

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Título

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos
na UBS Castelo Branco, Caicó/RN**

Martha Concepcion Pujol Luna

Pelotas, 2015

Martha Concepción Pujol Luna

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Castelo Branco, Caicó/RN**

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

Orientadora: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L961m Luna, Martha Concepción Pujol

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Castelo Branco, Caicó/RN / Martha Concepción Pujol Luna; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Jaccottet, Cleusa Marfiza Guimarães, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha família, tesouro apreciado e insuperável que guiam e alimentam com amor tudo o que faço.

Agradecimentos

A DEUS, pela força e coragem que me brinda cada dia;

A minha Equipe de Saúde pelo apoio em todos os momentos;

Aos meus colegas do Curso, por compartilhar horas de estudo e reflexão;

As minhas Orientadoras Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet e Daniela Alves Pereira Coutinho;

A todos aqueles que dedicaram um pedacinho de seu tempo para me ajudar.

Obrigada!

Resumo

PUJOL, Luna Martha Concepção. **Título: Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Castello Branco Caicó/RN.2015.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, tendo como características o difícil controle, caráter permanente e, muitas vezes, causam incapacidades, são causadas por alteração patológica não reversível, apresentam fatores de risco em comum e demandam um longo período de acompanhamento e cuidado. Os fatores de risco para estas doenças estão relacionados com o estilo de vida, principalmente o sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo. A intervenção sobre estes fatores de risco pode resultar na redução da morbidade e mortalidade por estas causas. Por conta disso, o objetivo de nossa intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Castelo Branco. Participaram usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS que foram cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Para o desenvolvimento deste trabalho utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica. A UBS na qual atuo tem uma população atual de 3014 habitantes e, de acordo com os dados do SIAB, 285 pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão arterial e 79 com diabetes mellitus. Ao iniciar a intervenção, tínhamos registrados com acompanhamento pela UBS apenas 158(55%)usuários hipertensos e 40(50%) usuários diabéticos. Por doze semanas trabalhamos monitorando indicadores de cobertura e qualidade, realizamos ações conforme o cronograma do projeto procurando atingir as metas propostas. Ao finalizar a intervenção contamos com a participação de 243(85%) hipertensos e 63(81%) diabéticos, alcançando assim a meta de cobertura pactuada no projeto de intervenção. A ampliação da cobertura para usuários hipertensos e diabéticos foi uma das principais conquistas alcançadas com a nossa intervenção. Também

tivemos melhoria na qualificação dos atendimentos, com a realização de exames clínicos completasse a estratificação do risco para todos os usuários cadastrados, na organização dos registros do serviço, definimos os responsáveis por cada ação, o que viabilizou a otimização da agenda para demanda espontânea, gerando maiores satisfações da população e resolutividade. Considero esta intervenção mais um passo, uma conquista alcançada que, além de ter atingido os resultados esperados, servirá de base para a intervenção em outros grupos prioritários o que fortalecerá cada dia mais a rede de atenção básica.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	67
Figura 2	Gráfico 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	68
Figura 3	Gráfico 3 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	69
Figura 4	Gráfico 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	70
Figura 5	Gráfico 5 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	71
Figura 6	Gráfico 6 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 7	Gráfico 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada.	73
Figura 8	Gráfico 8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada.	74
Figura 9	Gráfico 9 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	75
Figura 10	Gráfico 10 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	76
Figura 11	Gráfico 11 Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa	77
Figura 12	Gráfico 12 Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa	78
Figura 13	Gráfico 13 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	79
Figura 14	Gráfico 14 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	80
Figura 15	Gráfico 15 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	81
Figura 16	Gráfico 16 Proporção de diabéticos com estratificação de risco	82

	cardiovascular por exame clínico em dia	
Figura 17	Gráfico 17 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	83
Figura 18	Gráfico 18 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	84
Figura 19	Gráfico 19 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular	85
Figura 20	Gráfico 20 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular	86
Figura 21	Gráfico 21 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	87
Figura 22	Gráfico 22 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	88
Figura 23	Gráfico 23 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	89
Figura 24	Gráfico 24 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	90

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CRIS	Centro Regional Integrado de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IRA	Infeção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Programa Mais Médicos para Brasil
RAS	Relatório de Análise Situacional
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICAT	Farmácia Unidade Central de Agentes Terapêuticos

Sumário

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2	Análise Estratégica	26
2.1	Justificativa.....	26
2.2	Objetivos e metas.....	27
2.2.1	Objetivo geral	27
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	27
2.3	Metodologia	29
2.3.1	Detalhamento das ações	29
2.3.2	Indicadores	48
	Relativo ao Objetivo 1:Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos	48
2.3.3	Logística.....	53
2.3.4	Cronograma	56
3	Relatório da Intervenção.....	60
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	60
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	64
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4	Avaliação da intervenção.....	66
4.1	Resultados	66
4.2	Discussão.....	90
5	Relatório da intervenção para gestores	93
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	95
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
8	Referências Bibliográficas	98
9	Anexos.....	99

Apresentação

Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Castelo Branco do município Caicó/RN. Nosso objetivo foi melhorar a saúde de usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área. Para o volume foi organizado de acordo com as em quatro unidades do Curso. Unidade 1: **Análise Situacional**; onde realizamos um relato sobre a situação da ESF/APS no serviço, elaboramos o Relatório da Análise Situacional e finalmente foi feito um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. A Unidade 2: **Análise Estratégica**; nesta escrevemos a justificativa, planteamos nossos objetivos e metas, descrevemos a metodologia com o detalhamento das ações e os indicadores, a logística a ser utilizada e o cronograma a seguir para o desenvolvimento do projeto de intervenção, a Unidade 3 em que foi realizada a **Intervenção**; nesta se descreveram as ações previstas desenvolvidas e não desenvolvidas, Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e finalizando a Unidade e a Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços e por último a Unidade 4: **Avaliação da intervenção**, na qual apresenta-se os resultados, a discussão dos resultados comparando a situação de saúde da população hipertensa e diabética participante antes e depois da intervenção, segundo o comportamento e evolução dos indicadores, além disso o volume contém o Relatório para gestor e para a comunidade, Reflexão crítica sobre o processo de aprendizado, Referências bibliográficas e Anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha UBS encontra-se localizada na zona leste de Caicó, município do estado do Rio Grande do Norte. Estruturalmente possui uma recepção, duas salas de triagem adulta e infantil, consultório médico consultório de enfermagem, sala de nebulização, sala de vacina, sala de procedimentos, salão de reuniões, sala de esterilização e expurgo, sala de administração, área de serviço, banheiros para população e para funcionários, dispensa, rouparia e uma copa.

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde(UBS) abriga uma Equipe formada por seis agentes de saúde (ACS) que assistem seis micro áreas, uma médica do (Programa Mais Médicos), uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal (ASB). Além dos outros profissionais que dão suporte à equipe.

Os serviços de saúde funcionam de segunda a sexta feira, em dois turnos manhã e tarde. Eu dedico as tardes de quarta e sexta feira para a especialização, fazemos atendimentos agendados para consultas de crescimento e desenvolvimento da criança, gestantes, usuários com doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e demanda espontânea.

Temos dificuldades com o abastecimento de alguns medicamentos básicos sobre tudo para tratamento de algumas doenças crônicas, antibióticos, anti-inflamatórios e anticoncepcionais, o que repercute de forma negativa para o controle adequado destas doenças e para a prevenção de complicações interferindo no bom desenvolvimento dos programas.

Além das consultas na UBS fazemos visitas domiciliares para usuários agendados pelos ACS e aos que os próprios familiares solicitam o atendimento em domicílio. Trabalhamos visando o fortalecimento das atividades de promoção e prevenção de saúde aproveitando os espaços sociais, escolas atuando nos grupos de usuários com doenças crônicas, pessoas idosas, grupos de risco entre outros, tendo muita aceitação por parte da população de forma geral. Nestes momentos a equipe toda trabalha na educação da comunidade, a qual não tem uma visão clara do que significa atenção primaria e nosso papel é de informa-lhes através de ações organizadas pela equipe e em outros casos pela própria comunidade.

Com respeito a este tema, podemos também sinalizar que os grupos mais comprometidos e que mais perto da UBS encontram-se são os das pessoas idosas, das gestantes e dos adolescentes, entretanto existe a necessidade de trabalharmos com outros grupos comprometendo estes usuários a participarem de forma dinâmica e engajada não só para realizarem os atendimentos clínicos, mas também no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde onde se tratem temas que modifiquem e enriqueçam a qualidade de vida desta população.

Ainda que nossa Equipe de Saúde da Família (ESF) esteja completa em estrutura e recursos humanos e que o trabalho em equipe tenha tido muitos avanços temos um longo caminho por per correr e precisamos de uma gestão que propicie os recursos necessários para garantir que o usuário possa ser tratado e reabilitado em um menor tempo possível, garantindo uma cobertura adequada de medicamentos, exames de laboratórios e disponibilizando atendimentos especializados, trabalhando assim temos certeza que vamos melhorar a qualidade de vida da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Caicó pertence ao estado brasileiro do Rio Grande do Norte. Encontra-se localizado na região centro-sul do estado, distante 256 km da capital estadual, sendo o quinto município com maior extensão do estado, e é a principal cidade da região de Seridó. Sua população, de acordo com o censo de 2013, era de 66446 habitantes, sendo o sétimo mais populoso do estado e apresentando uma densidade populacional de 53,9 habitantes por km². (Wikipédia em português).

A cidade conta com 208 leitos hospitalares, 22 unidades de Estratégia de Saúde da Família, quatro unidades básicas tradicionais, quatro unidades de saúde na zona rural, Centro Clínico onde são realizados atendimentos especializados e exames de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Hospital de Oncologia do Seridó (Liga contra o câncer), Serviço de atendimento móvel de urgência-SAMU, Policlínica CRIS-Centro Regional Integrado de Saúde, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador(CEREST), Centro de Reabilitação Infantil e Adulto, laboratório Municipal e laboratório regional, Divisão de Vigilância Sanitária, Centro de controle de Zoonoses, Centro de Apoio Psicossocial-CAPS III (Hospital Psiquiátrico Milton Marinho), Farmácia Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT), Hemocentro, Projeto "Saúde na Praça", além de

várias clínicas, laboratórios e consultórios privados. Não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Também tem a disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por psicóloga, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta. Existe atenção especializada para 14 disciplinas (cardiologia, pneumologia, ortopedia, geriatria, oncologia, urologia, nefrologia, otorrino, gastroenterologia, neurologia, ginecologia, oftalmologia, cirurgia e endocrinologia). Disponibilidade de exames complementares como hemograma completo, hemossedimentação, teste de COOMBS indireto, grupo sanguíneo, fator RH, tempo de coagulação, tempo de sangramento, estudo da função dos rins, glicemia, hemoglobina glicosada, sorologia para sífilis e outras doenças, transaminase, colesterol total e fracionado, proteína C reativa, contagem de plaquetas, urina, parasitologia de fezes, entre outros. Além de exames de média e alta complexidade que, apesar de demorar para serem autorizados, ajudam para o diagnóstico de muitas doenças.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) encontra-se localizada na área urbana do território na zona leste de Caicó. É uma unidade com Estratégia da Saúde da Família (ESF) e sua estrutura física abriga uma equipe formada por seis agentes comunitários de saúde (ACS), que assistem seis micros áreas nas quais se divide o território; uma médica do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); uma enfermeira; três técnicos em enfermagem; um odontólogo; um auxiliar de saúde bucal (ASB); além dos outros profissionais que dão suporte à equipe. Existe um estreito vínculo com as instituições de ensino do território, tendo técnicos de enfermagem realizando estágios para sua formação, além de estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com sua sede em Caicó, oito estudantes do primeiro ano atuando uma vez por semana, que realizam/acompanham as visitas domiciliares visando adquirirem conhecimentos sobre a atenção básica.

Estruturalmente, nossa UBS está composta por uma recepção, duas salas de triagem adulta e infantil, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de nebulização, sala de vacina, sala de procedimentos, salão de reuniões, sala de esterilização e expurgo, sala de administração, área de serviço, banheiros para população e para funcionários, dispensa, rouparia e uma copa. Apresenta uma boa distribuição dos ambientes de forma geral, mas ainda existem necessidades e limitações, tais como: ausência de telas para evitar mosquitos nas janelas; os

lavatórios carecem de torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos; os armários não possuem acabamento arredondado para facilitar a limpeza e evitar ferimentos nos trabalhadores e usuários; não temos sinalização visual dos ambientes que permita a comunicação através de figuras, em braile, ou através de recursos auditivos; e a sala de vacina está situada em um local com o mesmo trânsito de pessoas que nas demais dependências. Nosso trabalho visa o ótimo atendimento dos usuários e encontra-se parcialmente afetado por estas necessidades, algo que até agora não tinha sido percebido nem pela equipe e nem pelos gestores.

Encontramos também algumas barreiras arquitetônicas para pessoas com limitações temporárias, idosos e portadores de deficiências, como a ausência de corrimãos nas escadas, rampas e corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida, isto impede o exercício básico de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente e, portanto ter garantido o acesso aos serviços de saúde. Tendo presente que o envelhecimento populacional é um processo em avanço, o aumento da demanda de usuários com doenças crônicas e a necessidade destas pessoas usarem a atenção básica, é necessário aumentar o acesso ao serviço de saúde, com qualidade e respeito a esta importante parcela de usuários.

Os problemas existentes relacionados à estrutura são desafios para a equipe e sua resolução demanda o envolvimento de todos os atores - gestores, trabalhadores e usuários - já que requer o reconhecimento dos mesmos, diálogo e poder de decisão. Nesse sentido, a integração entre equipe e comunidade é essencial para que as dificuldades sejam dialogadas e para que haja organização na reivindicação pelas melhorias necessárias, sendo o controle social um ponto imprescindível.

Quanto às atribuições da equipe, posso sinalizar que em minha UBS são desenvolvidas atividades de territorialização e mapeamento da área de atuação, onde participam a maioria dos profissionais. Neste processo, identificam-se grupos, indivíduos e famílias expostos à riscos, assim como grupos de agravos e sinalização das redes sociais. Realizamos cuidados em saúde à população no domicílio, nas escolas e associações de bairros, mas temos outros locais que, embora estejam identificados, não são aproveitados para este fim, como as igrejas e indústrias onde expostos à riscos pelo uso de produtos químicos ou materiais que com seu uso indiscriminado podem provocar doenças respiratórias crônicas, por exemplo.

Os ACS realizam busca ativa de pacientes faltosos, mas acredito que os demais membros da equipe podem cooperar nesta ação, e também os próprios usuários e líderes comunitários que acessam nossos serviços podem contribuir e transmitir para os demais a necessidade de atenção com o acompanhamento sistemático. Os encaminhamentos são feitos respeitando fluxos de referência, havendo dificuldades associadas à inexistência dos protocolos de atuação. Temos dificuldades com as contra referências, o que atrapalha um pouco o acompanhamento dos casos. Neste sentido, a comunicação oportuna com os ACS favorece o acesso às informações sobre o estado do usuário, possibilitando a realização da atenção que estes precisam.

Nossa equipe de saúde encontra-se trabalhando no fortalecimento do controle social, embora neste aspecto ainda se tenha muito a fazer, envolvendo representações da sociedade organizada, gestores e a comunidade. Também é importante aproveitar as reuniões de equipe, em que se realizam discussões de casos, para também discutir situações que se apresentam em nossa atuação diária e tomar decisões que favoreçam sua resolutividade. Se necessário, pode-se também utilizar momentos extraordinários para falar sobre temas que necessitem de uma solução imediata e que com a colaboração de cada um dos membros seja possível uma conduta mais assertiva.

Seria muito proveitoso receber treinamentos/capacitações com a participação de todos, o que facilitaria a identificação de urgências, emergências e outros tipos de atendimentos pela equipe. Acredito que com o aumento dos conhecimentos sobre nossos processos de trabalho estaremos fazendo mudanças e contribuindo para que a população disfrute de uma atenção primária que cumpra com seus objetivos e possibilite maior qualidade de vida para todos os usuários.

Nossa Estratégia da Saúde da Família, atualmente, encontra-se em dois processos importantes para sua organização e melhor funcionamento. O primeiro está se concretizando há alguns meses e consiste no desmembramento da população com outra unidade vizinha, onde atualmente atua uma equipe em fase de formação. Entretanto, até a data atual, ainda trabalhamos com a totalidade da população preenchida no Caderno de Ações Programáticas (CAP). Depois que for efetivada esta divisão, nossa equipe ficará com uma população de aproximadamente 3000 habitantes, o que concordará com a totalidade de usuários que deve estar sob responsabilidade de cada equipe em sua área. O segundo

processo é o cadastramento da população adstrita, onde se trabalha cuidadosamente para atualizar a quantidade de famílias e usuários, assim como completar dados referentes a estas que são de muita importância para a identificação de doenças crônicas, psicológicas, transmissíveis, entre outras.

Nossa Unidade Básica de Saúde conta com uma população total de aproximadamente 4.859 habitantes, com 50 menores de um ano, 19 gestantes cadastradas, 1706 mulheres de 10 a 59 anos, sendo o grupo etário mais populoso o de 15 anos ou mais, com 3683 pessoas. Em sua maioria moram em residências de alvenaria, em ruas sem calçamento e sem saneamento básico, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e baixo nível escolar e socioeconômico, apenas com uma pequena minoria conveniada aos planos de saúde, sendo, quase sua totalidade, usuários do SUS.

Ao fazer as análises da distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS, pode-se constatar uma discordância com os denominadores estimados com base na distribuição da população brasileira. Observa-se fundamentalmente um número menor de gestantes, crianças menores de um ano, pessoas maiores de 60 anos e com mais de 20 anos portadoras de diabetes e hipertensão, diferentemente da totalidade de mulheres em idade fértil, entre 25 e 64 anos e entre 50 e 69 anos, cifra que se aproxima bastante dos denominadores estimados. Isto indica indiscutivelmente sub registro ou falta de controle sobre os cadastros individuais, o que penso que possa ser solucionado em um prazo curto de tempo, com as ações desenvolvidas descritas anteriormente.

