das 12 semanas da intervenção foram atendidos 281 usuários hipertensos (66,3%), ultrapassando a meta proposta no projeto. Foram identificados 54 usuários novos com HAS na unidade de saúde e ainda continuamos na busca de casos novos, pois a intervenção foi incorporada à rotina da UBS.

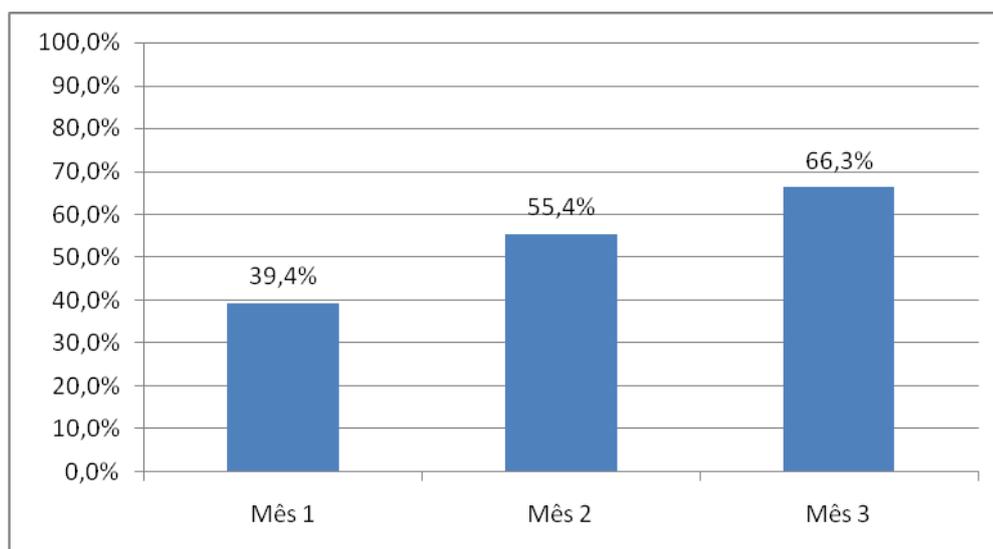


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Indicador: 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 entre o número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês conseguimos dar atendimento a 62 usuáridiabéticos 59,0%, no segundo mês foram atendidos 80 usuáridiabéticos 71,4%, no final da intervenção foram atendidos 97 usuáridiabéticos 92,4% mais do proposto. Foram diagnosticados 40 usuáridianos novos com DM o que foi muito importante para a equipe e ainda continuamos na busca de casos novos e a intervenção foi incorporada à rotina da UBS.

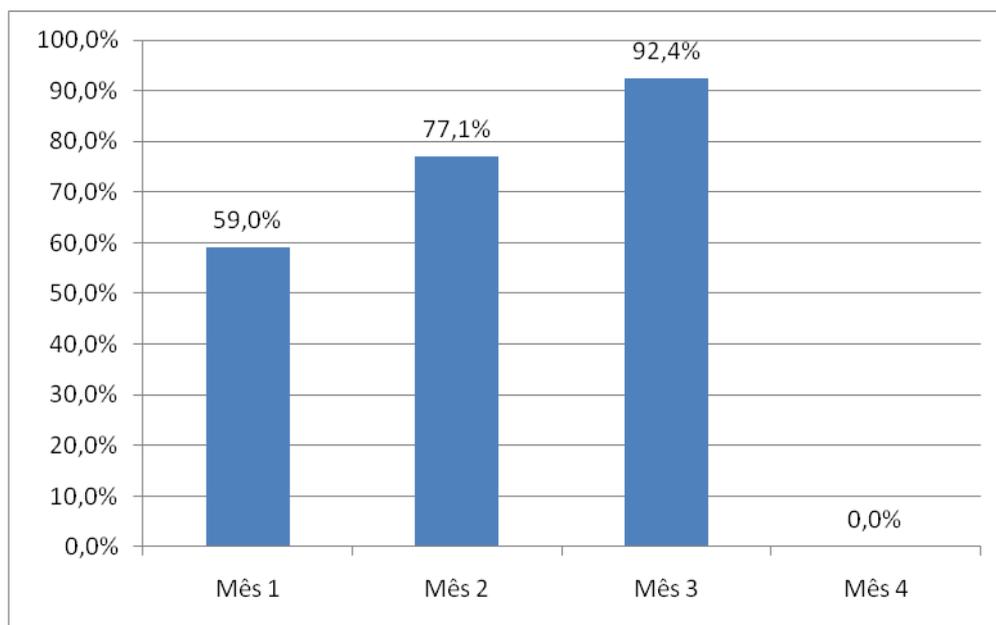


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde. Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador3: Número de hipertensos com exame clínico apropriado entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Foi possível realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuáridios hipertensos atendidos na unidade durante a intervenção, no primeiro mês foram 167 usuáridios, no segundo mês foram 235 usuáridios e no terceiro mês um total de 281 usuáridios. As ações que foram realizadas para atingir essa cobertura, foi inserido na rotina de todas as consultas médicas e de enfermagem que a 100% destes usuáridios deveria ser feito o exame físico completo. Foram realizadas atividades educativas aos usuáridios hipertensos da comunidade onde foi explicado todo o exposto anteriormente e a importância de assistir periodicamente a consulta como o estabelecido pelo ministério da saúde.