Com relação à demanda espontânea, é importante lembrarmos que a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), exigindo desta forma, diferentes esforços de suas equipes, motivo pelo qual se considera um elemento fundamental a capacidade de acolhimento e escuta aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários, e na UBS.

Até alguns meses atrás, em minha UBS não existiam agendamentos programados para grupos específicos, e a população acessava os serviços por ordem de chegada, depois da chegada do Programa Mais Médico, reorganizou-se o trabalho, planejando atendimentos e ações de saúde por grupos de doenças, como hipertensão e diabetes, saúde mental, atenção ao crescimento e desenvolvimento da criança, atenção pré-natal, entre outras, com a finalidade de ir substituindo pouco

a pouco a medicina com foco puramente curativo existente até aquele momento por uma atenção integral, onde a promoção e prevenção de saúde sejam pilares fundamentais.

Além disso, organizaram-se espaços para o atendimento da demanda espontânea. Acreditamos que toda a mudança repercute de uma forma ou de outra sobre a resposta de cada indivíduo, podendo criar dúvidas e incompreensões para os usuários, neste ponto o acolhimento realizado por toda a equipe tem um papel primordial na organização do trabalho e esclarecimento para a população.

Cada integrante da equipe está envolvido na realização do acolhimento com qualidade, sendo realizado todos os dias, tendo presente a escuta e classificação do risco biológico, vulnerabilidade social e a classificação do problema de saúde que apresenta cada usuário. A escuta inicial é feita pela recepcionista, que encaminha para a técnica em enfermagem encarregada da triagem e está classifica a o paciente em função do risco. Em caso de precisar atendimento imediato, a técnica prepara o usuário e o direciona para o profissional, seja médico, enfermeiro ou dentista. No caso de não ser necessário o seu atendimento no dia, agenda-se retorno em consulta programada segundo seu grupo ou para a demanda livre.

O maior excesso de demanda de usuários com problemas agudos de saúde é para a médica, procuro oferece esse atendimento com a maior brevidade possível. Sempre que possível, de acordo com o risco de cada usuário, lidamos com o excesso de demanda orientando o retorno ao serviço em outro dia ou solicitando que o usuário aguarde, quando possível. Existe população vizinha que busca nossos serviços e que é acolhida, orientada e atendida da mesma forma. No caso dos atendimentos odontológicos, não existem problemas nem excesso de demanda espontânea, temos como debilidade que os usuários com necessidade de próteses dentárias e outros tratamentos especializados tem que dirigir-se a clínicas privadas. A demanda espontânea é uma modalidade de atendimento que sempre iremos enfrentar na APS, portanto temos que procurar mecanismos para garantir o atendimento adequado destes usuários que buscam o serviço com doenças agudas ou urgências, para que se sintam bem atendidos. Investindo no vínculo com os usuários, na escuta qualificada e no bom trabalho em equipe, podemos elevar a qualidade dos atendimentos e a satisfação de nossa população.

Quanto à saúde da criança, minha Unidade Básica de Saúde ainda tem dificuldades para sua organização, que deve ser prioritária na APS por ser fator

importante na redução ao máximo da mortalidade infantil no país. Uma parte das crianças da área de abrangência têm sido cadastradas nos prontuários familiares, dado que é preenchido pelos agentes comunitários desde que o recém-nascido chega à área, no entanto, a cobertura de atenção a crianças com idade até 72 meses ainda está aquém do que deveria existir de acordo a totalidade da população, de 71 criança residentes na UBS só 51(72%) são acompanhados pela UBS.

Existem algumas dificuldades neste sentido, como mães que passam a etapa puerperal fora da área, falta de comunicação dos familiares com os membros da equipe, mães que gostam de fazer acompanhamentos particulares por pediatra, e em menor grau, deficiências na identificação da chegada de menores de um ano provenientes de outras áreas. Assim, existe um número de crianças menores de um ano que pelos motivos antes expostos não têm acompanhamento na UBS. Assim, temos que trabalhar nesse sentido desde a etapa de gestação, educando a mãe e a família quanto à importância do seguimento da criança, ainda que esta seja saudável.

Não contamos com protocolo, mas conhecemos a frequência das consultas a serem realizadas e seguimos o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Na primeira visita domiciliar, a puérpera e o recém-nascido têm visita agendada pelos agentes comunitários, sendo realizada por médico e enfermeira. Nesta visita, orienta-se a próxima consulta, e em todas as consultas a criança sai com o retorno agendado. No entanto, notamos irresponsabilidade por parte de algumas famílias, que não assumem a responsabilidade por este controle faltam frequentemente, o que tentamos solucionar visitando a família novamente e envolvendo outros membros do núcleo familiar para melhorar a adesão.

Existem também dificuldades na realização do teste do pezinho até os sete dias, sendo os mesmos são realizados em uma clínica de referência, na qual por diferentes razões se atrasa a realização do mesmo. Por outro lado, ocorre satisfatoriamente a triagem auditiva, o monitoramento do crescimento a cada consulta, a vacinação em dia, a orientação para aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes.

Em minha Unidade Básica de Saúde realiza-se o atendimento pré-natal pela médica e enfermeira a toda gestante identificada pelos agentes comunitários de saúde, ou que compareçam espontaneamente a nossos serviços. Este é feito uma vez por semana em um dos turnos, mas, se preciso, é feito também em outro dia

para usuárias que não podem vir no dia marcado. Nestes momentos, as maiorias das cadastradas são de nossa área de abrangência e de um estimado de 72 gestantes residentes na UBS, só 19(26%)tão sendo acompanhadas; o fato de muitas de elas ter planos de saúde e realizar suas consultas por ginecologistas na rede privada impossibilita o resgate delas para ser atendidas em nossa UBS.

Existe um arquivo para os prontuários e cartões pré-natais das atuais gestantes e das atendidas no último ano, que é revisado periodicamente pela médica ou pela enfermeira, com a finalidade de identificar gestantes faltosas e as datas prováveis dos partos. Existem também protocolos do Ministério da Saúde, os quais são utilizados para o atendimento feito a estas pacientes, desenvolvendo-se atividades de prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e de saúde bucal, imunizações, planejamento familiar, promoção da saúde, com orientações sobre alimentação e estilos de vida saudável, e realizando-se avaliação e classificação do risco, com encaminhamentos a outros níveis do sistema de saúde se necessário. Nestes momentos estão sendo realizadas atividades educativas para um grupo de gestantes, com boa participação delas. Nelas participam esposos companheiros ou outro familiar e os temas fundamentais são alimentação na gravidez, preparação psicológica para o parto, cuidados do recém-nascido e tudo o que se refere ao aleitamento materno e esquema de vacinação.

Os principais problemas nesta atenção são o sub - registro ainda existente, existindo uma grande quantidade de grávidas atendidas por ginec. Obstetras em consultas particulares e outras que interrompem o atendimento sem causa justificada, o que denota a falta de responsabilização e a falta de informação quanto à importância de um bom controle da gestação para a realização de um parto o mais fisiológico possível, com um puerpério normal e sem complicações para a mulher e para a criança. Além disto, percebe-se a falta de comprometimento dos parceiros na atenção desta etapa, em que cada membro da família, comunidade e equipe de saúde têm seu papel na evolução favorável da gestação.

Em relação à prevenção do câncer do colo de útero, em minha UBS não existe um registro específico de mulheres em acompanhamento para este fim. Os dados forem recolhidos dos prontuários individuais, onde aparece a data de solicitação da citologia, o resultado e encaminhamento nos casos necessários para consulta especializada. No entanto, acontece que alguns pacientes não fazem seu

preventivo na UBS, chegando ao serviço com o resultado ou já com o diagnóstico e tratamento de alguma doença.

A cobertura para a prevenção de câncer de colo de útero é de 55% entre mulheres entre 25 e 64 anos, o que considero baixo. Acredito que a causa fundamental é a demora do resultado do exame citológico, o que não só descontenta as pacientes, mas também atrapalha o acompanhamento, diagnóstico e tratamento oportuno, diminuindo o índice de resolutividade nos casos positivos. Como outro fator incidente neste caso temos a falta de informação para a percepção do risco, sobretudo em pacientes de idade avançada, etapa em que realizam menos controle dificultando o diagnóstico precoce, podendo acontecer complicações fatais para estas mulheres.

Os indicadores de qualidades para a prevenção do Câncer de colo de útero também estão aquém do esperado para um sistema organizado e de qualidade, encontrando grande quantidade de mulheres com exames citológicos atrasados em mais de seis meses e um percentual muito baixo de citologias em dia, o que acontece pelas razões expostas anteriormente e pela falta de controle da equipe sobre este programa. Os exames alterados realizados pelo SUS são enviados para a UBS onde se faz o encaminhamento e acompanhamento de forma imediata, mas acho que ainda existem sob registros nos casos de citologias feitas em laboratórios privados e acompanhadas por especialistas privados. A avaliação do risco para este câncer, assim como as orientações sobre sua prevenção e as orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) encontram-se em 100%, motivo pelo qual considero estes indicadores com bom resultado. Da mesma forma, não existem dificuldades com a coleta de amostras, sendo sempre satisfatórias.

Em relação ao controle do câncer de mama, temos uma cobertura de 92% de mulheres entre 50 e 69 anos, algo que considero como positivo, encontrando alguns usuários que realizam o exame na rede particular, mas que se apresentam, na maioria dos casos, na UBS com o resultado. Olhando os indicadores de qualidade, encontramos um alto percentual de mulheres com a mamografia em dia, e a totalidade das acompanhadas pela UBS tem avaliação do risco e são orientadas sobre a prevenção desta doença. A equipe trabalha na busca da ativa na população alvo e também na educação sobre a realização do autoexame mensal, utilizando propagandas e meios de difusão para estas atividades. Penso que a organização e controle deste programa na UBS poderia ser melhorada, pois ainda

que toda a equipe se encontre envolvida na promoção e educação da população, falta realizar um acompanhamento de qualidade envolvendo todos os níveis de atenção para diminuir a mortalidade e contribuir com a qualidade de vida das pacientes que sofrem com esta doença.

Para melhorar os indicadores de incidência de câncer de colo de útero e mama é preciso organizar a linha de cuidado que envolve uma qualificação dos registros com a organização de um arquivo específico que possibilite a avaliação e monitoramento do programa, aumentar as intervenções de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

Em relação à Hipertensão Arterial, pode-se perceber que ainda existe um grande sub-registro, tendo em conta que só 458(45%) dos usuários estimados encontram-se acompanhados pela UBS. Esta situação se apresenta por falta de organização e controle das ações, o que deveria envolver a equipe toda com o apoio da própria população, de forma que medidas como trabalho educativo e pesquisa em usuários com fatores de risco sejam intensificadas.

Outro ponto a ser melhorado é a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, o que até a data atual não tem sido feito na totalidade das pessoas com hipertensão, sendo esta de grande valor. Encontramos atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias em 174 usuários hipertensos para um 38%, mesmo saindo da consulta com a data do retorno agendada, demonstrando que é necessário investigar a causa desta demora que interfere diretamente no acompanhamento adequado e continuado que se deve ter. Algo similar ocorre com os exames complementares periódicos, os quais são solicitados, mas, como já relatado, demoram para serem autorizados, o que também impossibilita a realização da avaliação integral do paciente. Em cada atendimento realizado em usuários deste grupo é realizada uma correta orientação nutricional para a alimentação saudável, motivo pelo qual este indicador encontra-se satisfatório para os usuários acompanhados. Estes usuários também são encaminhados no momento da consulta para avaliação odontológica, conseguindo-se que 270(59%) deles sejam avaliados quanto à sua saúde bucal.

Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser incrementados para contribuir no melhoramento do cuidado a esta doença. Ainda que em minha UBS sejam realizadas orientações sobre alimentação saudável, controle do peso, ações de estímulo à prática de exercícios físicos, orientações sobre malefícios dos

hábitos tóxicos, e realizado atendimento a portadores desta doença, assim como os adultos com problemas de saúde agudos devidos a HAS, temos como dificuldade a ausência de protocolo, a não estratificação do risco cardiovascular na totalidade destes pacientes, a não disponibilidade de um arquivo específico para os registros deste grupo, não realização de planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas, bem como de avaliação e monitoramento das mesmas.

Com o conhecimento do tema pela equipe, acredito que este seja o momento ideal para organizar, planejar e executar ações imediatas para ampliar o acesso a informações pela população e trabalhar com os pacientes com fatores de risco, e assim ir modificando estilos de vida que neste momento são desfavoráveis para o controle desta doença. O vínculo estreito com a população e o aproveitamento de cada espaço e de cada minuto de nosso trabalho é mais um passo para seu controle.

Em relação ao Diabetes Mellitus (DM), a unidade acompanha cerca de 117(40%) dos usuários estimados com esta doença da área de abrangência. As causas deste baixo percentual são o sub-registro na UBS e o acompanhamento por endocrinologistas de alguns usuários em clínicas privadas. Acredito que com o aumento dos conhecimentos sobre a importância do controle da doença e dos benefícios de um bom acompanhamento conseguiremos aumentar este indicador. Além disso, temos um percentual elevado de usuários com atraso em suas consultas agendadas, algo que está sendo trabalhado fundamentalmente na visita domiciliar pelos agentes comunitários. Todos os usuários presentes nas consultas têm seus exames periódicos em dia, além de ser realizado um exame físico completo, incluindo os pés, seus pulsos e sensibilidade. Além disso, recebem orientações sobre prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável e são encaminhados para avaliação de saúde bucal. No entanto, só alcançamos que 65(56%) usuários diabéticos receberam atenção em saúde bucal, ainda que tenhamos odontólogo na equipe, motivo pelo qual acho que temos que informar este grupo populacional quanto à necessidade de manter uma correta higiene da cavidade bucal e sobre a necessidade de acompanhamento com o dentista.

Esta doença se caracteriza pela deterioração e aparição de complicações que podem ser controladas com acompanhamento contínuo. As consequências das doenças crônicas podem ser amenizadas com o trabalho consciente e esmerado da equipe junto à população, estimulando um estilo de vida saudável, visando modificar

hábitos e monitorar seu estado de saúde frequentemente, e junto aos que já padecem da doença, com adequado controle e prevenção da aparição de complicações.

Nossa Equipe além de realizar um acompanhamento programado para os usuários que sofrem destas doenças crônicas e identificar os que têm risco de sofrê-las tem desenvolvido atividades educativas de forma individual, junto a grupos específicos, e às famílias fundamentalmente nas visitas domiciliares. Acredito que com a melhoria destes fatores, nos quais trabalhamos no dia a dia, e com o envolvimento de outras especialidades e níveis de atenção, será possível avançar na melhoria deste programa.

A população da área de abrangência da nossa Equipe tem a mesma tendência ao envelhecimento que o resto das populações do país. A estimativa do número de idosos residentes na área assemelha-se bastante a da minha realidade, tendo 86% de cobertura de acompanhamento para os idosos estimados como residentes na área. Se compararmos com os grupos avaliados anteriormente, podemos perceber uma maior organização do cuidado a este grupo de usuários. A população idosa além de predominar em nossa área de abrangência, preocupa-se mais com sua saúde, tendo em muitos casos a possibilidade de deslocar-se até nosso atendimento acompanhadas de familiares, cuidador ou em algumas ocasiões pelos próprios Agentes Comunitários de Saúde.

Também são realizadas consultas no domicílio e acompanhamento pelo NASF, o que faz com que este grupo de usuários seja bem atendido por nossa Estratégia da Saúde da Família. Realiza-se acompanhamento em dia em 76% dos usuários deste grupo. Temos 51% que sofrem de Hipertensão arterial Sistêmica, 17% com diabetes Mellitus e um 8% de avaliação do risco para morbimortalidade. A totalidade deles possui Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e recebem orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, assim como orientação para atividade física regular. Estas ações são realizadas pela maioria dos integrantes da equipe em atividades de consultas, visitas domiciliares, conversas, palestras e dinâmicas grupais que são desenvolvidas no domicílio ou no âmbito na UBS.

Ainda assim acho que temos que ampliar espaços para realizar estas atividades, envolver a família, assim como trabalhar com os indicadores de realização de avaliação multidimensional rápida e fragilização na velhice, avaliando

cuidadosamente cada aspecto para atuar sobre cada um deles. Vários aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para aumentar a qualidade da atenção aos nossos idosos, mas acredito que neste momento já se observa melhor organização das ações, o que em pouco tempo possibilitará a percepção de resultados. Atualmente, o NASF em conjunto com a equipe encontra-se realizando diversas atividades a usuários de forma individual e em grupos, realizando visitas para atendimentos a idosos acamados que precisam de fisioterapia, outros para avaliação e ajuda psicológica, assim como para alguns como poli- farmácia.

Além disso, faz-se necessário o resgate dos protocolos e sua utilização por todos os profissionais da equipe, a avaliação da capacidade funcional global na totalidade dos usuários idosos atendidos, a implantação de programas de atenção para estas pessoas bem como, a continuidade das ações de promoção e prevenção de saúde, utilizando espaços que sejam do agrado deles, onde possam compartilhar ideais e temas afins, realizar atividades de participação, recreativas, entre outras. Penso que se for realizada uma boa identificação de seus problemas de saúde, um correto acompanhamento e uma atenção qualificada com todo o respeito com a dedicação que merecem a expectativa de vida cada dia aumentará mais e conseguiremos uma longevidade com qualidade de vida para um grande número de pessoas.

A saúde bucal funciona de forma organizada em nossa ESF. Realizam e estes atendimentos um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal que além de dar apoio em outra Unidade, dedicam a maior parte de seu tempo ao trabalho com os diferentes grupos priorizados, consultas agendadas, visitas domiciliares e atendimentos de urgência.

Considero que a minha Unidade Básica de Saúde têm grandes desafios e acho que o principal é o comprometimento de cada membro da equipe, trabalhando de forma sistemática e organizada, realizando cada um sua função, envolvendo também a comunidade e gestão na discussão sobre soluções para as situações que se apresentam no dia-a-dia.