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Número de diabéticos com exame clínico apropriado entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Neste indicador os resultados atingiram o 100% dos usuários atendidos na unidade durante a intervenção que foram (no primeiro mês 62 usuários, no segundo mês 80 usuários e no terceiro mês 97 usuários diabéticos). As ações que foram realizadas para conseguir isto foram em todas as consultas do médico e a enfermeira ao 100% dos usuários diabético foi feito exame físico completo, exame bucal, a verificação da estratificação de risco cardiovascular e neurológicas decorrentes desta doença sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, orientações sobre nutrição saudável, à importância da realização de atividade física regular, sobre risco do tabagismo, sobre higiene bucal, foram solicitados os exames laboratoriais por protocolos de HAS e DM adotado na unidade de saúde, os ACS em suas visitas domiciliares e através das fichas espelhos avaliaram os usuários que ainda não tem a solicitação dos exames complementares. Os usuários com necessidade de atendimento odontológico foram encaminhados à consulta da dentista, foram realizadas atividades educativas aos usuários diabéticos da comunidade onde foi explicado todo o exposto anteriormente e a importância de assistir periodicamente a consulta como o estabelecido pelo ministério da saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador5: Número total de hipertensos com exame complementar em dia entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Neste indicador no primeiro mês apresentamos um indicador baixo de 89,8%, 150 usuários com exames em dia, a principal causa para ter o indicador baixo no primeiro mês foi que muitos usuários faziam os exames e mostravam aos especialistas e no traziam à unidade, a partir deste momento os ACS em suas visitas domiciliares falavam da importância de apresentar os exames ao médico na consulta para colocar os resultados no prontuário e a ficha espelho, já no segundo foi um 100% representando 235 usuários e no terceiro mês um 100% representando 281 usuários, em todas as consultas foram solicitados os exames aos usuários de acordo aos risco e aos exames solicitados nos protocolos. O município disponibiliza

a realização dos exames, a dificuldade está na demora na entrega dos resultados, demoram até 20 dias para serem entregues.

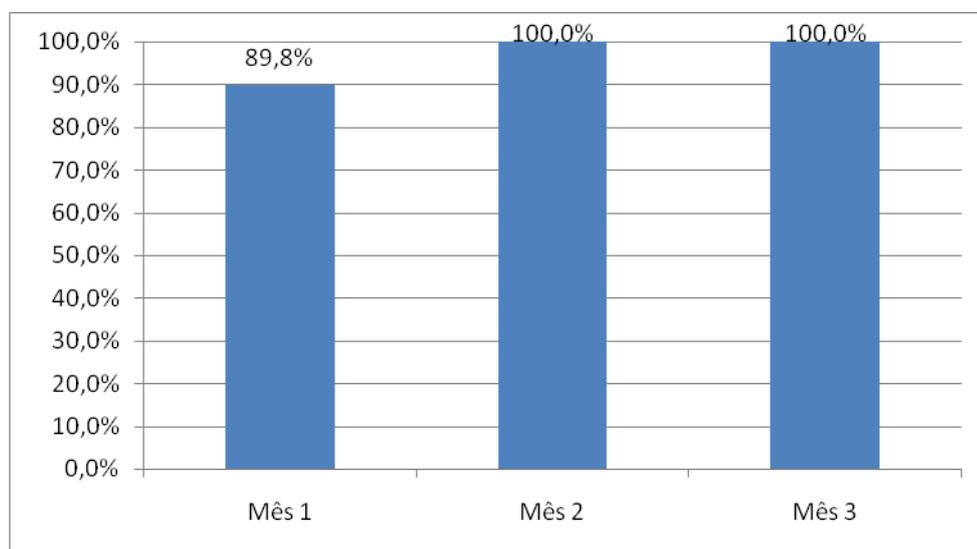


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

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

Indicador 6: Número total de diabéticos com exame complementar em dia entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Neste indicador no primeiro mês apresentamos um indicador de 91,9% representando 57 usuários com exames em dia, no segundo mês foram 80 usuários representando um 100% e no terceiro mês foram 97 usuários representando um 100%, a principal causa para ter no primeiro mês esse indicador foi que alguns usuários faziam os exames e mostravam aos especialistas e não traziam à unidade, a partir deste momento os agentes comunitários de saúde em as visitas domiciliares falavam da importância de apresentar os exames ao médico na consulta para colocar os resultados no prontuário e a ficha espelho, após o segundo mês os resultados foram observados, pois o 100% dos usuários diabéticos estava com os exames em dia, em todas as consultas foram solicitados os exames aos usuários de acordo aos riscos e aos exames solicitados nos protocolos. O município não há apresentado problemas com a realização dos exames só temos dificuldade na demora dos resultados os quais tardam até 20 dias em voltar.

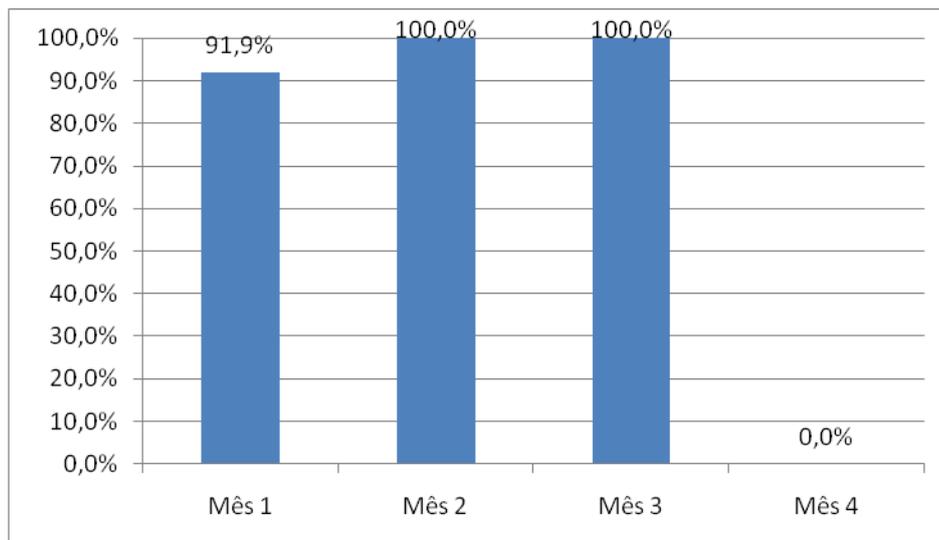


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador7: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Neste indicador no primeiro mês de intervenção foi um 98,8% que representam 165 usuários, percebemos que tínhamos dois usuários que não tomavam medicamento da farmácia popular, eles referem que o médico cardiologista particular que os atende lê prescrevi-o medicamento da farmácia de manipulação devido a que em um só comprimido tem vários medicamentos evitando ter que tomar vários tipos de medicamentos ao dia pelo que no segundo mês o indicador foi um 99,1% que representam 232 usuários e terminamos a intervenção com um indicador em 99,3% representando 279 usuários.

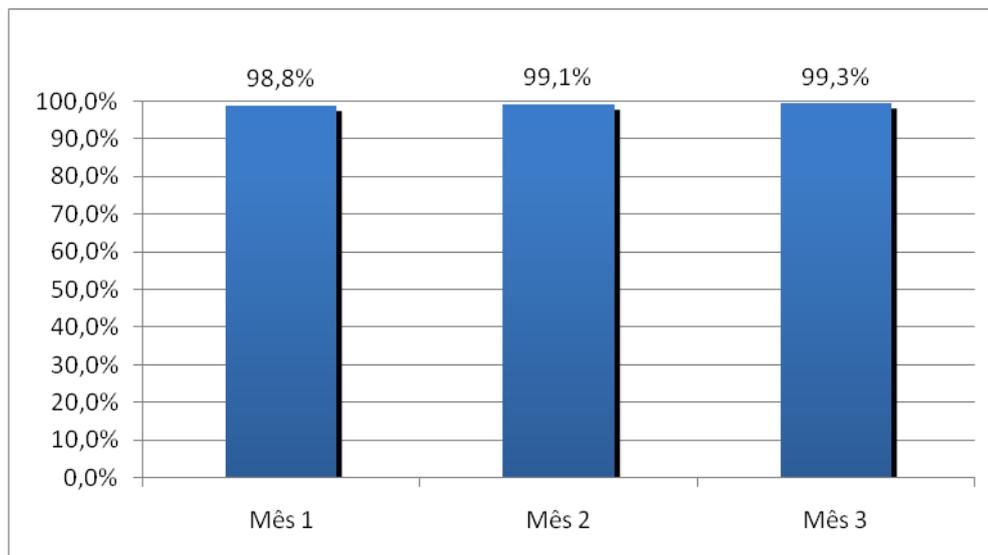


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/ Hiperdia priorizada, na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Meta 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador8: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia entre o número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Neste indicador desde o primeiro mês de intervenção percebemos que o 100% dos usuários diabéticos tomavam a medicação da farmácia popular (no primeiro mês 62 usuários, no segundo mês 80 usuários e no terceiro mês 97 usuários). Na UBS entregam medicação aos usuários diabéticos, a enfermeira, técnica de enfermeira e ACS tem um registro dos medicamentos que tomam as pessoas diabéticas e todos os meses fazem o pedido da medicação, quando na unidade de saúde não tem a medicação os usuários fazem o cadastro e recebem de graça na farmácia popular, os usuários que usam insulina também podem pegar de graça na farmácia popular. A técnica de enfermagem é a encarregada da revisão da validade dos medicamentos e é supervisionada pela enfermeira. Até o momento não existem dificuldades com as necessidades de medicamentos dos usuários diabéticos. Toda a equipe de saúde a brindado orientação permanente a os usuários diabéticos e a comunidade quanto ao direito de ter acesso a os medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia. Os ACS são encarregados de levar os medicamentos aos usuários diabéticos que moram sozinhos e não podem ir a pegá-los à unidade de saúde e a

farmácia popular tem um repartidor encarregado de levar a medicação a essas pessoas.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador9: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste indicador durante o primeiro mês foram avaliados 167 usuários representando um 100%, segundo foram avaliados 235 representando um 100% e terceiro mês foi atingido 281 usuários representando um 100%, já que todos os usuários com hipertensão são avaliados pela enfermeira e/ou médico nas consultas onde realizado o exame bucal encaminhando para a consulta com a dentista aos que necessitavam de tratamento odontológico. Foi falado com a dentista para disponibilizar 5 turnos à semana para atender aos usuários hipertensos com necessidade de avaliação por ela. A dentista, a assistente de dentista fazem visitas periódicas às escolas onde eram oferecidas atividades educativas aos alunos e trabalhadores, na unidade de saúde são realizadas palestras com a participação de todo a equipe. A dentista capacita a equipe com todo o referente ao tema de saúde bucal.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Neste indicador todos o 100% dos usuários diabéticos (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários, no terceiro mês foram 97 usuários) são avaliados pela enfermeira e/ou médico nas consultas onde é realizado exame bucal encaminhando para a consulta com a dentista aos que tem necessidade de tratamento odontológico, foi falado com a dentista para disponibilizar cinco turnos à semana para atender aos usuários hipertensos com necessidade de avaliação por ela. Nas consultas também é feita orientação sobre a importância de