O serviço tem também muitas potencialidades e algo que tem sido notado nos últimos meses é o resgate feito a vários grupos de se encontravam faltosos e agora já acessam os nossos serviços. Tendo presente que a estrutura física ainda que tenda algumas limitações é aceitável, e que contamos com uma equipe completa, com muitos desejos de avançar, acho que com um pouco mais de ajuda

por parte da gestão, um maior controle, o apoio do NASF e um correto funcionamento do sistema de especialidades e de laboratório, poderemos melhorar o que ainda falta para garantir um SUS que cada cidadão brasileiro merece.

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

Depois de ler o texto feito na segunda semana de ambientação e o relatório da análise situacional depois elaborado percebo que conseguimos avaliar melhor a estrutura física da Estratégia da Saúde da Família na qual atuo. Entretanto, observam-se avanços reais. Não se pode dizer que os avanços têm sido radicais, mas já observamos resultados positivos, como, por exemplo, já se avançou no cadastramento da população, assim como no desmembramento desta para trabalhar com um número adequado para 1 Equipe de ESF.

Observou-se também a incorporação de outros programas e o atendimento programado, o comprometimento alcançado por parte da equipe de odontologia para melhorar a saúde bucal da população, percebemos uma maior responsabilidade dos usuários de grupos priorizados, como gestantes e mães de crianças em seus acompanhamentos, o aumento das visitas domiciliares com fins de promoção e prevenção de doenças, assim como a incorporação sistemática do NASF em atividades da UBS, com envolvimento da gestão e a comunidade.

Depois de fazer esta análise e ter identificado cada limitação, debilidade e potencialidade, a meu modo de ver já existem mudanças fundamentalmente em quanto a, conhecimentos e organização por parte da equipe para iniciar um trabalho conjunto e continuar melhorando indicadores de saúde e satisfazer a população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis frequentes em países industrializados, em desenvolvimento, em grandes cidades e em pequenas comunidades. Na área de abrangência na qual atuo não foge desta realidade, tendo um grande número de pacientes que sofrem estas doenças, e ainda tendo conhecimento dele não fazem um controle adequado. Minha Unidade Básica de Saúde encontra-se localizada na área urbana do território na zona leste de Caicó. É uma unidade com Estratégia da Saúde da Família, Conta com uma população adstrita de aproximadamente 4.859 habitantes estando em processo de desdobramento para duas equipes.

Em relação à Hipertensão Arterial, existe sub-registro, visto que de 1007 usuários, apenas 458 são atendidos pela ESF, o que representa 45%. Estes usuários comparecem a consultas agendadas regularmente, mas existem casos de usuários com atraso em suas consultas e alguns faltosos, que estão sendo recuperados pelos os agentes comunitários de saúde. Em nossa área de abrangência acompanhamos apenas 117 usuários com Diabetes Mellitus, o que representa 41% de cobertura de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área. Em relação à qualidade da atenção pode-se dizer que em nossa Unidade Básica fazemos agendamento a este grupo populacional, além de serem acolhidos e atendidos em demanda espontânea os que precisem. São realizadas visitas domiciliares e consultas no domicílio àqueles que por apresentar incapacidades ou limitações não possam comparecer à unidade.

Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para o controle adequado destas doenças, mesmo que já realizados como: orientações sobre alimentação saudável, controle do peso, ações de estímulo sobre a prática de exercícios físicos, orientações sobre malefícios das drogas lícitas e ilícitas. A Equipe encontra-se no momento de organizar, planejar e executar ações imediatas para educar a população e trabalhar sobre os usuários com fatores de risco.

Como principais dificuldades, e limitações temos o desconhecimento e falta de consciência da população sobre a importância de evitar fatores de risco e complicações destas doenças, dificuldade na realização de exames laboratoriais de média complexidade e com os encaminhamentos para especialistas que são muito demorados, baixa cobertura de medicamentos de uso contínuo em da farmácia

popular. Mais temos aspectos que viabilizam a realização da intervenção como; uma boa estrutura física, uma equipe completa com cumprimento do horário de trabalho, uma programação de consultas feita por agendamentos, horário para visita domiciliar.

Acreditamos que a intervenção proposta será fundamental para melhorar a atenção à saúde da população da área adstrita, visto que, pretendemos ampliar o acesso às informações sobre saúde, o trabalho com usuários com fatores de risco, elevar a cobertura de pessoas com hipertensão e diabetes atendidos em nosso serviço, com um acompanhamento contínuo favorecendo o controle das doenças, melhorando a qualidade de vida e evitando ao máximo as complicações, incapacidades e mortalidade por estas causas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Castelo Branco Caicó, RN

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física

a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Castelo Branco do município Caicó/RN. Participarão na intervenção usuários hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência da UBS que serão cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus e Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica. Em virtude do desdobramento que está ocorrendo nossa intervenção será realizada na população que permanecerá em nossa área totalizando 3.014 usuários

2.3.1 Detalhamento das ações

Depois de selecionar como foco de minha intervenção a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, organizar e definir e adequar a minha realidade meus objetivos e metas, auxiliada neste processo por planilhas produzidas e disponibilizadas pelo Curso para esta finalidade, e após ter definido as ações a serem realizadas para alcançar os objetivos e metas, estabelecidos para os quatro eixos pedagógicos do Curso: Organização e gestão do serviço, Monitoramento e avaliação, Engajamento Público e Qualificação da prática clínica, iremos especificar e detalhar as ações que serão realizadas.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e Diabéticos, e para o qual a meta e cadastrar a um 85% e um 80% respectivamente.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

As ações são:

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento

Revisar detalhadamente o acompanhamento feito até a data atual em todos os usuários pertencentes a este programa, identificando os faltosos o com consultas atrasadas.

Cada Agente Comunitário de Saúde revisará em sua área de abrangência se todos os usuários que sofrem estas doenças estão cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

As visitas domiciliares feitas pela equipe e as consultas realizada pela médica e enfermeira terão sempre o cuidado de identificar novos usuários diabéticos e hipertensos da área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento

Depois de concluir o recadastramento da população, a equipe organizara o registro segundo o protocolo de atendimento.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes Mellitus.

Detalhamento

Todo usuário portador destas doenças será acolhido por qualquer membro da equipe, na hora em que chegue ao serviço, orientando quanto ao dia de sua consulta no caso que seja para acompanhamento em consulta agendada ou será

atendido de imediato caso tenha alguma descompensa são ou problema agudo de saúde.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento

Comunicar ao administrador e envolver a gestão para garantir este material.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento

Será realizada divulgação por meio de murais na recepção da UBS, nos contatos com os pacientes no acolhimento, em cada visita e consulta realizada pelos profissionais da equipe, e nas visitas diárias realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

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

Detalhamento

Os Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas diárias informaram a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos.

Os profissionais (medica, enfermeira e odontólogo) da equipe que fazem consultas na Unidade, falaram em cada consulta sobre este tema.

A medica, enfermeira e agentes comunitários de saúde utilizarão espaços dentro e fora da unidade para realizar palestras e rodas de conversas sobre este tema.

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

Detalhamento

A medica e enfermeira realizarão conversas sobre a possível do surgimento da diabetes em usuários com nível de pressão arterial no limite

A medica e a enfermeira na consulta e a visita domiciliar falaram do tema.

Os profissionais da equipe realizam palestras sobre o tema dentro e fora da unidade aproveitando espaços públicos e instituições.

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

Detalhamento

Em cada visita e consulta agendada ou de demanda espontânea a médica e a enfermeira falarão sobre os fatores de risco de Hipertensão e diabetes.

Os profissionais da equipe realizarão palestras sobre o tema na própria unidade e utilizar outros espaços como igrejas, indústrias entre outras.

Na Unidade a enfermeira realizarão dinâmicas grupais debatendo conhecimentos sobre fatores de risco destas doenças.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com hipertensão de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento

A médica e a enfermeira aproveitarão as reuniões da equipe planejadas uma vez por semana para capacitar os ACS sobre todos os temas referentes ao cadastramento de usuários hipertensos.

Aproveitaremos momentos de discussões de indicadores pela equipe para retomar estas capacitações e avaliar suas habilidades.

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

Detalhamento

A médica e a enfermeira irão realizar uma capacitação inicial a toda a equipe sobre verificação da pressão arterial

Todas as semanas se dedicará uma hora para o adestramento dos membros da equipe neste proceder.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento

Os ACS serão capacitados pela médica e enfermeira, nas reuniões da equipe, sobre cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento

A Médica e a Enfermeira fizeram uma capacitação para toda a equipe sobre a realização do hemoglicoteste na próxima reunião da equipe.

Em cada reunião realizada pela equipe se refrescaram conhecimentos sobre a realização deste teste.

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

Para melhorar a qualidade da atenção a usuários Hipertensos e diabéticos as ações a serem desenvolvidas são:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

Nas consultas agendadas e nas domiciliares a enfermeira e a medica realizarão uma boa anameses e um exame físico completo, a todo usuário portador destas doenças.

A médica irá realizar o exame clínico apropriado nas consultas programadas para as de livre demanda.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento

As técnicas em enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade de Saúde.

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

Detalhamento

Da mesma forma as técnicas em enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento

A técnica em enfermagem será a encargada do controle da farmácia e fará o monitoramento do acesso aos medicamentos para Hiperdia da Farmácia Popular,

informando ao administrador a necessidade de reposição antes que falte algum deles.

A médica e a enfermeira da Unidade avaliarão em cada consulta os usuários com tratamento indicado para a farmácia popular e reajustarão de ser possível tratamentos indicados por especialistas da rede privada.

- Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento

O auxiliar de saúde bucal monitorizará e será responsável por agendar de forma prioritária as avaliações para as pessoas com hipertensão que necessitem de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

Nas reuniões de equipe a médica definirá as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecendo periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento

Na reuniões da equipe semanalmente a médica e a enfermeira realizará capacitações para começar o trabalho com os protocolos adotados pela UBS.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento

Será garantida com ajuda do gestor da unidade, e de forma imediata a versão atualizada do protocolo impressa para cada um dos integrantes da equipe, que serão analisadas nas reuniões.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento

Será garantida com ajuda do gestor da unidade, a versão atualizada do protocolo impresso para ficar a disposição de todos na UBS.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento

A médica e a enfermeira em cada consulta garantirão a solicitação de exames complementares a este grupo de usuários.

- Garantir com o gestor municipal agilidade e busca de estratégias para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento

Será solicitado ao gestor da UBS que juntamente com o gestor municipal garantam agilidade na realização de exames complementares definidos no protocolo.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento

Em todas as consultas programadas o médico e a enfermeira, irão realizar a solicitação dos exames complementares necessários para o acompanhamento dos usuários.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento

A técnica de enfermagem encarregada da farmácia será a responsável pelo controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, semanalmente.

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

Detalhamento

A enfermeira, semanalmente irá fazer um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde e entregará ao administrador da unidade com a mesma periodicidade.

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

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

Detalhamento

O auxiliar de saúde bucal organizará a agenda de saúde bucal e identificará os usuários hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, dando prioridade a este grupo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento

A médica, enfermeira e agentes comunitários de saúde realizarão rodas de conversas nas visitas domiciliares, falarão sobre o tema em cada consulta e realizarão palestras e dinâmicas grupais abordando a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

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

Detalhamento

Da mesma forma em cada visita domiciliar, na consulta da médica e da enfermeira e em outros espaços dentro e fora da unidade se orientará sobre o cuidado das extremidades e em especial dos pés em usuários diabéticos. Também se esclarecerão dúvidas e se orientará sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas para as pessoas com diabetes.

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

Detalhamento

Nas palestras, rodas de conversas, consultas e visitas domiciliares serão orientadas pelos profissionais da equipe a importância da realização de exames complementares.

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

Detalhamento

A médica e a enfermeira nas consultas e visitas domiciliares, orientarão a os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

Detalhamento

A equipe orientara nas visitas, consultas e palestras quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, a técnica de enfermagem encarregada da farmácia, nas entregues de medicamentos, vai orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Detalhamento

A equipe a traves de palestras, visitas e informações gráficas visível na UBS, orientara a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e especialmente neste grupo de usuários.

O odontólogo e o assistente de saúde bucal pesquisarão nas vistas domiciliares pessoas com hipertensão e diabetes que precisem atenção odontológica

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento

A Medica aproveitara as reuniões de equipe para fazer capacitações sobre a realização de exame clinico apropriado.

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

Detalhamento

A enfermeira será a responsável e utilizara as reuniões da equipe para dar capacitações para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento

A atualização do profissional no tratamento da hipertensão será feita pelo médica da unidade nas reuniões da equipe, segundo os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde.

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

Detalhamento

Vamos aproveitar as reuniões da equipe para capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento

O odontólogo capacitara em cada reunião a equipe sobre a necessidade de atendimento odontológico deste grupo de usuários.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de usuários hipertensos e diabéticos previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento

As técnicas de enfermagem serão as responsáveis por monitorar semanalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento

Os dados dos pacientes faltosos que agendaram consultas na unidade e não compareceram, serão revisados semanalmente nas reuniões e a equipe os ACS irão realizar busca ativa destas pacientes nas visitas domiciliares, aqueles que não puderem comparecer às consultas serão visitados pela Equipe, a agenda será organizada para acolher de forma efetiva os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento

A técnica de enfermagem encarregada da triagem será a responsável por organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento

Os profissionais da equipe realizarão palestras na Unidade e em outros espaços sociais sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento

Serão realizadas conversas com a comunidade, apoiando-nos em líderes informais que nos sinalizem ideais para a criação de estratégias que evitem a evasão destes usuários.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento

As visitas domiciliares, consultas e os quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas ajudaram nesta tarefa.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento

Semanalmente nas reuniões da Equipe de Saúde, a médica e a enfermeira, treinarão os ACS para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento

A enfermeira e técnica de enfermagem realizarão o monitoramento semanalmente dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, iremos trabalhar com o livro de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas esta ação será de responsabilidade da enfermeira da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento

A enfermeira atualizará semanalmente o livro de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento

Para implantar planilha/ficha/registro específico de acompanhamento, trabalharemos com os protocolos de atendimento, o livro específico de acompanhamento, e toda a documentação necessária.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento

Na próxima reunião da equipe vamos pactuar como irá ser realizado o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento

A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros

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

Detalhamento

Depois de discutir e ouvir a opinião da equipe e do gestor da Unidade, vamos 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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a 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

Aproveitaremos as consulta medica, de enfermeira, e as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e o momento do acolhimento para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

Nas reuniões de equipe a medica e a enfermeira faremos treinamento de cada profissional no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento

Da mesma forma nas reuniões semanais, será capacitada a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as

consultas.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa com diabetes.

Detalhamento

Nas reuniões de equipe a médica e a enfermeira irão treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da pessoa com diabetes.

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

Detalhamento

As reuniões da equipe, serão também uteis na capacitação dos profissionais da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento

A médica e a enfermeira serão as responsáveis de monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizarão esta ação em cada consulta agendada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento

O administrador e os técnicos de enfermagem encargados da triagem na unidade priorizarão os usuários avaliados como de alto risco nas consultas e na realização dos exames.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento

Os usuários de alto risco terão prioridade para o agendamento e no caso de chegar na demanda espontânea também serão atendidos com prioridade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento

Em cada consulta programada os profissionais da equipe (médico e enfermeira) irão orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Nas visitas domiciliares e nas consultas a equipe irá orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento

Serão utilizados quadros de informações, visitas domiciliares, consultas, palestras, entre outras ações para esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento

Serão realizadas capacitações periodicamente, especificamente nas reuniões da equipe de forma semanal pela médica e a enfermeira, para capacitar a equipe na realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento

Nos mesmos espaços e de forma semanal a médica capacitara a equipe para a importância do registro.

Nesta avaliação.

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

Detalhamento

Da mesma forma que na ação anterior serão organizadas capacitações pela médica e a enfermeira para acrescentar os conhecimentos da equipe sobre o controle de fatores de risco modificáveis e para criar estratégias para este controle.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento

A médica vai monitorar semanalmente a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas hipertensas e diabéticas.

Detalhamento

As técnicas de enfermagem irão monitorar semanalmente a realização das orientações sobre atividade física regular aos usuários hipertensos e diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas.

A médica visitara uma vez por semana o grupo de pessoas com hipertensão e diabetes que realiza exercícios físicos e intercambiara ideias com o professor do NASF em quanto a busca de faltosos a esta atividade.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários diabéticos.

Detalhamento

A Enfermeira irá monitorar semanalmente a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários hipertensos mediante as informações oferecidas pelos demais profissionais da equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos.

Detalhamento

O auxiliar de saúde bucal monitorizara semanalmente a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados pela UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento

Os profissionais da equipe realizarão palestras e outras atividades planejadas com a comunidade, utilizando espaços como igrejas, escolas, indústrias para oferecer práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento

Trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo seu nutricionista nesta atividade.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento

A médica, enfermeira, agentes comunitários de saúde e integrantes do NASF organizarão palestras, rodas de conversa e utilizarão as visitas domiciliares para realizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento

Da mesma forma trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo seu educador físico nesta atividade.

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

Detalhamento

A médica e a enfermeira vinculadas com a triagem organizarão o tempo médio de consultas com um mínimo de 15 min para cada uma com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento

Serão utilizados meios de divulgação, propagandas, murais na UBS e nas consultas e visitas domiciliares para orientar usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

Detalhamento

Mediante as visitas domiciliares feitas por a medica e a enfermeira e as palestras públicas feitas por o resto da equipe iremos orientar aos usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento

Utilizaremos as consultas programadas, as visitas domiciliares e as atividades educativas organizadas pela UBS para orientar aos usuários hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, em cada espaço será lembrado os danos de este mal habito.