manter uma boa higiene bucal para evitar infecções na boca e dentes que possa descompensar sua Diabetes. A dentista, a assistente de dentista fazem visitas periódicas às escolhas realizando atividades educativas aos alunos e trabalhadores, na unidade de saúde são realizadas palestras com a participação de toda a equipe. A dentista capacita a equipe com todo o referente ao tema de saúde bucal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Neste indicador usuários hipertensos faltosos às consultas com busca ativa no primeiro mês foram 31 representando um 100% e no segundo mês foram sete representando um 100%, já no terceiro mês não teve faltoso a consulta representando um 0% isto foi conseguido porque foram realizadas as ações na busca ativa dos usuários faltosos à consulta pelos ACS durante as visitas domiciliares aos faltosos a consulta, para estes a consulta ficava marcada e os usuários que não podiam comparecer à unidade de saúde fazíamos uma visita domiciliar pela doutora e enfermeira.

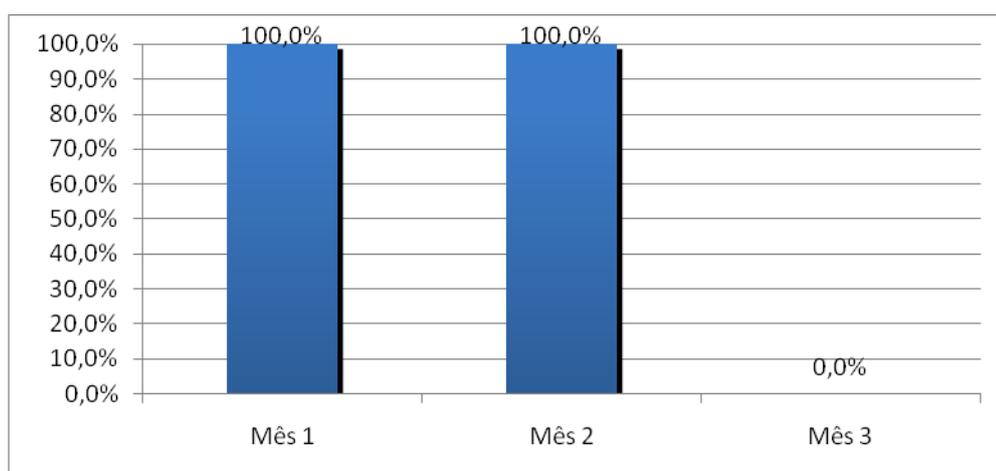


Figura 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Neste indicador usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa no primeiro mês foram 12 representando um 100%, no segundo mês foram cinco representando um 100% já no terceiro mês não teve faltoso a consulta representando um 0%, isto foi logrado porque foram realizadas as ações na busca ativa dos usuários faltosos à consulta, isto foi realizado pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares aos faltosos a consulta onde os agentes comunitários de saúde explicavam a importância de comparecer à consulta na unidade de saúde para prevenir complicações de sua doença, em a visita os usuários faltosos já ficavam com a consulta marcada e os usuários que não podiam vir à unidade de saúde fazíamos uma visita domiciliar, médica e enfermeira. Nas consultas, visitas e atividades educativas foram informadas a importância de manter as consultas em dia de acordo os protocolos do MS para prevenir futuras complicações médicas.

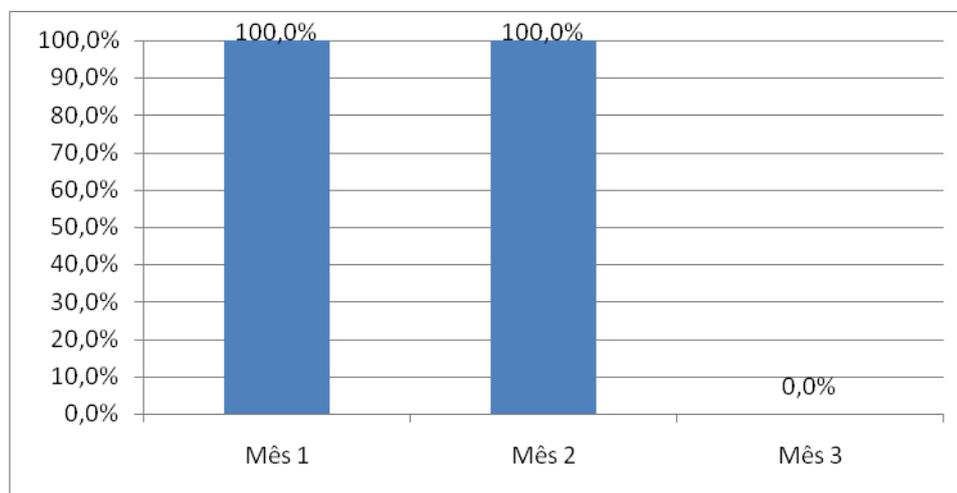


Figura 7: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS - Equipe de Saúde da Família número 4, Vera Cruz-RN.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde tem suas histórias individuais e as fichas espelhos preenchidas com qualidade no primeiro mês foram 167 usuários, no segundo mês foram 235 usuários e no terceiro mês foram 281 usuários, o monitoramento das fichas espelhos e as histórias individuais é realizado de forma mensal pelo médico e a enfermeira. Todos os agentes comunitários de saúde tem um caderno com os dados dos usuários hipertensos como nome, sobrenome, cartão de SUS, data de nascimento, medicação. As fichas espelhos foram colocadas de forma organizada num estante de acordo ao mês da próxima consulta para fazer mais fácil o diagnóstico dos usuários faltosos a consulta. Diariamente são atualizadas as informações do SIAB. Os usuários são orientados sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a atos de ser necessário para levar a outras instituições de saúde o fazer fotocópia das histórias de atendimentos individuais. Continua-se a capacitação permanente da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos usuários hipertensos.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde tem suas histórias individuais e as fichas espelhos preenchidas com qualidade (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários), o monitoramento das fichas espelhos e as histórias individuais é realizado de forma mensal pelo médico e a enfermeira. Todos os ACS tem um caderno com os dados dos usuários diabéticos como nome, sobrenome, cartão de SUS, data de nascimento, medicação. As fichas espelhos foram colocadas de forma organizada num estante de acordo ao mês da próxima consulta para fazer mais fácil

a busca dos usuários faltosos a consulta. Diariamente são atualizadas as informações do SIAB. Os usuários são orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a etos de ser necessário para levar a outras instituições de saúde o fazer fotocópia das historias de atendimentos individuais. Continua-se a capacitação permanente da equipe sobre a forma correta de preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos usuários diabéticos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco cardiovascular foi realizado a 100 % dos usuários hipertensos cadastrados na unidade pelo médico e/enfermeira durante as consultas de Hiperdia, isto foi realizado mediante a avaliação dos fatores de risco modificáveis, fatores de risco não modificáveis e o escore de Framingham, no primeiro mês foram 167 usuários, no segundo mês foram 235 usuários e no terceiro mês foram 281 usuários.

Durante as consultas os usuários recebiam a informação sobre seu nível de risco e seguem esta avaliação é marcada a frequência das consultas médicas para etos usuários hipertenso. Em todas as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas sobre a importância de manter estilos de vida saudáveis mediante uma dieta balanceada, a pratica de atividades físicas e recreativas, evitar consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre o número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco Cardiovascular foi realizado ao 100 % dos usuários diabéticos cadastrados na unidade pelo médico e/enfermeira durante as consultas de Hiperdia (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários), isto foi realizado mediante a avaliação dos fatores de risco modificáveis, fatores de risco não modificáveis e o escore de Framingham. Durante as consultas receberam informação sobre seu nível de risco e seguem esta avaliação é marcada a frequência das consultas médicas para estes usuários diabético. Em todas as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas brindaram informação sobre a importância de manter estilos de vida saudáveis mediante uma dieta balanceada, pratica frequente de atividades físicas, evitar consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e realizar atividades recreativas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Em todas as consultas do médico e a enfermeira aos usuários hipertensos, visitas domiciliares e palestras realizadas pelos profissionais da equipe foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável ao 100% dos usuários hipertensos no primeiro mês foram 167 usuários, no segundo mês foram 235 usuários e no terceiro mês foram 281 usuários. Todos os meses a nutricionista do NASF realizava palestras na unidade de saúde aos hipertensos e familiares e se continua realizando de forma regular.

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

Indicador 18: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em todas as consultas feitas pelo médico e a enfermeira, visitas domiciliares e palestras realizadas pelos profissionais da equipe foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável ao 100% dos usuários diabéticos (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários). Todos os meses a nutricionista do NASF realizava palestras na unidade de saúde aos usuários diabéticos e familiares, isto se continua realizando de forma regular.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Nas consultas e visitas domiciliares o 100% dos hipertensos cadastrados são orientados sobre a importância da prática de atividades físicas regularmente no primeiro mês foram 167 usuários, no segundo mês foram 235 usuários e no terceiro mês foram 281 usuários, todas as segundas-feiras e terças- férias os usuários hipertensos realizam exercícios com o preparador físico do NASF e nas sextas férias realizam caminhadas, antes de começar estas atividades o preparador físico realiza a checagem do pulso aos usuários. Foram realizadas palestras onde o preparador físico explica a importância de realizar exercícios físicos de forma regular.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuáridiabéticos.

Indicador 20: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Nas consultas e visitas domiciliares o 100% dos diabéticos cadastrados são orientados sobre a importância da prática de atividades físicas regularmente (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários), todas as segundas-feiras e terças- férias os usuários diabéticos realizam exercícios com o preparador físico do NASF e nas sextas férias

realizam caminhadas, antes de começar estas atividades o preparador físico realiza a checagem do pulso aos usuários. Foram realizadas palestras onde o preparador físico explica a importância de realizar exercícios físicos de forma regular.

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

Indicador 21: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O 100% dos usuários hipertensos cadastrados e atendidos em nossa unidade receberam orientações sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foram 167 usuários, no segundo mês foram 235 usuários, no terceiro mês foram 281 usuários, isto é feito mediante atividades educativas na unidade de saúde onde se informo a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, os membros do NASF tem criado um grupo de antitabagismo e nas reuniões são abordados temas como os riscos da fumaça para a saúde deles e seus familiares, além são realizadas praticas educativas de grupo. Nas consultas e visitas domiciliares são identificados os usuários hipertensos fumadores os quais são encaminhados à consulta existente no NASF.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuárior diabéticos.