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

Detalhamento

Em cada consulta e visita domiciliar se realizara orientação a os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento

Nas reuniões da Equipe, a médica e a enfermeira, serão responsáveis por capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento

Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades, a médica e a

enfermeira, irão capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

Detalhamento

Conjuntamente com o Educador físico do NASF, a médica e a Enfermeira organizarão uma capacitação para toda a equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento

Nas reuniões da Equipe de Saúde e outras atividades delas, o médico e a enfermeira, irão capacitar equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento

Na reunião da equipe a médica capacitara a equipe sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento

A médica e a enfermeira, em cada reunião da equipe capacitarão este em temas relacionado com a educação em saúde.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento

O odontólogo preparará uma capacitação para a equipe sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativa ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Depois de definir o foco da intervenção os objetivos e as metas, e de detalhar como serão realizadas as ações chegamos no momento de fazer a definição da logística para ter um guia de como será realizado o projeto na prática

do serviço. Para realizar a totalidade das ações participarão todos os integrantes da equipe e será utilizado um livro de agendamento, e de coletas de exames, as fichas individuais/espelho e uma ficha complementar elaborada especificamente para a realização deste trabalho. Estimamos alcançar com a intervenção 85% dos usuários hipertensos e 80% dos usuários diabéticos que serão cadastrados e acompanhados pela UBS. Envolveremos a gestão da UBS e municipal, para disponibilizar as fichas espelhos material para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na UBS, e outros materiais e o suporte necessário para a realização da intervenção.

A enfermeira será a encarregada de revisar o livro de registro identificando os usuários hipertensos e diabéticos que compareceram para controle de suas doenças, localizará os prontuários individuais destes usuários e transcrever as informações disponibilizadas para a ficha espelho.

As ações de monitoramento serão realizadas pela enfermeira da UBS, que irá revisar o livro de agendamentos, de coleta de exames, os prontuários individuais dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS revisará a frequência às consultas, exames laboratoriais, exame clínicos, avaliação do risco, avaliação odontológica, a qualidade dos registros entre outros. Toda a equipe irá realizar orientações para atividade física regular, orientação nutricional, orientações sobre os riscos do tabagismo. A médica avaliará nas consultas sinais de risco hipertensão e diabetes. Os resultados dos exames, consultas e outras informações mantidas atualizadas em registros específicos.

A técnica em enfermagem será encarregada da triagem e será também a responsável pela organização dos registros e das agendas das consultas médicas, de enfermagem e de odontologia, será organizado um sistema de registros que viabilize esta ação, que permita acompanhar a frequência das consultas semanalmente às faltas serão informadas na reunião de equipe para que seja realizada busca ativa, a enfermeira com a ajuda da técnica em enfermagem será encarregada da farmácia.

O gestor da unidade envolverá a gestão municipal para garantir material de apoio como o protocolo atualizado impresso para os membros da Equipe e uma cópia para ficar na UBS, material para medir a pressão arterial e níveis de glicose, e o número suficiente de fichas espelhos. Será solicitado para a gestão municipal uma maior agilidade para a realização dos exames solicitados pela médica e a enfermeira

e a compra de medicamentos utilizados para o abandono do tabagismo. Como se falou anteriormente a enfermeira monitorizará este trabalho; e nas reuniões de equipe em conjunto com a médica organizarão capacitações de acordo com os protocolos adotados Estes encontros semanais também serão aproveitados para atualizar o SIAB, e definir o tempo médio de consultas a demanda para garantir a realização de um atendimento de qualidade a estes usuários.

Serão desenvolvidas atividades pelos integrantes da equipe, a grupos de usuários hipertensos e diabéticos, grupos de idosos e população em geral. Serão organizadas pela enfermeira e a médica, aproveitando as reuniões semanais da equipe, e realizadas em espaços dentro e fora na unidade. As salas de espera serão aproveitadas para realizar palestras e conversas sobre fatores de risco, modos e estilos de vida saudáveis, Importância do tratamento estável e prevenção de incapacidades, aliás neste local serão expostos cartéis informativos sobre este tema. Utilizaremos Igrejas, indústrias, escolas, centros de trabalho e outros espaços sociais para a realização de atividades educativas envolvendo estagiários de enfermeira, estudantes de medicina e integrantes do NASF que ajudaram no desenvolvimento destes; com prévio consentimento dos responsáveis por estas instituições. Serão realizadas atividade física com o grupo de usuários hipertensos e diabéticos três vezes por semana com apoio do educador físico do NASF.

Para realizar as capacitações necessárias para o correto desenvolvimento da intervenção serão aproveitadas duas horas semanais nas próximas reuniões da equipe. A médica e a enfermeira e o odontólogo serão os encarregados de coordenarem as capacitações que terá como guia os protocolos do Ministério da Saúde para atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Os temas a tratar já são do conhecimento de todos, mas é necessário acrescentar informações, discutir ideias para um melhor desempenho, com maior comprometimento para obter os resultados esperados.

avaliação de risco e a orientação a usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares.												
Informação à população sobre o funcionamento do serviço, monitoramento e garantia de seus direitos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação dos usuários quanto a fatores de risco, sinais de alerta e prevenção e estilos de vida saudáveis para Hipertensão e Diabetes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação a população da área de abrangência sobre a intervenção a realizar, suas ações e objetivos que se presiguem.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oferecer informação a população sobre a HAS e DM através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento.		X				X				X		X
Realização de educação sobre saúde bucal dos usuários Hipertensos e diabéticos, assim como avaliação e atendimentos priorizado para estas pessoas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Troca de experiência com a comunidade para avaliar o desenvolvimento da estratégia e poder realizar estratégias				X				X				

que garantam obter os objetivos esperados												
Elaboração do relatório de intervenção.						X	X	X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Através das tarefas do Curso de Especialização em Saúde da Família foi possível analisar diferentes aspectos relacionados de saúde da população de nossa área de abrangência. Inicialmente, realizamos a análise situacional e identificamos os principais problemas de saúde da comunidade e, a partir desta análise, definimos um foco de intervenção para ser o tema do nosso projeto de intervenção.

A hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus constituem as doenças crônicas mais frequentes, com mais complicações, abandonos do tratamento, dificuldade de acompanhamento e controle. Para melhorar esta problemática foi elaborado um projeto de intervenção que teve como principal objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Castello Branco, no município de Caicó / RN.

O projeto de intervenção previu a realização de ações em quatro eixos pedagógicos do Curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. E para nortear a realização de intervenção, realizamos um cronograma com as ações a serem desenvolvidas.

Neste momento em que finalizamos o período de intervenção estamos em condições de relatar o que foi ou não foi possível realizar, as dificuldades encontradas e a forma pelo qual pretendemos dar continuidade as ações e implantá-las como rotina de nossos serviços.

O primeiro passo realizado foram as capacitações, tendo como base os protocolos de atendimentos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

As reuniões da equipe realizadas de forma rotineira em nossa unidade e onde participou toda a equipe, foram utilizadas para a realização das capacitações. A primeira delas teve como propósito capacitar a Equipe para o preenchimento correto das fichas espelhos, orientar sobre a organização de o arquivo. Nesses momentos a enfermeira e eu aproveitamos o espaço para falar um pouco sobre acolhimento, lembrando a importância de engajar toda a equipe nesta ação e prestar uma

atenção qualificada aos usuários. Falamos também da importância de cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos da área.

No decorrer da intervenção os acolhimentos e atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos foram realizados de acordo com o protocolo. Os usuários foram cadastrados, receberam acompanhamento de qualidade, realizaram exame clínico adequado de acordo com o protocolo, indicação e avaliação de exames, estratificação de risco e orientações sobre modos e estilos de vida saudável.

Outra ação abordada ainda nas primeiras semanas foi a divulgação do desenvolvimento do projeto ao longo dos próximos três meses o que depois foi alterado por orientação do Curso que a intervenção fosse realizada em três meses. As fichas espelhos constitui a base para a coleta de todas as informações necessárias para avaliar posteriormente os indicadores, detalhamos a forma de preenchimento destas.

Cada membro da equipe tivesse papel definido até o usuário chegar ao atendimento médico, se combinou que diariamente ao finalizar os atendimentos médicos as fichas fossem arquivadas na sala da triagem no arquivo do projeto para aguardar o retorno do usuário. Damos ênfases na forma e qualidade das informações obtida, e ao finalizar cada semana era realizado o preenchimento adequado da planilha de coleta de dados eletrônica que amostra todos os indicadores automaticamente o que permitiu ir avaliando semanalmente o desenvolvimento do projeto. A administração da unidade imprimiu a totalidade de fichas espelhos.

Além das reuniões de rotina da unidade, foram realizados outros encontros ao longo da intervenção, e neles se realizaram capacitações da equipe para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco envolvidos, com o objetivo de todos tivessem condições de trabalhar identificando estes fatores.

Capacitamos os Agentes Comunitários de Saúde para a atualização dos cadastros, para a busca ativa de usuários com fatores de risco para HAS e DM e com relação ao controle das consultas em atraso. Também nestes contatos se realizaram os treinamentos para a técnica correta de aferição da pressão arterial e se orientou aferir pressão arterial em todas as consultas nas pessoas com fatores de risco para HAS e DM.

A partir dessas capacitações iniciamos o Cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos previstos no projeto, os acolhimentos e atendimentos de todos estes usuários foram realizados de acordo ao protocolo de atenção. Foi estabelecida a estratificação do risco e demos acompanhamento diferenciado para eles. A busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos não acompanhados e/ou com exames laboratoriais alterados foi realizada.

Cumprindo com o cronograma foram aproveitados os espaços de salas de espera para divulgar, mediante pequenas palestras, a existência do projeto e a importância deste para a população. Ademais, a rádio local, os líderes informais da comunidade e os próprios usuários apoiaram a divulgação possibilitando que a informação chegasse a toda a comunidade.

As consultas de demanda livre foram um ótimo espaço para identificar usuários sem diagnóstico e com fatores de risco e serviram para além de cadastrar, realizar um correto exame clínico e estratificar o risco, além de realizar ações educativas, os quais constituem um pilar fundamental no acompanhamento e controle destes usuários. Estes contatos ajudaram a alcançar que a totalidade de usuários envolvidos em nosso projeto recebessem orientações quanto aos fatores de risco, sinais de alerta, realização de ações de prevenção dessas doenças e adoção de hábitos de vida saudáveis; aproveitamos fundamentalmente os horários matutinos, em que a equipe dividia-se em pequenos grupos operativos e utilizando meios de informação e outras iniciativas de formas rápida e dinâmica foi transmitida informação a população sobre a HAS e DM. Utilizamos recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para comprometê-los com a adesão ao tratamento.

No ginásio de esporte vizinho a nossa unidade, nosso grupo de usuários hipertensos e diabéticos praticam os exercícios programados três vezes por semana. O professor integrante do NASF prestou seu apoio ao projeto nas visitas realizadas pela equipe, trocamos ideias, conversamos sobre a importância da prática regular de exercícios físicos para o controle destas doenças, aproveitamos o espaço para fazer pequenas atividades educativas sobre alimentação saudável. Foi muito gratificante escutar suas vivências, muitos têm o conhecimento adquirido através da televisão, rádio e a própria trabalho da Unidade Básica, entretanto falam

que às vezes esquecem não dão importância, isto demonstra que só intervindo de forma permanente eles mudarão suas formas de atuar e modificarão seus costumes alimentarias.

Nas consultas realizadas todas as segundas-feiras foram atendidas usuários resgatados pelos Agentes de Saúde que se encontravam faltosos a consulta e os de acompanhamento continuam pela nossa unidade.

Os estudantes e tutores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que se encontram vinculados a nossa unidade, uma vez por semana participaram também das diferentes discussões da equipe. Eles ajudaram numa palestra com este grupo e nesse mesmo dia foi organizado três salas para realizar pesquisa de hipertensão, busca ativa de fatores de risco em população-alvo e pesquisa de pé diabético na população diabética.

A enfermeira dedicou-se ao monitoramento das ações desenvolvidas, revisão dos registros, levantamento de exames laboratoriais em dia, percebendo ao longo da intervenção a demora na chegada dos resultados, ponto que afetou desde o início o adequado acompanhamento dos usuários que sofrem estas doenças, assim como o diagnóstico de usuários diabéticos.

A avaliação odontológica apresentou dificuldade são final da intervenção, pois o cirurgião-dentista precisou se afastar por problemas de saúde, mas foram encontradas opções como o encaminhamento dos usuários para uma unidade vizinha, mas com o retorno do cirurgião- dentista às atividades habituais de nosso serviço foi possível avaliar a totalidade de pacientes.

Um problema que dificulto nosso trabalho foi a manutenção da medicação de uso contínuo, pois ao final de cada mês vários medicamentos começam a faltar, o administrador disse que a gestão municipal tem conhecimento e que trabalha para melhorar essa situação.

Foram realizadas rodas de conversa com o NASF e os agentes comunitários de saúde numa escola com a participação de alunos e professores e, ainda que o tema fundamental não fosse relacionado com o de nossa intervenção, foram abordados aspectos importantes que contribuem a para eliminar o estresse como fator de risco potente e desencadeante de doenças deste tipo, além disso, tratamos de aspectos relacionados como a prática de exercícios físico regular e seus benefícios para a saúde e a importância de evitar o uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Um fato que dificultou a intervenção foi o aumento da demanda espontânea no último mês da intervenção pelo surgimento de várias doenças virais.

Todas as atividades realizadas durante a intervenção dentro e fora da unidade serviram para informar à população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e para divulgar junto à população informações sobre o funcionamento do serviço, monitoramento e garantia direitos dos usuários e orientar os usuários sobre os aspectos relacionados com a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de complicações nestas doenças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Seguindo o cronograma todas as ações foram desenvolvidas, tivemos uma ótima resposta da equipe, da gestão e um bom engajamento com a comunidade ainda assim não alcançamos 100% em todos dos indicadores como no caso dos exames complementares em dia a prescrição de medicamentos na farmácia popular; problemas que afetam ao município na sua totalidade e que são de difícil resolutividade pelo momento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentei grandes dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e o cálculo dos indicadores. Semanalmente foram analisadas as fichas espelhos e atualizando a coleta, o que facilitou para identificar os pontos mais fracos nos quais se precisava trabalhar na próxima semana. Os esforços realizados pela equipe nestes três meses garantiu a coleta sistemática dos dados necessários para os cálculos de indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Para dar continuidade ao trabalho já realizado durante a intervenção e seguindo o protocolo de atenção para estas doenças continuaremos com os cadastramentos de usuários hipertensos e diabéticos, identificando fatores de

riscos, dando continuidade as ações educativas realizadas nos atendimentos, visitas domiciliares e atividades grupais. Nossa rotina de trabalho atualmente encontra-se bem organizada como o desenvolvimento das ações, pretendemos dar continuidade e manter o trabalho em equipe, envolvendo a população e gestão isso permitirá aumentar a cobertura, e continuar melhorando a saúde deste grupo populacional.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ao iniciar meu trabalho neste município, minha área era bem extensa com uma população total de 4859 habitantes. Já ao iniciar a intervenção esta área tinha sido dividida para ser atendida por duas Equipes de ESF, ficando minha população com 3014 habitantes, totalizando, de acordo com os dados do SIAB, 285 pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão arterial e 79 com diabetes mellitus. Ao longo da intervenção trabalhamos monitorando indicadores de cobertura e qualidade, realizando ações que foram organizadas no cronograma e sempre procurando atingir as metas propostas. Contamos com a participação em nosso projeto de 243(85%) pessoas com hipertensão e 63 (80%) pessoas com diabetes ao final dos três meses de intervenção alcançando assim a cobertura esperada.

Evolução quantitativa e qualitativa de cada indicador no longo da intervenção em relação a cada objetivo e meta estão descritas abaixo:

Objetivo: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos no programa de HIPERDIA

Meta 1.1: Cadastrar 85 % dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

Indicador 1, 1.Proporção de usuários hipertensos cadastrados no programa de HIPERDIA

O número total de usuários hipertensos residentes na área segundo o cadastro do SIAB é de 285. Ao iniciar a intervenção tínhamos registrados 158 usuários hipertensos com acompanhamento pela UBS os que incluímos em nosso trabalho para conseguir finalizar o primeiro mês com 190(67%) usuários hipertensos cadastrados; no segundo mês 214(79%); e no terceiro mês um total de 243(85%) usuários hipertensos cadastrados (Gráfico 1), atingindo assim a meta proposta.

A ação que mais ajudou para alcançarmos a nossa meta foi a busca ativa de usuários que não estavam sendo acompanhados na UBS e apresentavam fatores e risco para Hipertensão estes foram agendados pelos agentes comunitários de saúde para realizarem consulta médica. As capacitações dos profissionais da equipe sobre o protocolo de atendimento para HAS do Ministério da Saúde (MS) foram a base

para a atualização dos conhecimentos sobre a importância de acompanhar regularmente estes usuários. O acolhimento adequado e o atendimento de qualidade facilitou o fluxo deste grupo às consultas e aumentou o grau de satisfação da população o que propiciou que alguns usuários faltosos voltaram a ser acompanhados. A divulgação realizada pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, e através de grupos operativos pelos diferentes integrantes da equipe, utilizando vários recursos que chamaram a atenção dos usuários, a ajuda dos líderes informais da comunidade, a rádio local e o apoio da gestão nestas atividades também foram ações desenvolvidas que favoreceram atingir a meta proposta.

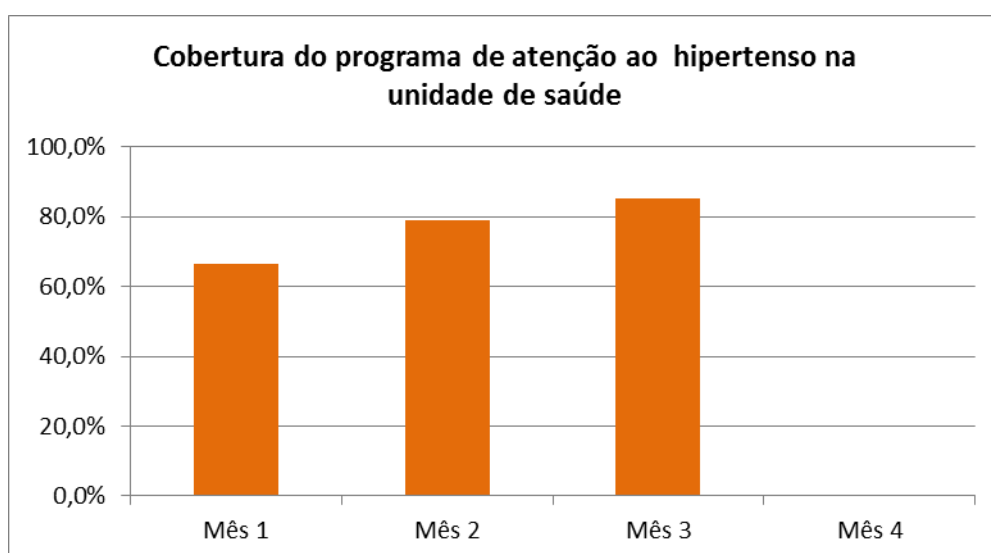


Gráfico 1. Proporção de hipertensos cadastrados no programa da UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

Objetivo: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos na Unidade Básica de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80 % dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Diabetes Mellitus.

Indicador 1.2. Proporção de usuários diabéticos cadastrados no programa de HIPERDIA

O número total de usuários diabéticos residentes na área segundo o cadastro do SIAB e de 78. Nossa meta foi cadastrar 80% destes no programa. No primeiro

mês foram cadastrados 47 (60%), no segundo 59 (76%) e no terceiro 63 (81%). O cadastramento foi evoluindo crescentemente e alcançando a meta proposta (Gráfico 2).

As capacitações realizadas pela equipe possibilitaram aumentar o conhecimento e a organização do trabalho, e o número buscas ativas pelos agentes comunitários de saúde de usuários faltosos às consultas e/ou não acompanhados pela UBS, a atenção priorizada no acolhimento de acordo com o protocolo e a ampliação da divulgação da intervenção possibilitaram atingir a meta e no futuro será possível aumentar a cobertura a um percentual maior que possa identificar usuários ainda não diagnosticados.

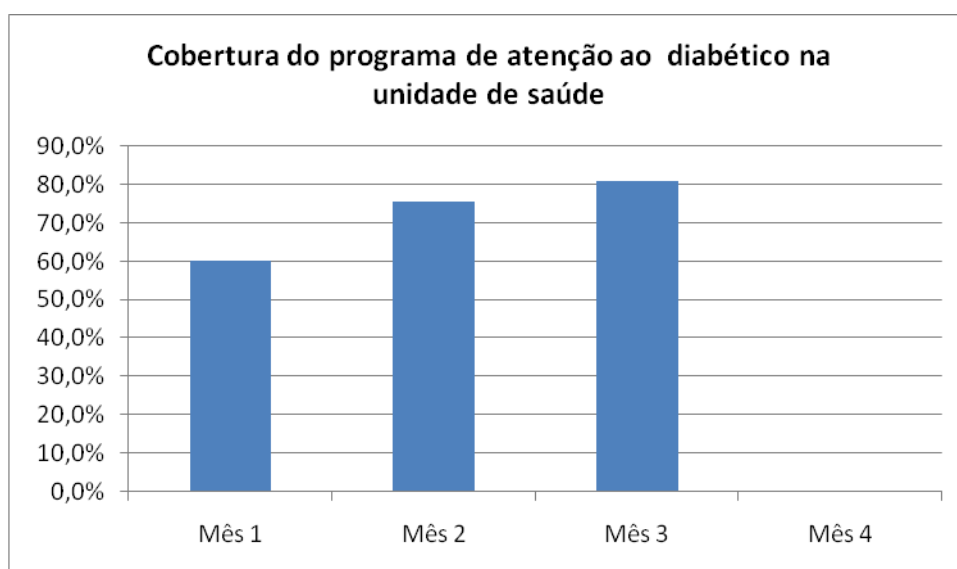


Gráfico 2. Proporção de diabéticos cadastrados no programa na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.

Indicador 2.1. Proporção de usuários Hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção foi realizado o exame clínico em 153(83,7%), dos 190 cadastrados, no segundo a 201(89,3%)dos 225 cadastrados e no terceiro

243 alcançando assim um percentual de 100% dos cadastrados com exame clínico em dia. (Gráfico 3)

A médica da equipe foi a responsável pela realização dos exames clínicos dos usuários participantes da intervenção, com o monitoramento e atualização dos registros, bem como a atualização da ficha espelho e o acompanhamento de acordo com o protocolo, finalizamos o trabalho no terceiro mês com todos os cadastrados com exame clínico apropriado.

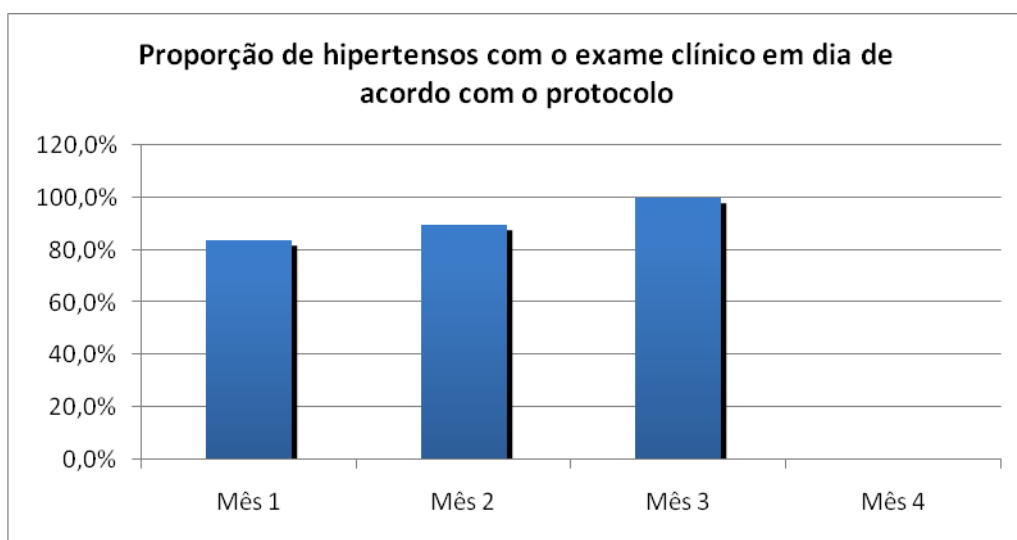


Gráfico 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

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

Indicador 2.2. Proporção de usuários diabéticos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico para os usuários diabéticos foi realizado na totalidade dos usuários cadastrados, comportando-se este indicador com uma evolução positiva ao longo da intervenção. No primeiro mês de 47 cadastrados, 43(91%) foram examinados clinicamente pela médica, no segundo de 59 cadastros 51(93%) tiveram seu exame clínico em dia, até atingir a meta prevista de 100% no terceiro mês.

As ações que mais possibilitaram organizar o trabalho para conseguir este resultado foram a busca ativa de pacientes faltosos às consultas pelos ACS, o acolhimento de acordo o protocolo e o cumprimento das consultas, visitas domiciliares e o monitoramento sistemático das fichas de cada usuário (Gráfico 4).

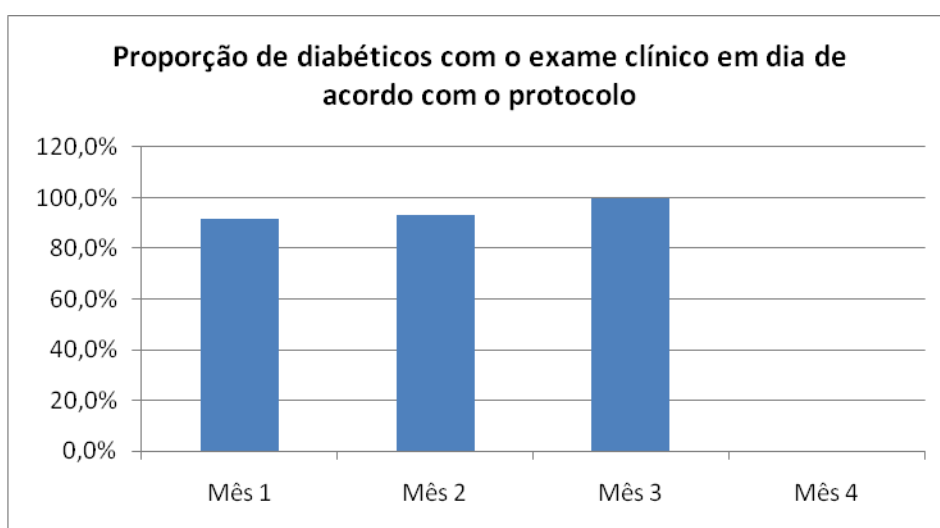


Gráfico 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

A realização de exames complementários para o grupo de usuários hipertensos participantes na intervenção foi um tema muito debatido nas reuniões de equipe, conversado com a gestão em várias ocasiões e com tentativas de mudanças

na forma de agendamentos para a realização destes. Além disso, se trabalhou na busca ativa de usuários com exames laboratoriais atrasados ou alterados e no monitoramento da realização e avaliação destes. Ainda assim não foi possível atingir a meta proposta para este indicador. No primeiro mês de 190 cadastros 114(63%) tiveram seus exames em dia, no segundo 177(79%) de 225 e no terceiro finalizamos com 237(97%) da totalidade da população alvo (Gráfico 5).

As causas que impediram o cumprimento deste indicador foram a alta demanda existente com relação a quantidade de vagas distribuídas que são assinadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Ao discutir este tema com a gestão fizeram algum ajustes, como priorizar este grupo de usuários em cada laboratório a fim de agilizar a chegada dos resultados na UBS. Mais não foi suficiente. O fato de nosso município ser grande e com somente dois laboratórios credenciados pelo SUS dificulta a agilização destes exames.

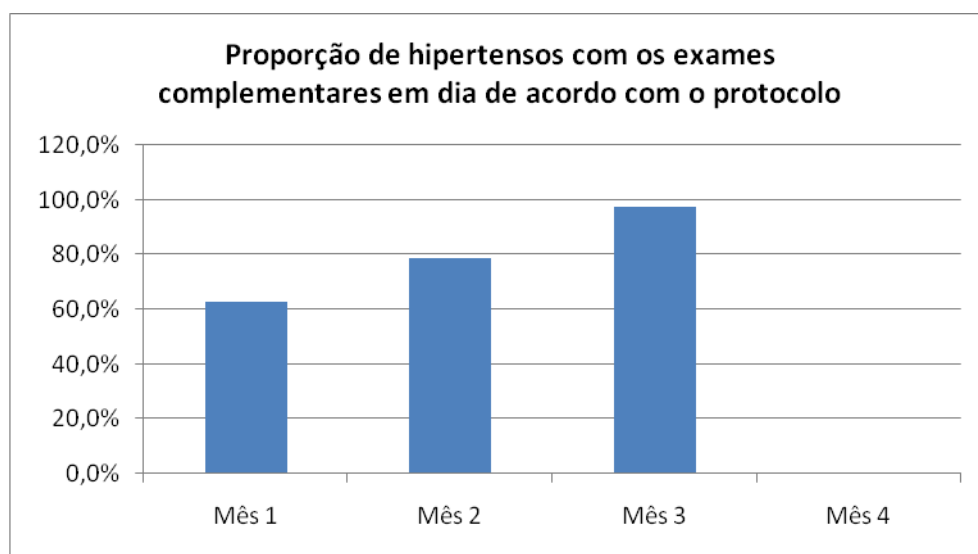


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Dos 47 usuários diabéticos cadastrados no primeiro mês 43 (81%), estavam com os exames laboratoriais em dia, no segundo de 59 cadastros 55 (85%) foram avaliados com seus exames em dia e ao finalizar do terceiro mês 63 (100%) destes usuários com seus exames em dia de acordo com o protocolo (Gráfico 6). Existiram as mesmas dificuldades com este grupo que com os grupos de pessoas com hipertensão, mais o fato de ser um grupo pequeno facilitou uma melhor organização na hora de priorizar o agendamento para os exames monitoramento e avaliação dos resultados, além de existir um percentual destes usuários que realizam seus exames em laboratórios particulares.

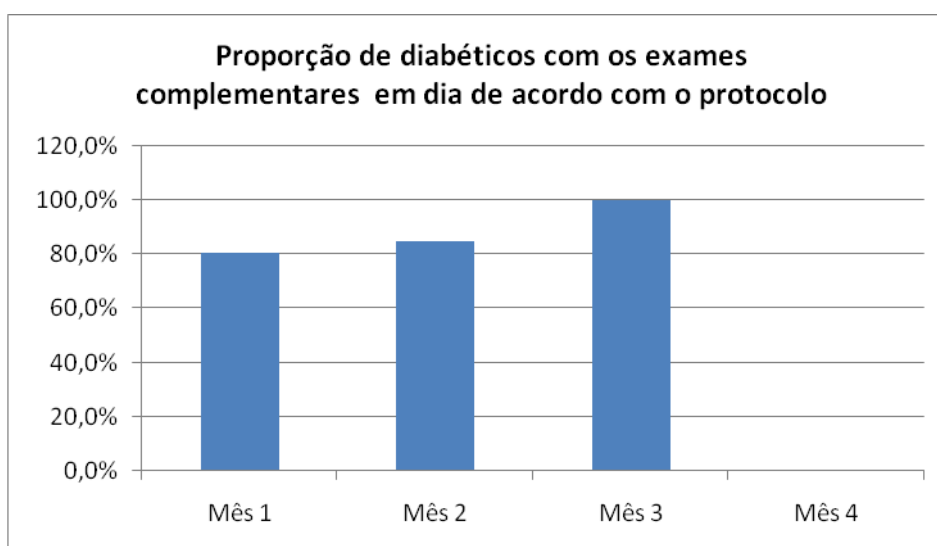


Gráfico 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Castelo Branco do Município Caicó Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês 119 (68%) dos usuários hipertensos tinham tratamento com medicamentos da farmácia, no segundo mês 154(70%) e aumentando para

203(86%) usuários tomando medicamentos da farmácia popular no terceiro mês (Gráfico 7). A prescrição de medicamentos da farmácia popular para a totalidade de usuários hipertensos participante da intervenção não foi possível ser alcançada. Meses antes de começar o projeto já se analisava esta problemática, nas primeiras semanas após definir o papel de cada integrante da equipe se decidiu que o gestor da unidade seria encarregado de exigir o abastecimento das medicações. A população alvo foi informada sobre o funcionamento do serviço e o monitoramento e garantia de seus direitos, e que além do acompanhamento contínuo, a aquisição dos medicamentos era um elemento básico para manter o controle da doença. A médica e a enfermeira em cada consulta realizaram atividades educativas, pois muitos usuários consideravam menos efetivos os medicamentos da farmácia popular. Ainda que considerando o comportamento deste indicador como positivo, teremos continuar envolvendo a gestão e buscando estratégias que ajudem a resolver esta situação.

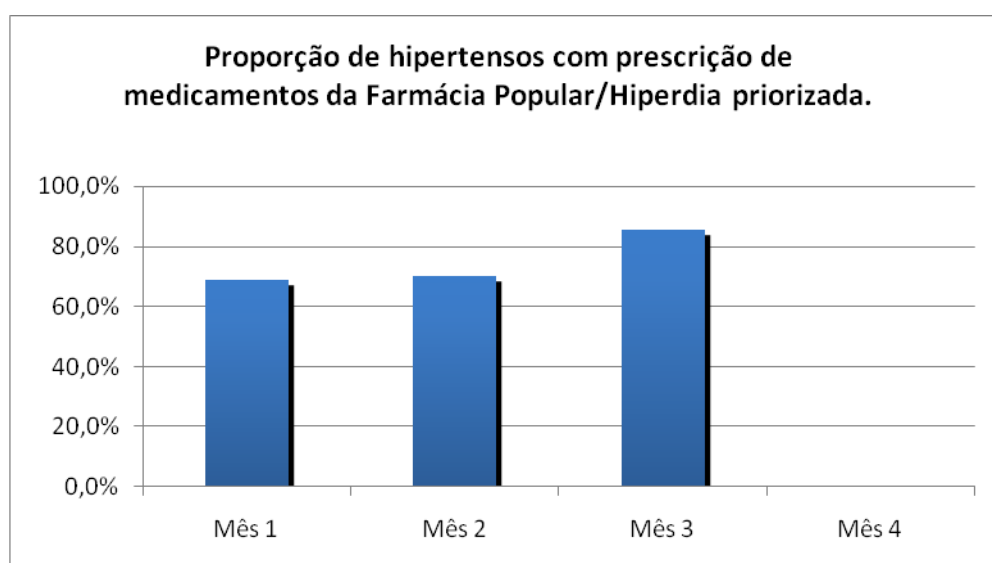


Gráfico 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Ao terminar os primeiros dos meses da intervenção o comportamento de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /hiperdia era o seguinte, tínhamos 27(60%) de 47 cadastrados, com prescrição no segundo mês 34(59%) de 59 cadastros. Ao terminar dos terceiro mês de 63 diabéticos cadastrados 50 (82%) estavam realizando o seu tratamento regular com medicação adquirida na Farmácia Popular (Gráfico 8). Ainda que a equipe tenha debatido em reuniões a situação, realizado monitoramento das medicações prescritas através da ficha espelho e envolvido a gestão tanto da UBS com o do município, não foi possível alcançarmos a meta para este indicador, entretanto o trabalho continua para melhorar este resultado, que mesmo tendo sido bom ficou abaixo da meta estipulada. O fato que alguns pacientes realizam tratamento com especialistas e a medicação prescrita por estes não fazem parte dos medicamentos da FP ajuda a seu não cumprimento.