Indicador 22: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O 100% dos usuários diabéticos cadastrados e atendidos em nossa unidade receberam orientações sobre os riscos do tabagismo (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários), isto é realizado mediante atividades educativas na unidade de saúde onde se informo a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, os membros do NASF tem criado um grupo de antitabagismo e nas reuniões são abordados temas como os riscos da fumaça para a saúde deles e seus familiares, além são realizadas

práticas educativas de grupo. Nas consultas e visitas domiciliares são identificados os usuários diabéticos fumadores os quais são encaminhados à consulta existente no NASF.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os usuários hipertensos cadastrados e atendidos na unidade de saúde 100%, no primeiro mês 167 usuários, no segundo 235 usuários e no terceiro mês 281 usuários, receberam informação nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas sobre higiene bucal, como realizar uma adequada limpeza das próteses dental. Os usuários aos quais foi diagnosticada alguma alteração na boca foram encaminhados rapidamente à consulta com a dentista.

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

Indicador 24: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal entre o número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os usuários diabéticos cadastrados e atendidos na unidade de saúde 100% (no primeiro mês foram 62 usuários, no segundo mês foram 80 usuários e no terceiro mês foram 97 usuários) receberam informação nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas sobre higiene bucal, como realizar uma adequada limpeza das próteses dental. Os usuários aos quais foi diagnosticada alguma alteração na boca foram encaminhados rapidamente à consulta com a dentista.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS - ESF número quatro do município Vera Cruz/RN, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, foram organizados os serviços para o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos e

a melhoria da qualidade dos registros como a ficha espelho e a historia clinica individual, garantindo um atendimento de qualidade aos usuários acolhidos na unidade ou nas visitas domiciliares, em que foram realizadas atividades de prevenção e promoção de saúde, a estratificação do risco cardiovascular, ampliação do exame dos pés dos diabéticos e exames complementares a estes usuários, assim como o preenchimento minucioso da ficha espelho destes usuários permitiu um controle e acompanhamento melhor e com maior qualidade.

Em nossa UBS a medicação são entregues aos usuários com HAS e DM, a enfermeira, técnica de enfermeira e ACS tem um registros dos medicamentos que tomam as pessoas hipertensas e diabéticas e todos os meses fazem o pedido da medicação, quando na unidade de saúde não tem a medicação os usuários fazem o cadastro e recebem de graça na farmácia popular. A técnica de enfermagem é a encarregada da revisão da validade dos medicamentos e é supervisionada pela enfermeira. Até o momento não existem dificuldades com as necessidades de medicamentos dos usuários do programa de Hiperdia. Toda a equipe de saúde oferece orientações permanentes a estes usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso a os medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia. Os agentes comunitários de saúde são encarregados de levar os medicamentos aos usuários que moram sozinhos e não podem ir a pegá-los à unidade de saúde e a farmácia popular tem um repartidor encarregado de levar a medicação a essas pessoas

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse sobre os protocolos que preconiza o Ministério de Saúde, segundo o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica CAB-15 e Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus CAB-16, para poder seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento dos usuários com HAS e DM, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Todo isto ajudou a entender melhor o programa o qual só era levado na unidade pela médica, pelo que se logrou com estas atividades promover o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção e ACS, onde cada profissional compreendeu suas atribuições conseguindo estabelecer compromissos e responsabilidades entre todos os profissionais e deles com a comunidade.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica que fazia o exame clinico dos usuários, pesquisava os fatores de risco e a solicitação dos exames complementares. A intervenção reviu

as atribuições da equipe se organizou e viabilizou a atenção à um maior número de usuários do programa e da população geral, os atendimentos clínicos realizados por parte da equipe tem sido de forma integral, havendo convencido todos os usuários atendidos a fazer seus exames complementares, os quais se fizeram de forma organizada no hospital do município que dando os usuários satisfeitos com o tratamento que tem recebido pelos membros da equipe e os membros do laboratório do hospital do município.

Com a melhoria dos registros fichas espelho e historias clinicas individuais ficou um controle adequado da próxima data de consulta e solicitação de exames complementares de acordo aos riscos que tem cada usuário, evitando repetições desnecessárias e gastos de recursos e materiais, também com a identificação de risco de esses usuários foi possível agendar consultas para NASF (nutricionista, consulta antitabagismo, psicólogos, terapêutico ocupacional, preparador físico), os usuários foram orientados à realização de exercício físico com o preparador físico. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

Ao começo da intervenção a cobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais residentes na área estava abaixo da estimativa do caderno de Ações Programáticas (CAP), tínhamos uma cobertura para HAS de 39%, 227 usuários acompanhados, e para os portadores de DM 35%, 57 usuários acompanhados. No final da Intervenção alcançamos uma cobertura na área adstrita de 281 usuários com hipertensão, 66,3% da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, e 97 usuários portadores de diabetes, 92,4% da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, foram identificados 54 usuários novos com hipertensão e 40 usuários novos com diabetes.