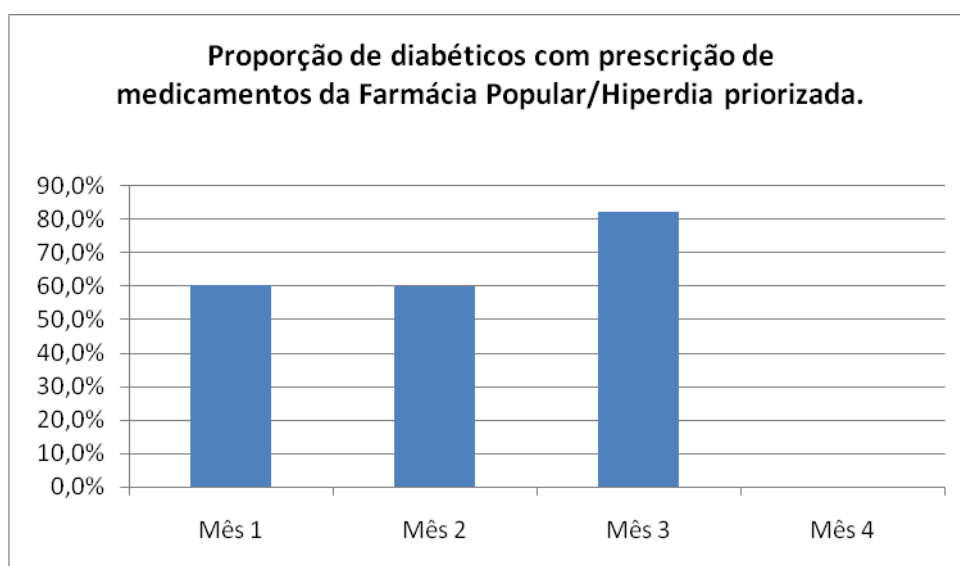


Gráfico 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

A avaliação odontológica para a população hipertensa envolvida na intervenção foi realizada com dificuldades. Além de nossa Equipe de Saúde

Bucal/ESB ser deslocada para atender em outra unidade duas vezes por semana tivemos algumas falhas no serviço que conseguimos superar. O indicador se comportou em forma crescente (Gráfico 9). No primeiro mês foram avaliados 148 (78%) de 190 cadastros, no segundo 201(85%) de 225 cadastrados e no terceiro foram avaliados 243(100%). O trabalho educativo sobre a importância de manter uma correta saúde bucal foi realizado por todos os integrantes da equipe em visitas domiciliares, salas de esperas, escolas, centros de trabalho e consultas medicas e da enfermeira, assim como o trabalho organizado e competente do odontólogo facilitaram o bom resultado atingido.

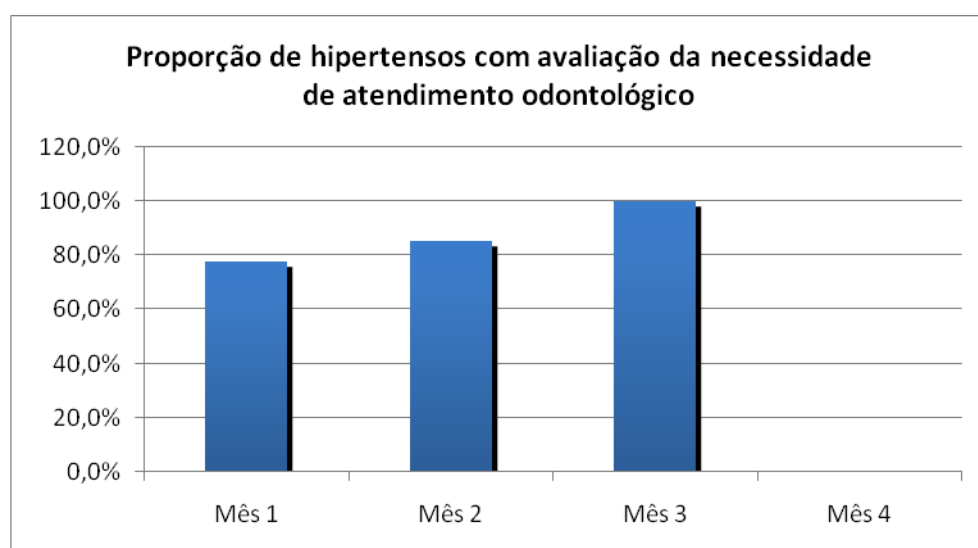


Gráfico 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês 44(94%) de 47 cadastrados estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no segundo mês 56(95 %) de 57 cadastros, e finalizou a intervenção com 63(100%) diabéticos avaliados. (Gráfico 10). A população diabética participante de nossa intervenção teve sua avaliação

odontológica priorizada desde o início, sendo este grupo de usuários de alta vulnerabilidade a infecções da cavidade oral, realizamos estratégias como a visita domiciliar por parte da ESB àqueles usuários diabéticos com incapacidades temporárias ou definitivas. A médica e a enfermeira envolveram o odontólogo para dar atendimento a estes pacientes no mesmo horário das consultas destes grupos e as atividades educativas nos mesmos momentos em que eram realizadas aos usuários hipertensos.

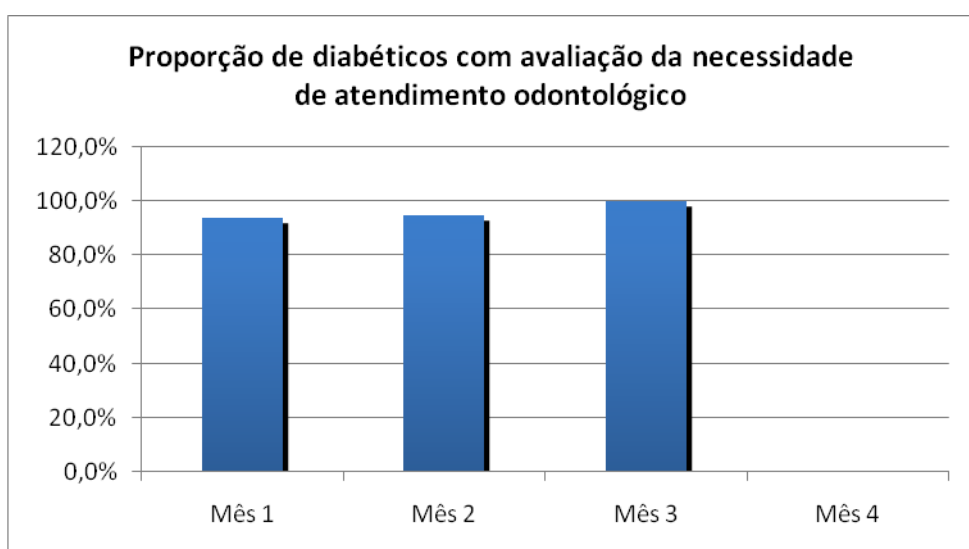


Gráfico 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

No primeiro mês de 50 faltosos 36 (72%) foram resgatados, no segundo mês de 66, faltosos 57(86 %) compareceram a consulta e no final do terceiro mês se conseguiu que 85(100%) dos usuários hipertensos faltosos ao programa retornassem (Gráfico 11). Buscar a totalidade de pacientes que se encontravam faltosos às consultas para alcançar o previsto na meta foi uma ação desenvolvida principalmente pelos agentes comunitários de saúde que visitaram as casas de todos os usuários faltosos e conseguiram que estes comparecessem às consultas. A divulgação da intervenção

por diferentes meios, assim como o apoio de alguns líderes da comunidade ajudaram para que não ficasse nenhum usuário faltoso e sem acompanhamento.

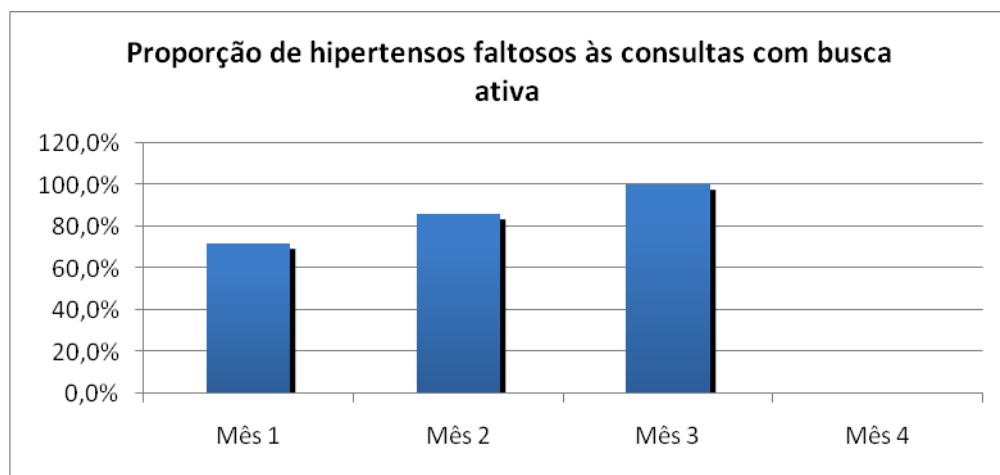


Gráfico 11. Proporção de usuários hipertensos faltosos as consultas com busca na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte:

Planilha Coleta de dados, 2015

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

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

No gráfico 12 pode-se observar que no primeiro mês de 7 faltosos 5(72%) compareceram a nossos atendimentos, no segundo mês 6 usuários faltosos (75%) foram atendidos e ao terminar do terceiro mês todos os faltosos tinham sido buscados alcançando a meta de 100% para este indicador. Como com o grupo de usuários hipertensos também o trabalho de divulgação na sala de espera, através da rádio local; e das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários dirigidas a resgatar a assistência da totalidade dos usuários diabéticos previstos. As ações foram desenvolvidas ao longo dos três meses e conseguimos alcançar o resultado esperado.



Gráfico 12. Proporção de usuários diabéticos faltosos as consultas com busca na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

Objetivo. Melhorar o registro das informações.

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

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

Inicialmente 76 (40%) dos 190 cadastrados no primeiro mês tinham um registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês de 225, cadastrados 161(72%) já estavam com o registro adequado e para finalizar a intervenção 243(100%) dos usuários hipertensos envolvidos em nosso trabalho estavam com os registros preenchidos adequadamente (Gráfico 13). Na primeira semana da intervenção foi organizado um arquivo na sala de triagem para viabilizar o acesso aos prontuários dos usuários envolvidos na intervenção, se capacitou a equipe e começamos a trabalhar com a ficha espelho, registrando nesta todos os dados relatados pelos usuários e seus prontuários, a médica e a enfermeira, semanalmente, revisavam estes registros. As informações eram repassadas para a Equipe discutíamos sobre os indicadores mais fracos que se devia trabalhar de forma mais intensa. A atualização da Planilha de coleta de dados era realizada por mim semanalmente. No longo da intervenção procuramos organizar as informações até se alcançar 100% dos registros.

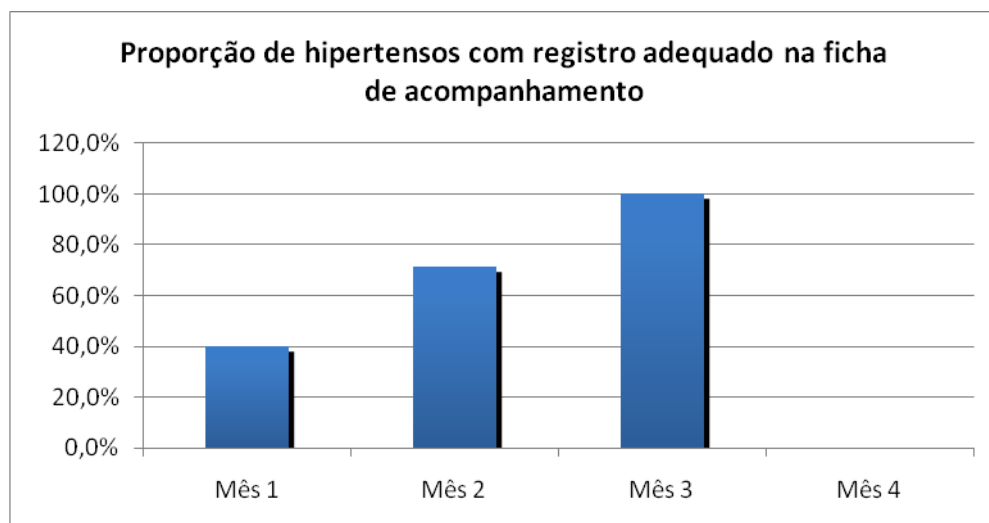


Gráfico 13. Proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

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

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

No primeiro mês de 47 cadastrados 26 (55%) tiveram seu registro adequado, no segundo mês de 59 cadastrados 47 (80%) tiveram seus dados registrados adequadamente e no terceiro 63 (100%) (Gráfico 14). Para os usuários diabéticos cadastrados na intervenção também tivemos a totalidade dos registros organizados, preenchidos e atualizados da mesma forma que para os usuários hipertensos. As ações foram desenvolvidas em conjunto para os dois grupos e o indicador tiveram comportamentos semelhantes.

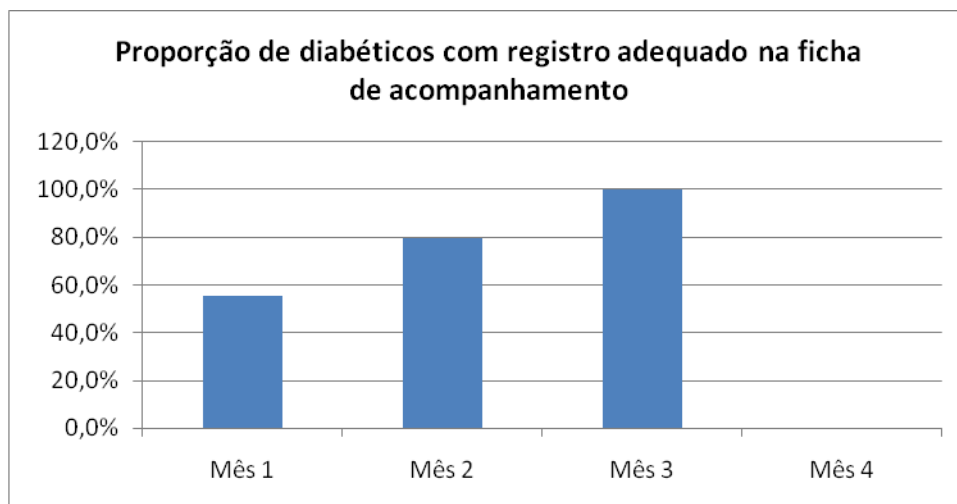


Gráfico 14. Proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

Objetivo. Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1.Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

No primeiro mês de 190 usuários cadastrados 113 (59%) estavam estratificação de risco realizadas, no segundo 182 (81%) de 225 cadastrados, terminando o terceiro mês com 243 (100%) usuários hipertensos com a realização do risco ao dia (Gráfico 15). Ao longo da intervenção foi realizado a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, dando acompanhamento diferenciado para eles, priorizando aqueles de maior risco. Esta ação foi desenvolvida por mim, médica, auxiliada pela enfermeira em cada consulta programada, após estratificado os de maior risco foram reavaliados em consulta agendada para a médica e alguns casos foram necessários encaminhados para consulta com o especialista em cardiologia.

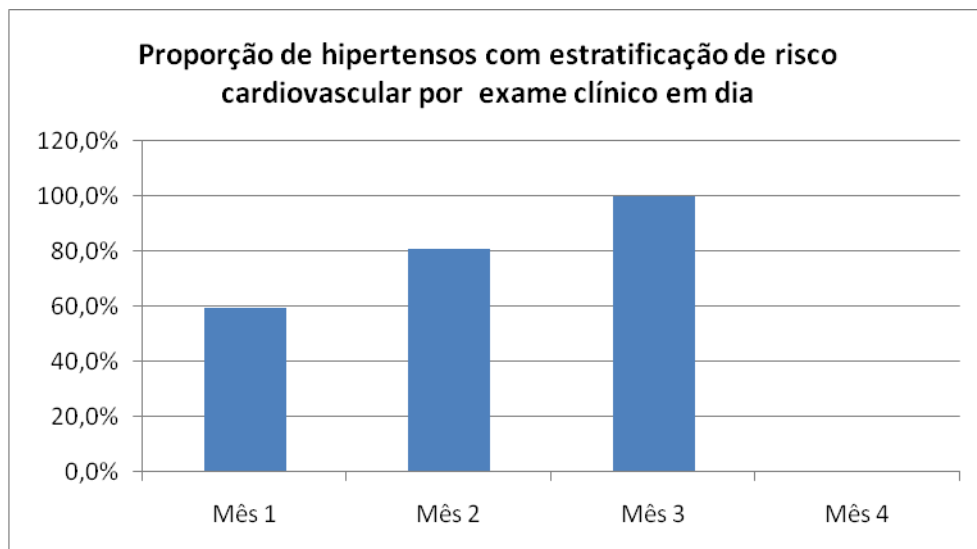


Gráfico 15. Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador 5.2. Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

O Gráfico 16 demonstra a evolução da estratificação do risco por meses. Inicialmente dos 47 cadastrados realizamos em 36(76%), no segundo de 59 cadastrados realizaram estratificação do risco em 52 (88%) ao finalizar da intervenção todos os 63 usuários diabéticos (100%) já tinham realizado a estratificados desde o ponto de vista cardiovascular.

Para os usuários diabéticos cadastrados em cada mês a estratificação de risco foi sendo realizando de acordo com a realização das consultas programadas para a médica e a enfermeira de equipe. Nestes atendimentos se identificaram os usuários de maior risco os que foram reavaliados antes de terminar a intervenção. Em alguns casos foi preciso realizar encaminhamentos para especialistas e informar a seus agentes de saúde o acompanhamento continuado a ter para estes usuários e em outros evolver ao NASF em seu seguimento.

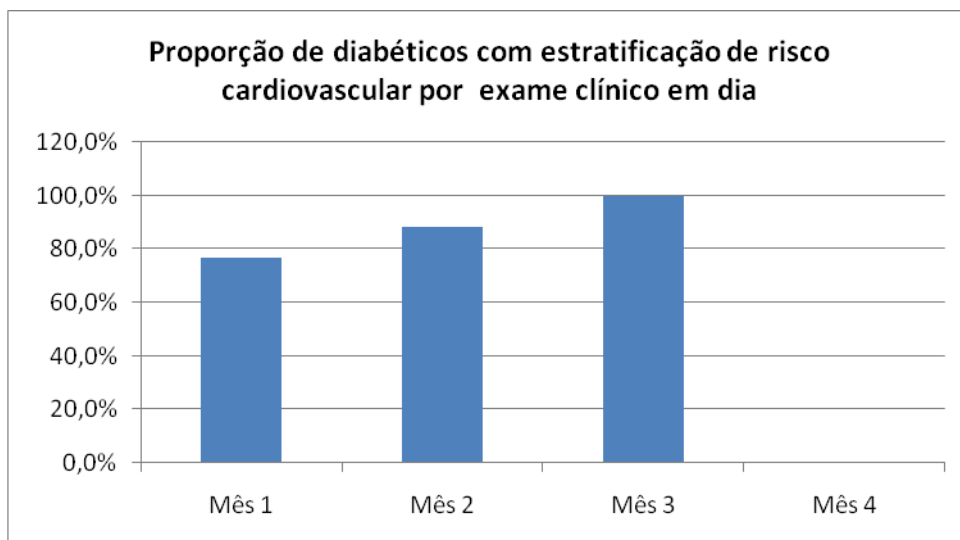


Gráfico 16. Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

Objetivo. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1. Proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional saudável

. Dos 190 cadastrados no primeiro mês 166 (87%) foram orientados em algumas das atividades antes mencionadas, no segundo de 225 cadastros 214 (88,1%) tiveram esta orientação e ao finalizar o 100%, o seja os 243 usuários hipertensos cadastrados foram orientados sobre uma nutrição saudável. (Gráfico 17). Inicialmente a equipe foi capacitada para realizar uma correta orientação nutricional sobre alimentação saudável a toda a população, especificamente sobre os usuários do programa de Hipertensão e diabetes. Com o desenvolvimento da intervenção ampliamos esta ações e foram desenvolvidas atividades de promoção de saúde também nas escolas, centros de trabalho, a na própria UBS aproveitando

as salas de espera e em outros espaços internos. Esta ações previa reorganização do grupo de pessoas com hipertensão e diabetes e com a participação do NASF. As visitas domiciliares e consultas agendadas também serviram para orientar sobre a importância de uma nutrição saudável como elemento fundamental no controle da doença

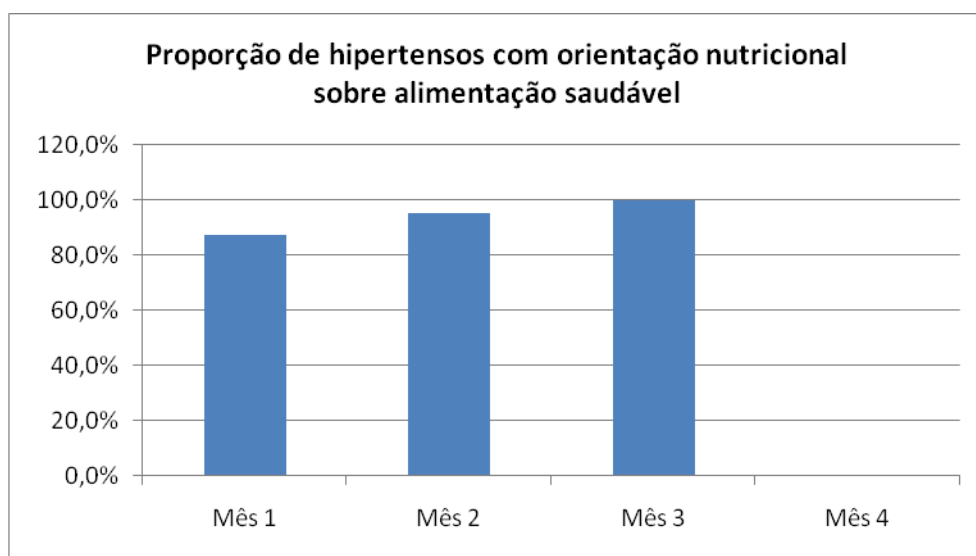


Gráfico 17. Proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador 6.2. Proporção de usuários diabéticos com orientação nutricional saudável

. No primeiro mês se obteve 43 (91%)dos usuários deste grupo orientados dos 47 cadastrados, no segundo um 55 (93%) de 59 cadastrados e ao finalizar a intervenção todos os usuários haviam recebido orientações nutricionais (Gráfico 18).Os usuários diabéticos participantes em nossa intervenção desde o primeiro mês tiveram uma boa orientação nutricional, feita nas consultas da médica e da enfermeira, nas visitas domiciliares por estes profissionais e os agentes comunitários de saúde, recebidas nas palestras e conversas individuais realizadas pelos membros da equipe e pelo NASF dentro e fora da unidade, além disso,

contamos com o apoio dos estudantes de medicina da UFRN com sede em nosso município e vinculados a nossa ESF

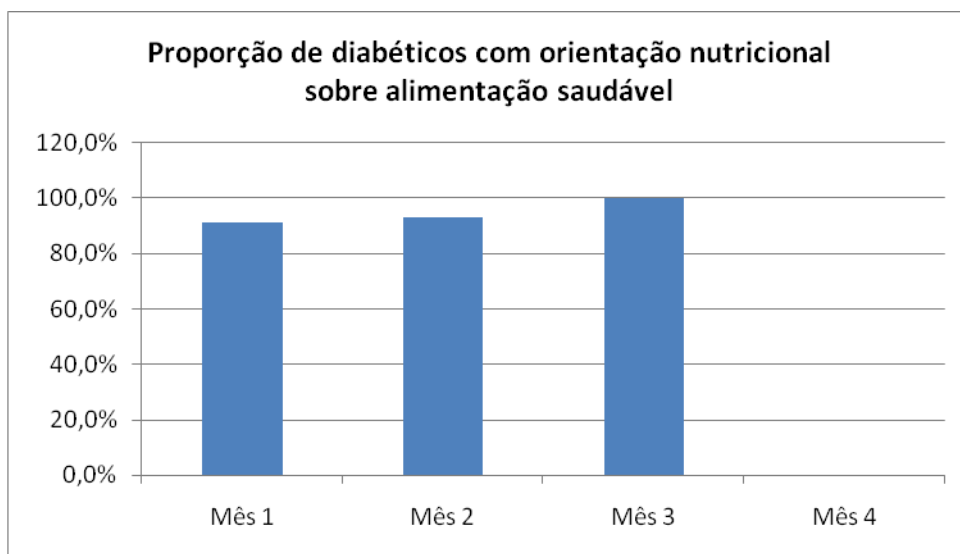


Gráfico 18. Proporção de usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Este indicador se comportou positivamente iniciando com 160 (88%) dos 190 cadastrados no primeiro mês, 212(94%) no segundo e ao finalizar a intervenção todos os 243 (100%) haviam recebido as orientações sobre a importância da prática de exercícios físicos regularmente (Gráfico 19).

Nossa Unidade Básica de Saúde tem o privilégio de contar com um professor de educação física vinculado a UBS três vezes por semana para a realização de exercícios físicos à população idosa, obesa, de grupos priorizados entre outros. As orientações feitas a o longo da intervenção serviram para incorporar um grande número de usuários pertencentes ao programa de hipertensão e diabetes a estes exercícios. O resto da população alvo que por diferentes razões não praticam este exercício foi orientada sobre a importância de realizar algum tipo de exercício de forma regular.

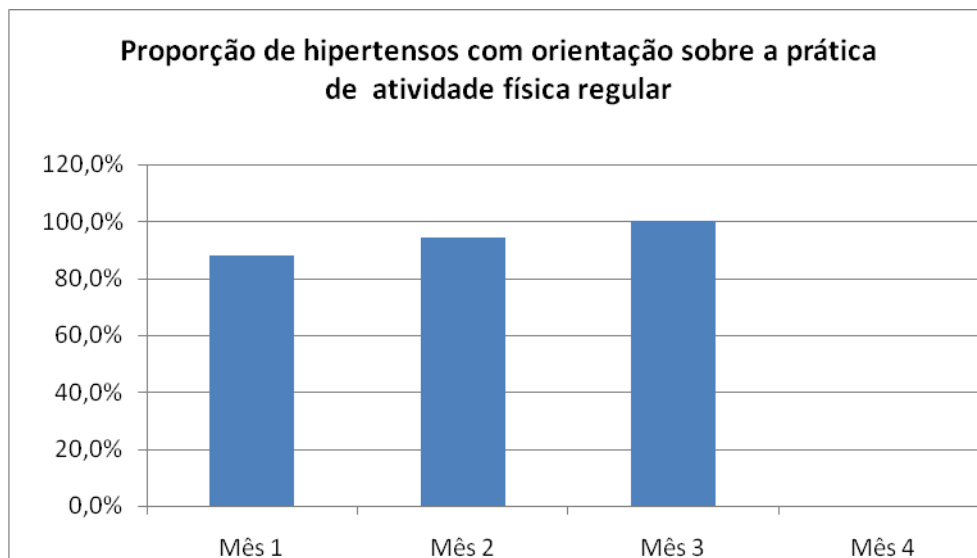


Gráfico 19. Proporção de usuários hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

Para orientar este grupo de usuários sobre a prática de atividades físicas de forma regular foram realizadas as mesmas ações que para os usuários hipertensos alcançando no primeiro mês 43 (91%) dos 47 cadastrados. No segundo de mês 59 (93%) foram orientados sobre este indicador, finalizando a intervenção com os 63 (100%) usuários diabéticos envolvidos orientados sobre à prática de exercícios físicos de forma regular (Gráfico 20).

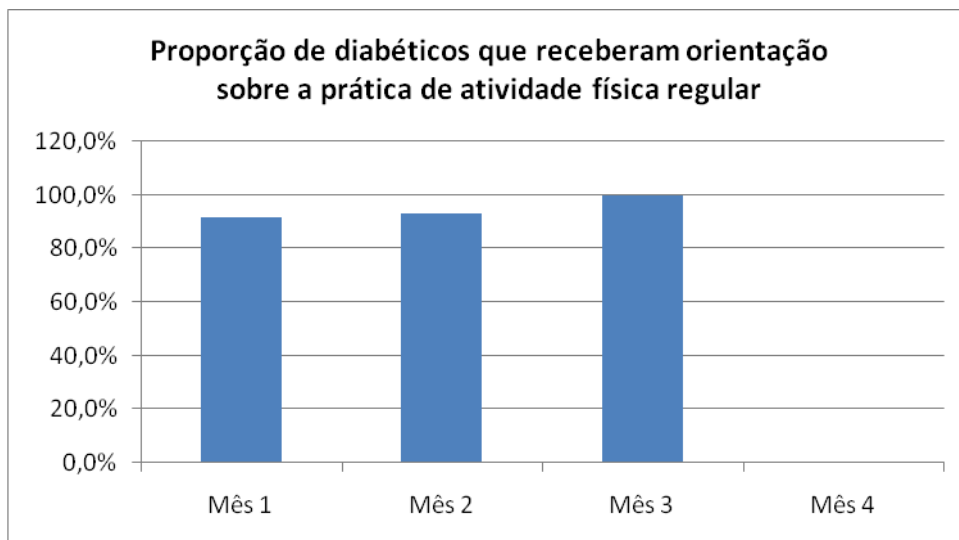


Gráfico 20. Proporção de usuários diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador 6.5. Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

A médica, enfermeira e odontólogo foram os profissionais da equipe encarregados de orientar os usuários hipertensos sobre o risco de tabagismo para a saúde. Nas consultas agendadas se abordou o tema, enfatizando que além das complicações para as doença crônica o tabagismo e fator de risco para lesões bucais, do aparelho respiratório, da pele entre outros. O Gráfico 21 demonstra o comportamento do indicador ao longo da intervenção. No primeiro mês 162 (85 %) da totalidade de usuários cadastrados receberam está orientação. No segundo mês de 225 cadastrados 214 (92%), receberam orientação e concluímos o terceiro mês com 100% dos usuários hipertensos orientados sobre os riscos do tabagismo.

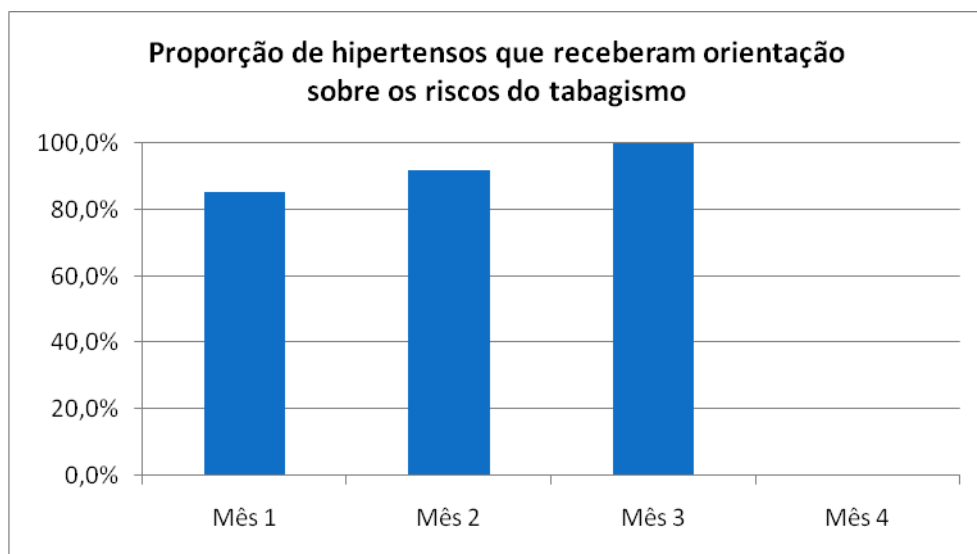


Gráfico 21. Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação os riscos do tabagismos na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

Indicador 6.6. Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre risco de tabagismo.

As ações e os profissionais da equipe que participaram na orientação sobre os riscos do tabagismo para este grupo foram as mesmas que para os usuários hipertensos. Ao finalizar a intervenção a totalidade dos usuários diabéticos envolvidos na intervenção tiveram esta orientação e acreditamos na repercussão sobre eles e sobre a população que não haviam recebido anteriormente estas informações de forma tão completa.

O gráfico 22 amostra a evolução deste indicador iniciando no primeiro mês com 42 (89%) usuários dos 47 cadastrados, no segundo mês 55(93%) e alcançando os 63 (100%) usuários diabéticos orientados sobre os riscos do tabagismo.

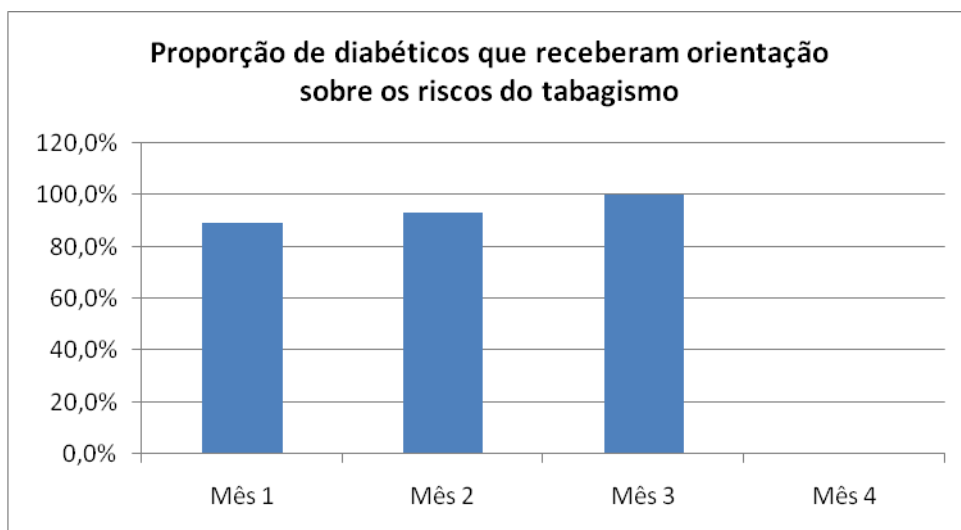


Gráfico 22. Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação os riscos do tabagismo na UBS. Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

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

Indicador 6.7. Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês se orientou sobre este tema 79% dos usuários cadastrados, no segundo 91% e ao finalizar se alcanço 100% dos usuários hipertensos orientados sobre uma correta saúde bucal (Gráfico 23).

As orientações foram realizadas pelo odontólogo que realizou ações educativa com a finalidade de orientar sobre uma correta higiene bucal aproveitando os horários das consultas para orientar este grupo de usuários; realizou palestras nas salas de espera e realizou visitas domiciliares acompanhado pelos agentes comunitários de saúde. A médica e a enfermeira em suas consultas programadas para este grupo populacional e como orientações gerais também abordaram este tema. Na sala de espera e nas consultas dos profissionais da equipe existem folhetos para orientar sobre a importância da higiene bucal.

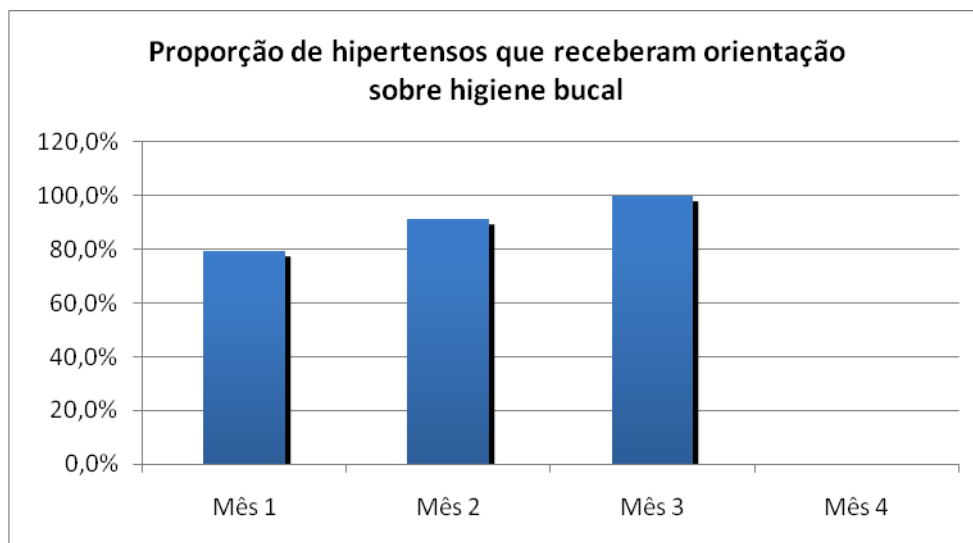


Gráfico 23. Proporção de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS. Castelo Branco do Município Caicó Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

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

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

No primeiro mês dos 47 cadastrados 42(89%), receberam orientação, no segundo de 59 cadastrados 55 (93%) receberam, até alcançar como resultado final a totalidade dos usuários diabéticos 63 (100%) (Gráfico 24).