A intervenção teve impacto na comunidade, mediante às atividades educativas realizadas que viabilizaram todos conhecerem os fatores de riscos modificáveis que tem para desenvolver hipertensão o diabetes. A comunidade foi motivada para apoiar a intervenção participando das atividades educativas sobre as características destas doenças e as complicações, a partir dessas atividades conseguimos o apoio da comunidade na assistência destes usuários às consultas, também foram realizadas ações de saúde para a população através das visitas domiciliares pelos ACS e demais profissionais da equipe.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos alguns usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura sobre o qual vamos a continuar trabalhando. Ao estimular a participação da comunidade no desenvolvimento da intervenção conseguimos criar uma interação direta entre os profissionais da UBS e a comunidade o que facilitou a percepção dos benefícios e aumento a adesão dos usuários às consultas e a realização dos exames complementares. Na UBS foi fácil realizar os atendimentos dos usuários com HAS e DM, pois já vínhamos trabalhando com os usuários que são atendidos na unidade de saúde e membros da comunidade em ações de sensibilização sobre a importância do este programa de hipertensão e diabetes para prevenir futuras complicações em etos usuários e poder evitar sofrimentos futuros a estas famílias.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade, apesar disto alguns aspectos poderiam melhorar para aperfeiçoar o atendimento dos usuários do programa como é aumentar o número de usuários do programa atendidos pela dentista semanalmente na consulta. Conseguir com os gestores que diminuam a demora nos resultados dos exames complementares, a equipe daria um pouco mais de participação à comunidade no desenvolvimento das ações a serem implementadas na intervenção para poder consegui mais rápidos os resultados solicitados. Ao final do projeto a equipe de trabalho está mais unida pelo que poderemos superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção está sendo incorporada a rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da priorização da atenção das pessoas com HAS e DM, em especial os de alto risco, sendo realizadas as ações com a mesma qualidade que nos meses de intervenção, o acolhimento e atendimento clínico integral a todos os usuários que comparecem à UBS, o preenchimento da ficha espelho dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos e a solicitação dos exames complementares. Faz-se necessário melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames complementares, os agentes comunitários de saúde continua a busca ativa dos usuários faltosos a consulta e o agendamento das consultas a estes usuários o mais rápido possível.

Pretendemos continuar avançando na captação de novos usuários hipertensos e diabéticos para ampliar a cobertura ditos usuários na unidade de saúde. Continuar o trabalho unido da equipe para organizar outros programas como é o programa de câncer de colo de útero e mama e as consultas de Puericultura.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Eu, Maria da Caridad Perez, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção. A intervenção no período de fevereiro a maio de 2015, na UBS- ESF numero 4, Vera Cruz/RN, que objetivou melhorar a atenção à saúde aos usuários com HAS e DM. Ao começo da intervenção a cobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais residentes na área estava abaixo da estimativa do caderno de Ações Programáticas (CAP), tínhamos uma cobertura para HAS 39%, 227 usuários acompanhados e para os portadores de DM 35%, 57 usuários acompanhados. No final da Intervenção alcançamos uma cobertura na área adstrita de 281 usuários com hipertensão, 66,3% da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, e 97 usuários portadores de diabetes, 92,4% da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, foram identificados 54 usuários novos com hipertensão e 40 usuários novos com diabetes.

As ações que mais auxiliaram para ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos foi a capacitação da equipe de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS, sobre o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, o preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, a busca ativa dos usuários faltosos à consulta nas visitas domiciliares e orientá-los que não devem demorar mais do que sete dias em ir à consulta para seu acompanhamento.

Todas as ações que foram desenvolvidas tiveram o apoio dos gestores desde o início da intervenção providenciando as fichas espelho, local adequado, materiais necessário e instrumental para realizar a aferição da pressão arterial, peso, altura e a realização de hemoglicoteste aos usuários diabéticos ou que apresentarem sinais de risco para desenvolver a diabetes na unidade básica de saúde (UBS) e a realização dos exames complementares no Hospital.

Realizamos o cadastramento, organizamos os serviços para os acolhimentos a esses usuários e também melhoria da qualidade dos registros como: a ficha espelho e a historia clinica individual. Garantimos um atendimento de qualidade aos usuários acolhidos na unidade e nas visitas domiciliares realizadas onde foi oferecidas orientações de prevenção e promoção de saúde, realizada a

estratificação do risco cardiovascular, ampliação do exame dos pés para todos os diabéticos e exames complementares a estes usuários. Com a melhoria dos registros fichas espelho e histórias clínicas individuais possibilitou um controle adequado da próxima data de consulta e solicitação de exames complementares de acordo aos riscos que tem cada usuário hipertenso e diabético, evitando repetições desnecessárias e gastos de recursos e materiais, também com a identificação de risco de esses usuários foi possível agendar consultas com profissionais do NASF (nutricionista, consulta antitabagismo, psicólogos, terapêutico ocupacional, preparador físico), os usuários foram orientados à realização de exercício físico com o preparador físico. A melhoria do registro e o agendamento periódico dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A intervenção aumentou o conhecimento dos membros da equipe sobre os protocolos de HAS e DM preconizados pelo MS e também reviu as atribuições de cada membro da equipe, foi possível organizar e viabilizar a atenção a um número maior de usuários do programa e da população geral, os atendimentos clínicos realizados, por toda equipe, tem sido de forma integral.

A intervenção foi incorporada na rotina do serviço, para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Faz-se necessário melhorar o tempo de entrega dos resultados dos exames complementares, os agentes comunitários de saúde continua a busca ativa dos usuários faltosos a consulta e o agendamento das consultas a estes usuários o mais rápido possível.