Este grupo foi priorizado para os atendimentos odontológico, tivemos que desenvolver ações ao longo dos três meses para lograr este resultado. Os agente comunitários de saúde deram acompanhamento diferenciado para eles desde o domicilio, O odontólogo além de realizar conversa, palestras e visitas domiciliares; estendeu em seu horário de consulta uma vez por semana no horário noturno

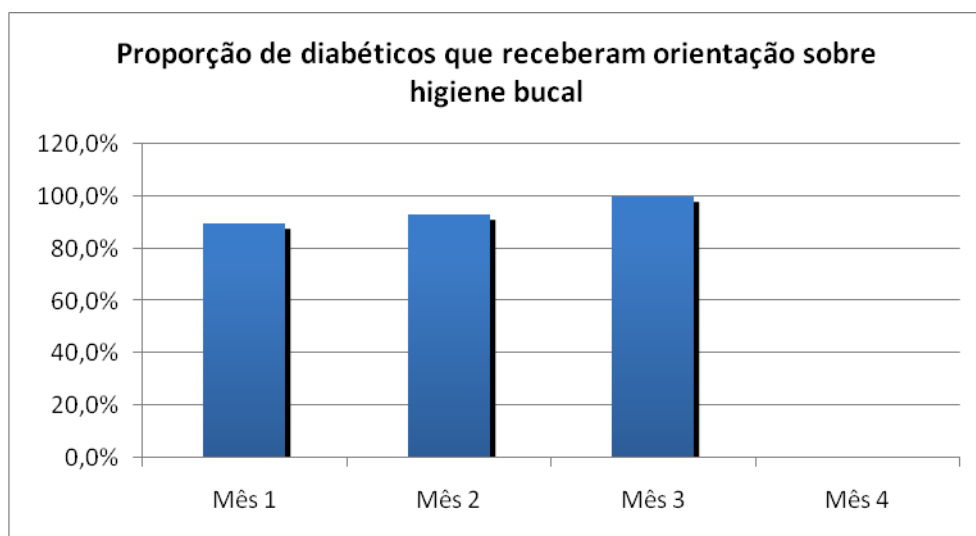


Gráfico 24. Proporção de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Castelo Branco do Município Caicó. Rio Grande do Norte.

Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da população diabética e hipertensa da área de abrangência da ESF Castelo Branco do município Caicó foi realizada durante três meses (Janeiro, Fevereiro e Março). Deixou resultados positivos para o serviço, a população e para a Equipe. Após apresentar o resultado de cada indicador avaliado discutiremos um pouco sobre os benefícios, dificuldades e formas de avançar para incorporar a intervenção à rotina do Serviço e formas para manter e aperfeiçoar ainda mais a intervenção.

A ampliação da cobertura da intervenção para os usuários hipertensos e diabéticos até chegar a meta proposta, foi uma das principais conquistas alcançadas com a nossa intervenção, o trabalho foi realizado sem deixar de realizar as demais tarefas rotineiras da UBS, dando seguimento a outros programas priorizados, tivemos neste período que combater doenças virais como a dengue, Chikungunya, Síndrome exantemática(Zika), Infecções respiratórias e digestivas entre outras que se apresentaram neste período.

Para que a intervenção fosse posta em prática, a equipe recebeu várias capacitações, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde tendo como referência os protocolos de atendimento para a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, o que serviu para lembrar e atualizar os conhecimentos sobre o

rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado com os profissionais que desde a recepção até a consulta médica e da enfermeira puderam se capacitar, isto favoreceu a distribuição de tarefas e diminuir a sobrecarga que existia na consulta médica e envolveu cada um para desempenhar seu papel. A classificação de risco realizada ajudou a melhorar o acolhimento deste grupo de pacientes recebendo um acompanhamento de qualidade e de acordo com a sua situação de saúde. Ao final foram favorecidas outras ações programáticas do serviço propiciando cumprir com as atribuições de cada membro da equipe garantindo a atenção de qualidade a um maior número de pessoas. A melhoria na qualificação dos atendimentos com a realização de um exame clínico completo e a estratificação do risco para todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados foi muito importante e deixou uma grande experiência para nosso trabalho.

A melhoria dos registros foi muito proveitosa, a organização dos registros, o fato de ter um espaço definido na UBS para eles e a responsabilidade dos profissionais para continuar fazendo o controle destes. O fato de organizar o serviço para estes grupos priorizados e a equipe também ter definido cada ação a realizar viabilizou a otimização da agenda para demanda espontânea, evitando insatisfações da população e uma maior resolutividade. No caso dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área tem sido atendidos durante esta etapa priorizando os de maior risco, método que pretendemos dar continuidade.

A intervenção foi muito importante para os usuários diabéticos e hipertensos, ou com fatores de risco para desencadear estas doenças e para aqueles com incapacidades temporais ou permanentes produto de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Sendo estes usuários os mais acompanhados em consultas programadas e visitas domiciliares durante o período da intervenção, além de receber atenção qualificada pelo NASF nos casos que precisassem. O restante da comunidade também tem sido favorecida, embora as vezes estas mudanças sejam mais difíceis se serem percebidas, mais a melhor organização dos atendimentos tem propiciado uma ordem de prioridade, atenção esmerada e de forma geral melhor atenção da saúde de nossa comunidade. O cumprimento das metas em 100% na maioria demonstrou que a população alvo teve um grande benefício com as ações desenvolvidas. A integração da equipe possibilitou a realização de atividades grupais, palestras e conversa dentro e fora da UBS aportando conhecimentos e

debatendo temas como alimentação saudável, importância da realização de atividade física regularmente, importância de uma correta higiene bucal, danos do tabagismo, entre outros. Estas atividades foram muito bem recebidas pela comunidade e deixaram a ideia de como levar estilos de vida saudáveis.

A pesar de ter aumentado a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos ainda temos muitos sem cadastrar. A participação comunitária que desde o início da intervenção foi conquistada ajudou no desenvolvimento do projeto, mais poderia ter sido maior se desde a análise situacional a população tivesse tido conhecimento da intervenção a serem realizadas, quais as ações planejadas e os resultados esperados. Isto contribuiriam para maior divulgação do projeto e maior conscientização das pessoas.

Nestes momentos que estamos finalizando o projeto, pode-se perceber a integração da equipe, onde cada membro tem seu papel bem definido, se percebe o engajamento de todos nas atividades realizadas com o comprometimento para o sucesso de cada ação a desenvolver. Os agentes Comunitários de Saúde jogaram um papel fundamental mais o resto cada um com sua função foram aportando iniciativas, conhecimentos e isto unido a vontade da comunidade de participar das atividades, o crescimento do grupo de pessoas com hipertensão e diabetes, a vinculação direta com o NASF, a melhoria na gestão com novas ideias para tentar garantir a medicação e outros recursos necessários para o acompanhamento e controle adequado dos usuários hipertensos e diabéticos; porém continuaremos intervindo sobre estas pessoas na rotina do serviço até conseguirmos superar os obstáculos ainda existentes para garantir a saúde destes usuários e da comunidade da nossa área.

Continuaremos investindo na ampliação de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos para chegarmos a 100% de cobertura em todas as metas. Retomaremos as atividades educativas para manter hábitos e estilos de vida saudável, e manteremos um estreito vínculo com a gestão até conseguirmos melhoras referentes à medicação e aos exames laboratoriais para este grupo de usuários. Tomando este projeto como exemplo, pretendemos realizar o mesmo no programa de Atenção Pré-natal.

5 Relatório da intervenção para gestores

Doenças como a hipertensão arterial sistêmica(HAS) e a diabetes mellitus são problemas de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular.

A intervenção realizada por nossa estratégia de saúde da família por um período de doze semanas teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Castelo Branco do município Caicó/RN. No transcurso e desde inícios de nosso projeto envolvemos a gestão quem garantiu matérias necessários para a impressão de protocolos, fichas espelhos, cartéis informativos entre outras.

Nas primeiras semanas divulgamos como ia ser desenvolvido o projeto, para elo tivemos o apoio de todos os integrantes da equipe que antes receberam capacitações e treinamentos para participar na atividade. A rádio local e os líderes informais da comunidade também colaboraram na divulgação e no comprometimento dos usuários com fatores de riscos e faltosos a consultas para formar parte da intervenção.

No transcurso da intervenção os acolhimentos e atendimentos de todos os usuários hipertensos e diabéticos foram realizados de acordo ao protocolo o que facilito os cadastros, acompanhamentos de qualidade realizando um exame clínico adequado, indicação e avaliação de exames. Avaliamos os usuários da população alvo com prescrição de medicamentos da farmácia popular, a necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular e orientações sobre modos e estilos de vida saudável enfatizando em a importância da pratica regular de atividade física, orientações sobre higiene bucal e riscos do tabaquismo.

Minha área de abrangência tem uma estimativa de 458 usuários de 20 anos o mais de hipertensão arterial, o número total de usuários hipertensos residentes na área segundo o cadastro do SIAB e de 285. Ao iniciar a intervenção tinha registrados 158 usuários com acompanhamento pela UBS, logrando no primeiro mês cadastrar 190 usuários hipertensos (67%); 214 em o segundo para um 79%; até conseguir alcançar a meta de um 85% no terceiro mês com um total de 243 usuários

hipertensos cadastrados. Nos usuários diabéticos temos uma estimativa seguem o total de população de 113 pessoas, pelos registros existentes na UBS 78 residem em nossa área. Nossa meta foi cadastrar 80% destes no programa. No primeiro mês foram cadastrados 47 (60%), no segundo 59 (76%) e no terceiro 63 (81%). O cadastramento foi evoluindo crescentemente e alcançando a meta como se esperava.

Para organizar o trabalho com este grupo de usuários em nossa unidade foi necessário aproveitar os espaços das salas de espera para informar a população sobre a intervenção e a nova rotina de atendimentos na que sem deixar de atender outros programas priorizados e a demanda espontânea; tomaríamos estratégias para viabilizar a atenção priorizada para usuários hipertensos e diabéticos. A criação e funcionamento do grupo de HIPERDIA com o apoio do NASF e os estudantes de medicina da UFRN com seu cede em nosso município, foi um passo de avance para a realização de atividades educativas, a troca de experiências e a melhoria dos indicadores avaliados até lograr num alto porcentual o objetivo proposto.

Durante este período de trabalho se nos apresentaram obstáculos e desafios na nossa caminhada, alguns foram resolvidos na sua totalidade o que influi-o positivamente no bom resultados, outros persistem embora ter realizado várias tentativas para sua resolutividade. Problemas com a realização de exames complementários em dia de acordo ao protocolo, encaminhamentos demorados para avaliação especializada e irregularidades com a existência de medicamentos de uso continuo na farmácia da unidade e a popular para o controle destas doenças crônicas são aspectos já discutidos, de conhecimento dos gestores para os que temos que seguir buscando alternativas de soluções.

Agora que podemos palpar os resultados e que o trabalho está muito melhor organizado, além de continuar intervindo sobre este programa para manter o alcançado e lutar para melhorar a saúde da totalidade dos usuários que sofrem estas doenças; incorporaremos outras intervenções sobre outras ações programáticas até lograr intervir sobre a maioria da população, proporcionando saúde e qualidade de vida.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na UBS na qual atuo e a que vocês pertencem existem doenças crônicas não transmissíveis que se apresentam em um elevado número de usuários. Neste caso encontram-se a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Estas doenças precisam uma avaliação de forma contínua, um acompanhamento regular e um adequado controle dos fatores de risco para elas, assim como um correto tratamento de incapacidades causados por complicações que podem aparecer de ter um mal manejo.

Ao realizar a análise situacional de nossa área detectamos que existia usuários que sofrem estas doenças sim cadastrar, outros faltosos a consultas e de forma geral um deficiente trabalho nesta ação programática. Para reverter esta situação elaboramos o projeto de intervenção já conhecidos por vocês e que tive como objetivo principal melhorar da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Castelo Branco do município Caicó/RN.

Nos início se realizou a divulgação do projeto aproveitando cada consulta, visita domiciliar, salas de espera, médios de difusão ext., a equipe de saúde foi capacitada e, tendo como base o protocolo do ministério da saúde para estas doenças e como guia um cronograma de atividades, foram realizando-se ações e elevando a qualidade de vida deste grupo populacional.

Em vários momentos foi preciso desenhar estratégias, alterar um pouco o ritmo habitual e buscar alternativas para levar o atendimento da demanda espontânea crescente neste período por aparição de viroses; acompanhar outras ações programáticas e desenvolver nossa intervenção. O acolhimento cuidadoso e pôr a equipe toda foi a base para que todo dera certo e ainda existindo algum usuário desgostado por esta causa logramos finalmente o entendimento da população.

Com o desarrrollo da intervenção durante doze semanas alcançamos cadastrar um 85% de usuários hipertensos e um 80 % de diabéticos atingindo a meta tal e como timos proposto. Houve grande melhoria nos registros, nós agendamentos programados, atendimentos odontológicas para usuários hipertensos e diabéticos, na qualidade das consultas com um correto exame clinico, na estratificação do risco, a traves das atividades educativas coletivas realizadas dentro e fora da unidade foram debatidos temas importantes como alimentação

saudável, danos dos hábitos tóxicos, importância de realizar atividade física de forma regular em fim levar estilos de vida saudáveis.

Desde início de nossa intervenção envolvemos a gestão a qual colaboro em cada momento que foi chamada, ainda assim existem algumas dificuldades relacionadas com o abastecimento de medicamentos, restrição de vagas para a realização de exames complementares e a demora dos encaminhamentos para especialistas. Esta problemática foi encaminhada para a gestão municipal quem já realizou várias tentativas para sua solução e continua trabalhando nesse sentido.

A comunidade participa de forma ativa em nossa intervenção; aliás as pessoas com diabetes e hipertensão aumentam sua responsabilidade com suas doenças e inserem-se no projeto; o resto da população se mostra engajada e mostra parceria com as diferentes atividades desenvolvidas, ajudando na divulgação, resgate de usuários faltosos, o que logro modificar modos e estilos de vidas para o melhor controle destas doenças.

Tendo como base os resultados alcançados com este projeto e contando com uma estratégia da saúde da família organizada com toda uma equipe de trabalho vamos continuar o já iniciado. Nosso objetivo agora é continuar trabalhando com usuários hipertensos e diabéticos, continuar atendendo a demanda espontânea e de outros programas e começar uma nova intervenção para melhorar de forma geral a saúde de a totalidade da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Refletindo sobre meu processo pessoal de aprendizagem no desenvolvimento do curso e em relação as minhas expectativas iniciais e o significado deste para a prática profissional posso iniciar afirmando que tem sido de muito valor na inserção dos diferentes programas que encontravam-se debilitados na rotina de nossa Unidade Básica de Saúde. Apesar da UBS nos parecer inicialmente adequada apresentava algumas barreiras arquitetônicas que graças ao curso foram identificadas e com a ajuda da gestão solucionadas. O trabalho em equipe foi sendo reforçando e na atualidade estamos muito mais unidos, a equipe está mais responsável e trabalha priorizando a promoção e prevenção de saúde sem deixar de atender as doenças agudas e crônicas assim como acompanhar incapacidades de nossa área. De forma geral posso dizer que meus conhecimentos sobre atenção básica, engajamento público e envolvimento dos diferentes níveis de gestão foram enriquecidos nesta etapa, isto favoreceu a melhoria na atenção da população e melhorar indicadores de saúde.

O acompanhamento por minhas orientadoras e o apoio pedagógico foi de uma grande ajuda desde o início do curso, pois compartilharam seus conhecimentos sobre atenção básica e ajudaram a melhorar o idioma português. A organização dos diferentes espaços para interagir com os orientadores e colegas do curso também serviu como guia e apoio para o desenvolvimento das diferentes atividades.

Agora que com a participação de minha equipe fui capaz de desenvolver meu projeto, intervir sobre um grupo populacional com doenças crônicas que podem levar a aparição de incapacidades, e conseguir melhorar indicadores de saúde, agradeço a este espaço de aprendizagem e a todos os que nele participaram, e mantenho o compromisso de manter minha dedicação a atender a população que de min necessite e continuar enriquecendo meus conhecimentos na prática diária e com a evolução e desenvolvimento do SUS.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/doc/miolo2002.pdf>. Acesso em 30 jul 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun.2006.

Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Cien Saúde Colet* 2004; 9(4): 931-43.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* 2006; 15(1): 47 - 65.

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Planilha de coleta de dados

PLANILHA DE COLETA DE DADOS 12 MARTHA CONCEPCION PUIOL LUNA. (Modo de Exibição Protegido) - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

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

S74 O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame oftálmico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista da Hipótese ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a aplicação de insulina regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre a higiene bucal?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	Terezinha Oliveira de Medeiros	81	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
2	Jose Benedito de Medeiros	83	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
3	Adesilva Araujo	97	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
4	Joselino de Araujo	32	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
5	Cláudia de Fernandez de Souza	76	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
6	Andre Kato Duarte da Silva	26	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
7	Rita de Oliveira Lucena	63	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Hilma Lopes de Medeiros	63	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
9	Maria Silva de Araujo	68	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
10	João Bozoo de Medeiros	52	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
11	Betania Batista	47	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
12	Maria Santana da Silva	52	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
13	Jose Ricardo de Medeiros	64	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
14	Ediana da Silva Souza	33	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
15	Nilca Araujo de Oliveira	81	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Rita de Cassia Medeiros	50	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
17	Francisca Pedro de Fonseca	65	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0
18	Alaizio Azevedo de Goias	60	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
19	Ana Maria Xavier	44	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	Maria dos Dolores Prosseres Medeiros	49	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0
21	Maria Pereira de C Medeiros	44	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Francoisaldo Santana de Souza	62	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
23	Whesterlandia K de Araujo	39	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1

Pronto

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