Pretendemos continuar avançando na captação de novos usuários hipertensos e diabéticos para ampliar a cobertura desses usuários na unidade de saúde. Além disso, pretende-se continuar o trabalho unido da equipe para organizar outros programas como é o programa de câncer de colo de útero e mama e as consultas de Puericultura. Devemos dizer que o apoio da gestão é muito importante para melhorar os resultados alcançados na intervenção e desde já os estamos convidando para participar das próximas ações que serão desenvolvidas na unidade

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Eu, Maria da Caridad Perez, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção, no período de fevereiro a maio de 2015, na UBS-ESF número 4, Vera Cruz/ RN. No Brasil são cerca de 10 milhões de portadores de Diabetes Mellitus e 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, este número deve continuar a aumentar devido ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade. Por este motivo é necessário agir em todos esses fatores de risco para evitar complicações como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. A hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. As duas patologias, diabetes e a hipertensão arterial, juntas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, de hospitalizações e de amputações de membros inferiores.

A população da unidade de saúde é de 2790 pessoas e a cobertura de hipertensos e diabéticos com 20 anos e mais residentes na área inicialmente estava abaixo da estimativa do caderno de Ações Programáticas (CAP), tínhamos uma cobertura para hipertensão arterial sistêmica (HAS) de 227 usuários 39% e 57 usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) 35%, por este motivo toda a equipe de saúde assumiu a tarefa de aumentar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

A intervenção foi realizada na UBS-ESF numero 4 do Município Vera Cruz/ Rio Grande do Norte, a qual garantiu a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e DM na comunidade em que foi realizado nosso projeto, na primeira semana foram realizadas reuniões com líderes comunitários e lideranças da comunidade para comunicar o início da intervenção e para que eles ajudassem na captação de novos usuários hipertensos e diabéticos e na recuperação dos usuários faltosos às consultas.

Os usuários da ação programática foram beneficiados pelo acolhimento e atendimentos clínicos qualificados, identificando fatores de risco modificáveis que tem para desenvolver hipertensão o diabetes como é o sedentarismo, maus hábitos alimentares, o tabagismo, o consumo em excesso de bebidas alcoólicas entre outras e a ter consciência destes fatores de risco podendo trabalhar para eliminá-los e poder prevenir a aparição destas doenças. Os usuários de maior risco foram acompanhados pela equipe de forma prioritária, a comunidade ganhou em conhecimento acerca da intervenção foi feito o esclarecimento dos fatores de risco pra o desenvolvimento de HAS e DM, informando à população sobre a existência do programa nas visitas domiciliares realizadas pela equipe, na sala de espera da UBS.

O apoio da comunidade possibilitou o alcance de um resultado excelente ao final da Intervenção, aumentamos o número de usuários cadastrados na área adstrita, 281 usuários com hipertensão (66,3%) e 97 usuários portadores de diabetes (92,4%). Foram identificados 54 usuários novos com hipertensão e 40 usuários novos com diabetes.

As atividades desenvolvidas durante a intervenção já são rotina da UBS, todos profissionais tem mantido o compromisso com a comunidade, no acolhimento aos usuários, em todas as consultas é feito um atendimento clínico integral, o preenchimento da ficha espelho dos usuários novos e nos usuários com acompanhamentos anteriores são colocados os dados da consulta realizada. Nosso objetivo é continuar fazendo com qualidade todas as atividades relacionadas ao programa de HAS e DM, mas também ampliar para outros programas já existentes na UBS. Pelo que o apoio da comunidade será muito importante para melhorar os resultados alcançados na intervenção e desde já os estamos convidando para participar das próximas ações que serão desenvolvidas na unidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Logo na minha chegada a Brasília fui informada de como seria o curso de especialização, o que gerou muitas expectativas porque não sabia como seria um curso de aprendizagem a distância, não sabia também o que encontraria em minha chegada ao município onde devia trabalhar e viver, então em minha mente surgiu muitas preocupações, como seria para fazer um curso à distância em outro idioma, que ainda tinha algumas deficiências técnicas da língua na escrita, acessar a internet em casa para realizar o curso de especialização, mas tenho que dizer que com minha chegada ao município de trabalho todas essas dúvidas foram resolvidas nas primeiras semanas, primeiro graças à prefeitura e a Secretaria de saúde do município foi colocada à internet em casa para que pudesse inserir o curso e conhecer a orientadora que me guiaria em meu trabalho assim me senti mais tranquila sabendo que teria uma pessoa com que eu poderia esclarecer minhas dúvidas e preocupações durante a duração do curso.

O curso foi muito importante para minha prática profissional desde que ao longo de todas as unidades podemos recordar e atualizar nosso conhecimento sobre muitas doenças frequentes no mundo outras doenças específicas deste país, alguns conhecidas por nós e outras novas por estar erradicadas em nosso país, com relação à intervenção que realizei em minha comunidade me ajudou a organizar a meu trabalho na unidade de saúde e para que cada membro da equipe saber quais são suas atribuições, foi possível organizar e viabilizar a atenção a um número maior de usuários do programa e da população geral, os atendimentos clínicos realizados, por toda equipe, tem sido de forma integral.

A ajuda fornecida pela orientadora, a qual sempre se mostrou respeitosa e exigente foi muito importante para realizar as tarefas com qualidade, melhorar a nossa escrita e redação em português, graças a isto pude chegar ao final do curso,

conseguindo aumentar meu conhecimento em informática e da internet, só tenho que agradecer o curso os novos conhecimentos alcançados que ajudarão em nosso desenvolvimento profissional.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica- n 16.** Brasília DF. 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica- n 15.** Brasília DF. 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doenças cardiovascular, Cerebrovascular e renal Crônica. Caderno de Atenção Básica- n 14.** Brasília DF. 2006.

Apêndices

Apêndice A - Palestra de Hiperdia



Apêndice B - Visita domiciliar a usuário hipertenso



Apêndice C – Consulta a uma paciente hipertensa



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante