

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/RN**

Angel Alfredo Leyva Rodríguez

Pelotas, 2015

Angel Alfredo Leyva Rodríguez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/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: Fernanda dos Reis Souza

Co-orientador: Gimerson Erick Ferreira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696m Rodriguez, Angel Alfredo Leyva

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/RN / Angel Alfredo Leyva Rodriguez; Fernanda dos Reis Souza, orientador(a); Gimersom Erick Ferreira, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Souza, Fernanda dos Reis, orient. II. Ferreira, Gimersom Erick, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para meus três filhos, minha mãe, e minha noiva que me apoiou incondicionalmente durante este longo processo.

Agradecimentos

Um agradecimento especial para todos meus colegas e orientadores do curso, que me ajudaram muito na realização do Projeto de Intervenção.

Resumo

RODRÍGUEZ, Angel Alfredo Leyva. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/RN.** 2015. 78f. 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 Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis prevalente na população mundial. No mundo, um terço da população aproximadamente apresenta estas doenças que podem provocar complicações severas e até a morte, quando não são orientados e tratados adequadamente. No Brasil a prevalência da hipertensão está ao redor de 32%, com maior número acima dos 60 anos e a diabetes, com 4,6% segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A minha Unidade Básica de Saúde (UBS), Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/RJ, também apresenta índices elevados com relação a estas doenças e por isso a minha equipe fez este trabalho, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes. Na minha área tem um total de 4.580 usuários cadastrados, 2.800 de sexo masculino e 1.780 de sexo feminino, deles 746 hipertensos e 180 diabéticos. Considerando a relevância desses agravos, pois tem alta incidência e muitos comprometimentos secundários, a equipe decidiu realizar uma intervenção em saúde no período de três meses. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37. Com a intervenção, conseguimos melhorar em todos os aspectos, mas os melhores resultados estiveram concentrados nos seguintes indicadores: proporção na busca ativa dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com atrasos nas consultas, proporção dos usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientações sobre risco do tabagismo e higiene bucal dos usuários. Estes indicadores atingiram 100% alcançados tanto nos hipertensos quanto diabéticos. A intervenção para a comunidade foi ótima, pois muitos usuários aprimoraram os conhecimentos sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das suas doenças, conheceram os direitos em relação à atualização dos seus registros de saúde. O vínculo entre profissionais, usuários e família foi maior. A UBS organizou os diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como melhorou a qualidade do acolhimento para a atenção.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico – Relação do total de usuários na faixa etária de 1 a maior de 60 anos, cadastrados na UBS, Joaquim Saldanha.	
Figura 2	Gráfico - Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, cadastradas na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.	47
Figura 3	Gráfico - Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, cadastradas na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha.	48
Figura 4	Gráfico - Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, com exame clínico em dia na EFS-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.	49
Figura 5	Gráfico - Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, com exame clínico em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.	50
Figura 6	Gráfico - Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, com exames complementares em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.	51
Figura 7	Gráfico - Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, com exames complementares em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.	52
Figura 8	Gráfico - Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015.	53
Figura 9	Gráfico - Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015	54
Figura 10	Gráfico - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015.	55
Figura 11	Gráfico - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF-2. UBS Joaquim Saldanha, 2015.	58
Figura 12	Gráfico - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF-2. UBS Joaquim Saldanha, 2015.	59
Figura 13	Gráfico - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF-2. UBS Joaquim Saldanha, 2015.	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS - Agente comunitário da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DST - Doença Sexualmente transmissíveis

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PMM- Programa Mais Médicos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	37
2.3.4 Cronograma	Erro! Indicador não definido.
3 Relatório da Intervenção	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	45
4 Avaliação da intervenção	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	71
Referências	73
Apêndices	Erro! Indicador não definido.
Anexos	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a qualificar a saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Dr. Joaquim Saldanha, Mossoró/RN. O trabalho está dividido em capítulos, complementares na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional onde se realiza uma descrição do município a organização e a estrutura da saúde no mesmo, assim como a estrutura da unidade básica de saúde, da organização do processo de trabalho na mesma, assim como os indicadores de qualidade e saúde da comunidade.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Descreve-se o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Dr. Joaquim Saldanha. Apresentam os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Descreve-se como as ações da intervenção foram realizadas, analisando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresenta-se a análise e discussão dos resultados encontrados.

Capítulo 5 e 6 – Relatórios para os gestores e comunidade - Realiza-se um relato de como ocorreu à intervenção e seus principais resultados para os gestores e usuários da comunidade. Capítulo 6 - Relatórios da intervenção comunidade -

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – Aqui é apresentado à visão pessoal do autor sobre todo o que foi o processo de aprendizagem, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os conhecimentos obtidos no decorrer do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS. 31/10/2014

A Unidade Básica de Saúde é chamada Joaquim Saldanha, pertence ao estado Rio Grande do Norte, município Mossoró, vinculada pelo Sistema Único de Saúde e administrada pela Prefeitura Municipal. Esta Unidade foi construída para funcionar como UBS, mesmo assim não possui todos os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Esta UBS funciona há 10 anos e tem dois turnos de atendimento nos quais fornecemos uma atenção de qualidade a nossa população. Aos finais de semana não é oferecido atendimento, por isso orientamos a população que, em caso de ficar doente, devem ir para o hospital ou para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para receber atenção médico de urgência.

A UBS tem sua área geográfica de abrangência definida, isto ajuda a ter melhor conhecimento da situação de saúde de nossa população, tem o mapa da área atualizado, caracteriza-se por ser uma unidade de saúde da família. A última vez que foi feito o cadastro da população foi em 2013. Atualmente estamos trabalhando para atualizar esse cadastro já que ele é de muita ajuda para o conhecimento da situação de saúde atual de nossa população e vai ser uma ferramenta de muita ajuda para fazer a análise da situação de saúde. Até agora só foi cadastrado 65% da população pela existência de novo micro áreas, mais trabalharemos muito para tratar de cadastrar o 100% da população da área de abrangência.

Esta UBS tem três equipes de saúde, a minha com os seguintes integrantes: um médico, clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, oito agentes comunitários de saúde.

Na minha Unidade não existem condições estruturais precisas de espaço para o desempenho profissional nas diferentes áreas de trabalho; por exemplo, a recepção fica junto com a sala de espera, que aguardam as diferentes consultas, ou seja, médico enfermeira e dentista. A recepção é muito pequena para manter todos os usuários juntos, independente da consulta, portanto, fica difícil o trânsito de usuários e trabalhadores em dias de maior fluxo de pessoal, pois fica muito tumultuado. Adiciona-se também a dificuldade de não contar com banheiros que sejam de uso para usuários com necessidades especiais e com alguma limitação

física, não temos ventilador na sala de espera, isso às vezes contribui para a insatisfação dos usuários, porque as vezes o tempo de espera depende do tipo de consulta. Soma-se isto ao nível cultural de muitos usuários, que não conseguem falar em voz baixa, quase 30 pessoas aguardando para serem atendidas, fica difícil manter um bom estado de opinião da população mesmo quando a qualidade do atendimento seja ótima.

Não temos sala de esterilização, essa atividade é realizada dentro da sala de curativos armazenando o material na mesma sala de curativo numa vitrina, exceto o material do dentista que é guardado no consultório dele. A sala de prontuários cumpre com os requisitos mais faltam ainda estantes para organizar os prontuários agregados novos e a instalação futura do prontuário eletrônico. Temos sala de vacina mais tem pouca iluminação, não contamos com sala de reuniões, nem de sala para agentes comunitários de saúde sendo necessário aguardar até acabar o expediente para realizar outra atividade.

A sala de procedimentos e de nebulização forma parte do mesmo espaço, pouco iluminada e ventilada, o que às vezes proporciona a violação de medidas higiênico-sanitárias, conforme conhecemos e que são preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Resumindo, minha UBS não tem a estrutura apresentada no Manual, realmente isto provoca insatisfação da população, pois às vezes não podemos resolver todos seus problemas, e é por isso que ainda temos tantas queixas por parte dos usuários que nos visitam e merecem uma atenção de qualidade que começa pelo acolhimento em nossa unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Mossoró é um município que pertence ao estado Rio Grande do Norte, à distância de 285 Km da capital Natal, com uma superfície de 2.110 km² no nordeste do Brasil. Apresenta um total de 266.758 habitantes, limita ao Norte com Tibau e Grossos, ao Sul com Upanema e Governador Dix- Septo Rosado, à leste com Serra do Mel, e à oeste com Baraúnas. É um município muito quente e seco, com temperaturas acima dos 35 graus. O município Mossoró é o segundo município mais desenvolvido do estado. Os principais recursos naturais são o petróleo e a sal.

Atualmente, conta 45 UBS, tendo essas 64 equipes de saúde da família, com o Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialização Odontológica as quais não estão disponíveis para todo o município. Também existe um Hospital Geral chamado Tarcísio Maia, um Hospital da Mulher e a Casa de Saúde de Dix-Sept Rosado para o acompanhamento das grávidas, o ultimo por convênio com o Sistema Único de Saúde. Também conta com o Hospital Psiquiátrico São Camilo e o Hospital para tratamento de doenças contagiosas Rafael Fernandes, além um Centro de Pronto Atendimento, este último não satisfaz as necessidades da população pela falta de especialidades básicas.

A minha UBS está localizada no bairro Santo Antônio, e pertence à área urbana. A população é considerada 90 % pobre do ponto de vista da renda salarial, com um alto consumo de maconha, crack e anfetaminas. As principais causas de morte são: acidentes de transito, especificamente de motos; doenças cardiovasculares, câncer e intoxicações por drogas, tipicamente estas citadas anteriormente. O vinculo com o SUS é muito bom, todos os profissionais tentam cumprir com todas as orientações programadas, mas sabemos que ainda temos que trabalhar muito. Temos palestras programadas nas escolas, sobre os mais diversos temas de saúde, gravidez, Doenças de Transmissão Sexual (DTS), entre outras. O modelo da minha UBS é o modelo ESF e têm três equipes de saúde, sendo compostas por: três médicos, quatro SAME, três enfermeiras, três dentistas, três auxiliares de saúde bucal, 24 agentes comunitários de saúde, três auxiliares de serviços gerais, um diretor.

Temos cadastradas na UBS 3600 famílias, em geral são arredor de 190 famílias por agente comunitário de saúde.

Os principais programas trabalhados pela equipe são: Atenção pré-natal e puerpério, Saúde da criança, Programa de câncer de colo de útero, Programa de câncer de mama, Hipertensão Arterial, Diabetes, Saúde da pessoa idosa, Saúde bucal.

Falando sobre as deficiências da estrutura física da UBS, temos pela parte dos instrumentos ausência de negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, rinoscópio. A sala onde realizo consultas não tem mesa pra examinar os usuários, nem pia para lavagem de mãos, e muitas vezes não dispomos de luvas para examinar. Contudo, destacam-se aspectos positivos, como por exemplo, as equipes de odontologia dispõem de materiais e equipamentos em bom estado e funcionando perfeitamente,

temos uma sala de vacinas em boas condições, e o pessoal mantém-se trabalhando o tempo todo, bem como a sala de curativo que conta com uma enfermeira capacitada trabalhando.

As estratégias tomadas para contornar estas dificuldades e limitações estão focadas na melhora da qualidade da atenção aos usuários, buscando meios de dispor dos recursos necessários. Além disso, acho que o pessoal deve fazer mais reuniões para discutir estas dificuldades e pensar em estratégias e soluções no coletivo, assim como percebo a necessidade de desenvolver mais palestras educativas, fazer mais ações de promoção e prevenção na comunidade, envolvendo todos os profissionais da equipe.

Em relação às atribuições e às ações desenvolvidas pelos membros da equipe, destaca-se o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe e identificação de agravos como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, entre outros. Realizamos cuidado domiciliar aos usuários que precisarem, observando a condição de saúde de cada um. Também fazemos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis. Além disso, prestamos atendimentos às grávidas, Hipertensos, Diabéticos, Idosos, crianças e a toda a população que precisa de atenção médica. Apesar de tudo isso ainda tem muitas dificuldades, como por exemplo: os profissionais não participam nas atividades de gerenciamento dos insumos necessários para adequado funcionamento da UBS, não promovem a participação da comunidade no controle social, não identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Inter setoriais com a equipe. Os agentes comunitários não conhecem os grupos de risco e os fatores de risco clínico comportamentais, não existe o cadastramento certo da população. Portanto, não se realiza uma boa programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Além disso, não se realizam ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, sendo notável, portanto, a necessidade de maiores investimentos em ações gerenciais que vislumbrem a qualidade, planejamento e controle da atenção em saúde.

Na minha área tem um total de 4.580 usuários cadastrados, 2.800 de sexo masculino e 1.780 de sexo feminino e estão distribuídos da seguinte forma:

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
menor de 1 ano	27	20	47
1 a 4	87	93	180
5 a 9	333	282	615
10 a 14	323	263	586
15 a 19	244	266	510
20 a 39	677	481	1158
40 a 49	507	161	668
50 a 59	463	109	572
60 anos o mais	145	105	250
Total	2800	1780	4580

Fig.1 Relação do total de usuários na faixa etária de -1ano a +60 anos, cadastrados na UBS, Joaquim Saldanha.

Em relação à população da área adstrita, atualmente fazemos palestras das doenças mais frequentes: Infecções Respiratórias Agudas, Doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão, entre outras, quando fazemos visitas pelas comunidades. Acredito que tenho uma boa relação com minha equipe de trabalho, assim como com a população também, pois percebo que o processo de trabalho está melhorando diariamente, sendo notável uma maior organização da equipe com vistas à otimização das ações de acolhimento. Além dessa percepção, contamos com o apoio de uma enfermeira muito competente, com bastante experiência em saúde da família, o que facilita o desenvolvimento de ações efetivas e potencializa o trabalho em equipe.

Com relação ao atendimento à demanda espontânea, acredito que ainda podemos melhorar o acolhimento dos usuários, capacitando continuamente os trabalhadores da equipe, para que possamos junto qualificar nossas ações, mediante escuta ampliada, e reconhecimento dos riscos e vulnerabilidades para assim realizar as intervenções necessárias.

Minha UBS tem três equipes de trabalho, lidamos com a demanda espontânea trabalhando nos turnos da manhã e da tarde com as equipes dos médicos cubanos, e somente pela manhã com a equipe do medico brasileiro. Com

esta organização, atendemos todos os usuários, inclusive os que moram em outra parte do município e/ou não estão cadastrados que pertencem a qualquer das outras duas áreas. Também fazemos os devidos encaminhamentos dos usuários que não estão agendados e que apresentam alguma doença aguda que precise ser encaminhado para um nível de maior complexidade.

Temos cadastradas 47 crianças menores de um ano na UBS, para 70% do indicador de cobertura do SUS que é 67, as consultas de puericultura são organizadas pela enfermeira e pelo médico. Para a realização destas, os profissionais destinam um dia na semana para esse atendimento, geralmente a enfermeira faz a consulta pela manhã e o médico pela tarde.

As consultas das crianças são muito proveitosas, pois o médico e a enfermeira orientam a mãe sobre os cuidados que se deve ter com a criança, estes, em sua maioria, relacionados a evitar acidentes, orientações sobre aleitamento materno, sobre as vitaminas que a criança deve tomar para evitar a anemia, palestras sobre infecções respiratórias e doenças diarreicas, orientações sobre vacinação, entre outras coisas de importância para a saúde da criança.

A população tem ótimo conceito sobre o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde com as crianças, onde trabalhamos todos juntos, aderindo bem às ações propostas. Contudo, sabemos que ainda há muito por fazer, sobretudo nas ações de prevenção e promoção com esse grupo etário tão vulnerável.

Com relação à atenção no pré-natal, temos cadastradas 32 grávidas na UBS para 47% do indicador de cobertura do SUS que é 68, o seguimento é semelhante ao que ocorre na atenção à saúde da criança, sendo as consultas realizadas pela enfermeira e pelo médico, sendo que o trabalho com as grávidas é um pouco mais delicado, porque temos alguns problemas constantes, sobre tudo com a vacinação, que quase nenhuma grávida tem a vacinação em dia.

Além disso, temos dificuldades no atraso dos exames, tanto para serem feitos, quanto para serem avaliados pelo especialista, demorando muito, às vezes de um trimestre para outro.

Entretanto, sobressaem-se aspectos positivos, como por exemplo, os cadastramentos que são realizados a tempo, as grávidas de risco são encaminhadas em tempo hábil, o que favorece uma atenção mais efetiva, individualizada, e as orientações de promoção e prevenção são uma constante, sendo prioridade nas consultas de atendimento às gestantes.

Na minha UBS o programa do câncer de colo de útero e mama, é levado a cabo pela enfermeira e eu, o médico, a enfermeira é quem faz a cito patologia onde toma a amostra para levar ao laboratório. Na minha UBS tem 29 mulheres cadastradas para 3% na prevenção do câncer de colo de útero, e 57 na prevenção do câncer de mama para 17%. Temos alguns problemas que precisam ser ressaltados, sobretudo com os exames em dia e os exames tardios em mais de seis meses, das duas doenças. As mulheres também não querem fazer o autoexame de mama, mas o médico e a enfermeira, juntos com os agentes comunitários de saúde, estamos fazendo mudanças tanto nas consultas como em visitas domiciliares. Também é importante falar sobre as orientações que fazemos os profissionais da saúde com todas as mulheres do programa, sobre os riscos, as doenças de transmissão sexual e a prevenção de câncer de colo de útero e de mama. Sabemos que ainda falta melhorar um pouco, mas sabemos também que vamos pelo caminho certo.

Na minha UBS os responsáveis pela realização do programa hiperdia são os agentes comunitários de saúde, a enfermeira e eu, o médico, mas também participam do trabalho, os recepcionistas, a técnicas de enfermagem e o pessoal de odontologia. O total de usuários cadastrados pelo programa hiperdia é superior a 50% do total programado pelo SUS, com 746 hipertensos dos 949 do SUS para 79%, e 180 diabéticos dos 271 do SUS para 66%.

Ainda temos que melhorar muito, pois alguns usuários só assistem a consulta para obter os medicamentos do programa, outros se atrasam nas consultas programadas, outros não têm os exames em dia, mas essa é apenas uma minoria, sendo que sempre 100% destes usuários saem da consulta com as orientações sobre atividades físicas, sobre alimentação, todos são encaminhados para avaliação pelo cardiologista, e todos são avaliados na consulta de odontologia e nutrição. Sobre os problemas que faltam estamos trabalhando para que esse importante programa avance cada dia mais.

Em relação aos idosos na minha UBS cadastramos 250 dos 496 da cobertura do SUS, para 50%, temos dentro do plano de trabalho um dia específico na semana para atenção aos usuários idosos, sendo estes consultados pelo médico e pela enfermeira. As consultas são programadas, sobretudo para atender as principais doenças crônicas e o médico aproveita para dar as orientações necessárias a seus usuários idosos, além disso, os mesmos são atendidos pela

parte de odontologia e são encaminhados para as consultas com os especialistas correspondentes.

Nossa equipe de trabalho tem garantido todo o atendimento descrito anteriormente, além do controle do peso corporal, aferição da pressão arterial pela técnica de enfermagem, consultas de nutrição no caso dos usuários mal nutridos, e o mais importante, a equipe faz atividades de prevenção e promoção, estimulando e desenvolvendo a prática de exercícios físicos moderados, bem como visitas aos usuários idosos com doenças crônicas não transmissíveis com complicações, sobretudo os idosos encamados. Também é importante destacar que são atendidos os pacientes idosos que não estão cadastrados e os que necessitam atendimento por problemas agudos.

Em relação ao caderno de ações programáticas vou falar que temos em nossa equipe problemas com os prontuários dos usuários, mas foi feito o preenchimento do mesmo.

Também apresentamos algumas dificuldades com a recopilação de dados, já que nossa população de usuários idosos varia muito e esses dados não são muito confiáveis, mas buscamos fazer uma recopilação da informação que os agentes de saúde encontraram e comparando com os indicadores gerais ainda temos alguns problemas, por exemplo, o usuário não tem as cadernetas, tem muita dificuldade para ser atendido pelo odontólogo e ainda temos que melhorar em termos de reconsultas aos seis meses, já que ficam atrasadas.

Enfim, é importante reconhecer que ainda temos que trabalhar com nossos usuários idosos, para garantir um bom controle das doenças e desse jeito evitar complicações que possam prejudicar ao usuário e sua família.

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

No começo do curso foram muitas as deficiências encontradas na minha unidade em todos os aspectos, desde a estrutura da unidade até o atendimento aos pacientes que assistiam à consulta. O análise situacional ajudou muito com a intervenção realizada, já que conseguimos fazer mudanças positivas, começando pelas capacitações aos trabalhadores, as palestras tanto fora quanto dentro da UBS, melhoramos as visitas domiciliares, incorporando a diretoria do posto, conseguimos unir o pessoal do NASF, que nos apoiou fortemente, melhoramos a qualidade das

fichas e os prontuários médicos, conseguimos adequar os horários, aspecto que gerava constantes queixas entre os usuários. Também conseguimos incorporar a população toda dentro do projeto, e graças a isso pesquisamos um grande número de usuários que não estavam dentro do programa e alguns que nem conheciam da existência do mesmo.

Todo isso contribuiu com a unificação das equipes de saúde para conseguir nosso principal objetivo, melhorar a qualidade da saúde não só do programa hiperemia, como da população em geral.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A minha justificativa de intervenção é sobre o tema de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, doenças crônicas das que eu falei nas tarefas anteriores. Escolhi fazer minha intervenção com esses temas já que, além de serem os principais problemas de saúde de minha unidade, são doenças que tem uma alta incidência de mortalidade em todo o mundo e aqui no Brasil temos uma alta incidência e prevalência destas doenças e muita demanda de usuário na UBS de saúde. Além disso, estas doenças lideram em complicações para a saúde, como são cegueiras, amputações, doença renal, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais e mortes prematuras, entre outras.

Eu trabalho numa unidade feita para atendimento em saúde da população e não num local adaptado, mas precisa de alguns câmbios na estrutura para melhor o atendimento e conforto da pessoa de trabalho. A unidade tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários (SAME) sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, cozinha, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos.

Minha unidade está formada por três equipes de saúde, a qual atende uma população total de 4.580 pessoas que vivem em nossa área de trabalho, e está formada por 1 enfermeira, 8 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo e 1 técnico em saúde bucal e 1 médico. Fazemos consulta de Hiperdia um dia na semana, mas também fazemos atendimentos gerais a usuários com doenças crônicas.

Temos um total 746 usuários com hipertensão e 180 diabéticos os quais representam aproximadamente o 25% da população geral, é dizer a quarta parte da população. Contamos com 78% (746) da cobertura de usuários com hipertensão em relação o caderno de ações programáticas e com 66% (180) de usuários diabéticos. Por tanto, temos uma cobertura do programa de hiperdia de 70% aproximadamente. Temos dificuldade em atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, 150 usuários hipertensos (20%), assim como a realização de exames periódicos em dia 546 (78%) dos usuários hipertensos; atraso das consultas agendadas em mais de sete dias em diabéticos 40 usuários (22%), a realização de exames periódicos em dia com 120 usuários, o que corresponde a 67%.

Temos que aumentar as atividades de promoção para garantir uma melhor vinculação da população neste programa. Acho que a qualidade de atenção da população deve melhorar com a realização desta intervenção para dessa forma garantir uma atenção integral a nossos usuários.

Com a implementação desta intervenção minha equipe vai conseguir que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e suas complicações, também vamos melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos registros, garantir que nossa equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção e as pesquisas para os diagnósticos precoces destas doenças.

Eu penso que poderíamos ter dificuldades relacionadas à insuficiência de esfigmomanômetros para a aferição de tensão arterial já que agora contamos com um elemento, que não temos auxiliar de enfermagem e temos só oito agentes de saúde, isso poderia dificultar fazer uma busca para toda a população. Além disso, acho que o trabalho vai ser muito produtivo e vai melhorar sobre todos os atendimentos e o seguimento dos usuários do programa.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Dr. Joaquim Saldanha.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 100% 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 aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1. Manter fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

4.2. Manter fichas de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto será desenvolvido em quatro meses, na área de abrangência da Unidade Básica de saúde Dr. Joaquim Saldanha, no município de Mossoró/RN. Participará da intervenção um total de 746 usuários hipertensos e 180 usuários diabéticos. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a) e nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b), do Ministério da Saúde. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (ANEXO C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 1. Ampliar a cobertura Monitoramento e Avaliação.

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

Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

Detalhamento: Os ACS ficaram responsáveis de passar qualquer modificação nos seus registros das visitas e coleta de dados ao enfermeiro da UBS, que por sua vez ficou encarregado preencher e manter atualizado o cadastro no registro específico criado para o programa.

- Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Ação feita por qualquer profissional da saúde, mas sempre revisada pelo enfermeiro da UBS. Como não temos recepcionista, o profissional seja ele o técnico ou o auxiliar de enfermagem fará a ficha de atendimento do usuário e o enfermeiro providenciará o registro específico do usuário.

Iniciar o agendamento de consultas programadas.

Detalhamento: Combinado o início dessas ações nas primeiras reuniões da equipe conforme o cronograma e repassadas aos ACS para comunicação à comunidade conforme localização geográfica, mas principalmente com prioridade aos mais necessitados.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Detalhamento:

Garantir material adequado para a medição da pressão arterial e HGT na UBS

Detalhamento:

- Engajamento Público

Garantir que a comunidade tenha conhecimento sobre a existência do Programa unidade de saúde.

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

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas por todos os profissionais da saúde da UBS. Tanto nas reuniões dos grupos de HAS/DM, tanto em visitas domiciliares, mas principalmente reforçadas nas consultas programadas na UBS ou em consultas de livre demanda, desenvolvendo ações de promoção na unidade e comunidade para todas as pessoas maiores de 18 anos.

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitar as ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar as ACS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg.

Capacitar a técnica de enfermagem para a verificação criteriosa da pressão arterial, incluindo o uso adequado do manguito.

Detalhamento: Ações que serão realizadas todos os meses, no horário da tarde e sempre continuadas quando necessárias, para a garantia de qualidade e eficiência no cadastro dos usuários e garantia da capacitação da equipe. O responsável será o médico ficará com a responsabilidade de fiscalizar o trabalho dos ACS. Serão utilizados os cadernos de atenção básica em HAS e DM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) para capacitar a equipe.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção.

- Monitoramento e Avaliação.

Monitorar as indicações dos exames complementares e sua realização.

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Indicar os exames correspondentes em cada consulta a todos os usuários do programa, explicando a importância da realização deles para um melhor seguimento e controle de suas doenças. Sempre será avaliado na triagem da enfermagem previamente à consulta médico. Será utilizada a ficha espelho fornecida pela especialização para todos os usuários cadastrados no programa. O acesso aos medicamentos será monitorado pelos profissionais de saúde da UBS após cada consulta médico ou de enfermagem os usuários serão orientados a solicitar seus medicamentos na farmácia da UBS e sempre que necessário se dirigir a algum profissional da área para sanar suas dúvidas quanto à aquisição dos medicamentos.

- Organização e Gestão do Serviço

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

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

Disponibilizar versão atualizada dos protocolos impressos na unidade de saúde.

Garantir a realização de exames complementares para todos os usuários do programa hipertensão que precisarem deles.

Garantir que os usuários do programa hipertensão recebam os medicamentos em tempo, assim como a presença de cada medicamento no seu stop, com seu nome bem claro.

Detalhamento: As ações seguintes devem ser monitoradas pelo médico, que tem a responsabilidade de solicitar os exames que o usuário necessita e responsabilizar o agente comunitário de saúde pelo monitoramento desses exames para que sejam realizados no tempo indicado, e disponibilizar a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Também o médico deve monitorar que os usuários recebam os medicamentos em tempo.

- Engajamento Público

Orientar os usuários sobre a importância de realizar os exames complementares, bem como a periodicidade na qual devem ser realizados.

Orientar os usuários do programa hipertensão sobre o risco de estratificação de doenças cardiovasculares, renais, cerebrais e circulatórias.

Detalhamento: Explicar aos usuários sobre a importância de fazer os exames no dia para melhor controle de suas doenças, para tomar as condutas indicadas no momento indicado e para evitar as complicações que podem ocorrer. Estas ações serão realizadas por todos os profissionais da saúde da UBS, tanto nas reuniões dos grupos de HAS/DM, como em visitas domiciliares, e nas consultas programadas ou de livre demanda. Além disso, o médico deve orientar em cada consulta aos usuários sobre a importância de conhecer os riscos dessas doenças, e a importância de assistir as consultas com os especialistas.

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitação da equipe sobre como orientar aos usuários da importância da realização dos exames clínicos.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Capacitar a equipe fazendo reuniões pelo menos uma vez por mês, para orientar aos usuários da importância da realização dos exames clínicos apropriados de acordo com os protocolos atualizados adotados pela unidade, assim como o médico deve dar orientações precisas ao pessoal do SAME, sobre a importância de que os usuários recebam os medicamentos do programa em tempo adequado, para evitar complicações por não tomar os mesmos em dia e hora.

Ações desenvolvidas em relação ao objetivo 3: Melhorar a adesão.

Monitoramento e avaliação

Monitorar e avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas em dia.

Detalhamento: Monitorar e avaliar a incorporação de usuários hipertensos e diabéticos ao programa de hiperdia, tarefa que deveria ser feita pelo médico e o enfermeiro da unidade. Em reunião semanal, ambos farão um detalhamento dos usuários que foram às consultas agendadas e os que faltaram, bem como uma programação para que os ACS façam a busca ativa na semana seguinte, e, assim, possa ser dada a devida continuidade no sistema de atendimento do projeto de intervenção.

- Organização e Gestão dos Serviços.

Organizar visitas domiciliares para atender os usuários faltosos.

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

Detalhamento: Aumentar a quantidade de visitas para chegar a mais pessoas e que elas conheçam em que consiste o programa de hiperdia e organizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Tarefa do enfermeiro que contará com a ajuda e parceria dos ACS, planejando semanalmente nas reuniões de equipe.

- Engajamento Público

Informar a comunidade sobre o programa, a importância da realização das consultas e a periodicidade destas.

Buscar estratégias com a comunidade para evitar a evasão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Detalhamento: Informar a comunidade sobre o programa de hiperdia, para que foi feito, e que com sua integração eles receberam medicação de forma gratuita, um atendimento integral com enfermeira, assistente social, odontólogo, médico e demais profissionais da unidade, assim como o seguimento das demais especialidades do SUS. Ações previstas para serem realizadas por todos os profissionais da saúde da unidade, tanto nas consultas agendadas, de livre demanda, em visitas domiciliares, como nos grupos de HAS e DM que eram realizadas na comunidade local.

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitação da equipe e saúde para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitar à equipe sobre como deve ser feito o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos para melhorar a adesão dos usuários ao programa. Atividades que serão realizadas pelo médico e pelo enfermeiro, com ênfase nas duas primeiras semanas de intervenção, porém mantida pão longo do desenvolvimento do projeto.

Ações relacionadas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

- Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: para monitorar e avaliar a qualidade dos registros do programa Hiperdia, será criado um registro específico para acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS, o que tornará mais fácil o acompanhamento do cadastro de todos os usuários e evidenciará possíveis falhas para que possam ser averiguadas e corrigidas prontamente. Os dados ficarão todos em um único caderno/pasta de fácil acesso aos profissionais da saúde. O enfermeiro estará responsável por manter este caderno atualizado com o repasse das informações pelos e aos ACS.

- Organização e Gestão do Serviço

Garantir um registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Fazer um registro específica para os usuários hipertensos e diabéticos para dessa forma ter um melhor controle e monitoramento do programa.

Atualizar os registros com as informações dos usuários sistematicamente. Definir um responsável pelo monitoramento dos registros, para garantir que cada usuário do programa tenha uma ficha de acompanhamento.

- Engajamento Público

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

Detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e ficha de acompanhamento para que eles também possam ter responsabilidade sobre a atualização de seus documentos relacionados com suas doenças. Esta ação ficará sobre responsabilidade do médico da UBS

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, bem como no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos. Estas ações serão realizadas nas duas primeiras semanas do projeto de intervenção e mantidas durante todo o programa. Serão realizados também grupos de estudos nas reuniões semanais quando houver alguma dúvida quanto às tarefas a serem realizadas pela equipe.

Ações relacionadas ao objetivo 5: Mapeamento do risco para doenças cardiovasculares.

- Monitoramento e Avaliação.

Monitorar a realização da estratificação de risco aos usuários do programa.

Detalhamento: A ação será contemplada, pelo menos uma vez ao mês, em reunião de equipe para averiguação do andamento do projeto. Sempre será avaliada a realização ou não da avaliação de risco cardiovascular antes das consultas médicos. Então, será revisada nesta última reunião mensal da equipe para a garantia total da mesma.

- Organização e Gestão do Serviço

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Fazer a estratificação de risco aos usuários do programa.

Detalhamento: Garantir as consultas especializadas pelo menos duas vezes ao ano, para que nossos usuários tenham um atendimento integral. A agenda será organizada pelo médico e terão preferência os usuários de risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e circulatórias e encaminhadas para serem atendidas duas vezes ao ano pelos especialistas a fim.

- Engajamento Público

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.

Fazer atividades de prevenção na unidade e comunidade.

Detalhamento: Desenvolveremos atividades de prevenção e promoção da saúde na unidade e comunidade onde se fale dos fatores de riscos modificáveis, sobre controle de peso corporal e sobre dieta e estilos de vida saudável e esclarecer aos usuários sobre a importância de fazer a estratificação de risco pelo menos duas vezes por ano.

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitação da equipe de saúde para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e da avaliação dos pés para os diabéticos.

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

Detalhamento: Essas ações serão desenvolvidas pelo médico e enfermeiro da UBS, abordadas nas duas primeiras semanas de treinamento da equipe de saúde e reforçadas ao decorrer do projeto nas reuniões.

Ações relacionadas ao objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

- Monitoramento e Avaliação.

Monitorar e avaliar a orientação nutricional, para atividade física regular e sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitorar as consultas periódicas anuais de hipertensos e/ou diabéticos com dentista.

Detalhamento: Monitorar e avaliar a realização de atividades de promoção de saúde em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Essas ações serão realizadas pelo médico em consulta clínica agendada, de livre demanda ou em visitas domiciliares, como também em grupos de HAS e DM. O médico abordará cada caso individualmente, avaliando a necessidade de aprofundar específicos assuntos ao indivíduo que está sendo atendido.

- Organização e Gestão do Serviço.

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal, estabelecendo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Estas ações serão desenvolvidas pelo dentista da unidade de saúde, que atenderá exclusivamente em dois dias da semana os usuários da intervenção em melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabéticos.

Organização e Gestão do Serviço.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, exercício físico regular e tabagismo.

Detalhamento: Essas ações terão desenvolvimento fazendo reuniões todos os meses no horário da tarde na UBS com os usuários do programa e os profissionais da equipe de saúde tendo como organizador principal ao medico da área.

- Engajamento Público

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a disponibilização do atendimento com dentista.

Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como da prática de atividade física regular e da existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Buscar ajuda dos principais parceiros da comunidade para aumentar o apoio nas ações de promoção e também aumentar o número de usuários que assistem ao atendimento odontológico, assim como continuar orientando a população sobre os principais fatores de risco, e o modo de eliminá-los.

- Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe de saúde para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e/ou diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, para a prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: As capacitações da equipe de saúde sobre a prática de estilos de vida saudável e sobre metodologias de educação em saúde serão

realizadas nas primeiras semanas da intervenção com a presença de todos os profissionais. Continuaremos realizando reuniões semanais para esclarecimentos das dúvidas que possam surgir no caminho.

2.3.2 . Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% de hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Numerador: Número total 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 100% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2,2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática regular de atividade física.

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

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

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação em relação à prática regular de atividade física.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

A intervenção a ser desenvolvida na Unidade de Saúde, com foco na HAS e DM, vai ser feita na prática cotidiana da seguinte maneira. Adotaremos como protocolos os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a) e nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b). Precisaremos de um registro específico para preencher todas as ações programadas, neste caso contaremos com o prontuário e as fichas espelhos de cada usuário hipertenso e/ou diabético que temos cadastrado na UBS.

Os prontuários médicos não têm a quantidade de dados suficientes para possibilitar uma intervenção com a maior qualidade possível, pois só apresentam dados gerais dos usuários, mas o médico e a enfermeira não podem preencher ações de saúde bucal, nem ações na comunidade.

O problema com as fichas espelhos é que quase nenhum usuário tem, de modo que temos que fazer os pedidos na secretaria de saúde. Também contamos com o registro do programa hiperdia que ainda não fica atualizado 100% mas estamos trabalhando nesse ponto, cadastrando todos os dias os usuários que ainda não conhecem sobre suas doenças e sobre a existência do programa.

Para ter uma maior organização, faremos uma busca dos usuários que apresentam atraso da consulta na última semana e com exames atrasados e sem

fazer. Agendaremos 16 para a consulta da enfermeira e 16 para minha consulta, já que todas as semanas fazemos as consultas de hiperdia, isso até que todos sejam avaliados, os demais usuários que tem as consultas ao dia serão consultados no decorrer da semana, nas consultas de livre demanda.

Também faremos as capacitações dos agentes comunitários de saúde uma vez por mês, orientando-os sobre como deve ser o acolhimento dos usuários do programa, sobre orientações gerais aos usuários com respeito à dieta, fatores de risco e tratamento, sobre a importância de ter os exames em dia, assim como as consultas com os demais especialistas do programa.

As capacitações serão orientadas e organizadas pelo médico, e, na ausência deste, pela enfermeira. As reuniões serão feitas na Unidade, uma vez por mês, com a participação de todos os profissionais da UBS. Também faremos reuniões com o pessoal de odontologia, neste caso trimestral, para comparar a assistência dos usuários às consultas de um trimestre a outro.

Outro ponto importante é o aumento de mais um dia para as consultas do programa, já que a meta de cobertura é alta e vamos continuar cadastrando mais usuários, mas para isso, temos que fazer reajustes no horário e nas outras consultas.

Com relação às consultas programadas não haverá alterações e as visitas serão encaminhadas aos usuários diabéticos com complicações e aos usuários hipertensos com complicações como AVC.

Faremos palestras todos os meses na Casa dos Idosos, um local adaptado para que todos os idosos façam atividades físicas e recreativas, com a presença de uma pessoa encarregada de cuidar deles, aproveitaremos o local que é grande e confortável e onde eles ficam mais a vontade.

Essas palestras serão organizadas e dirigidas pelo médico e enfermeira, e os agentes comunitários de saúde farão a busca dos usuários idosos do programa que devem assistir, mais os idosos que já pertencem a essa casa, faremos o convite a 30 usuários e as palestras serão relacionadas aos mais diversos temas, a saber: tabagismo, obesidade, estilos de vida, modos de vida, entre outros; sendo estes temas alterados mensalmente, e cada palestra terá uma duração aproximada de 45 minutos.

Também participarão destas palestras os profissionais da odontologia, os quais poderão apresentar temas da sua área de atuação. Os demais usuários da

comunidade, com idades entre 18 e 59 anos, terão essas atividades na própria unidade, com a mesma frequência.

As maiores dificuldades estão no pessoal qualificado para monitorar os usuários antes de entrar na consulta médico, já que não contamos com técnicos de enfermagem suficientes na UBS, assim como apresentamos problemas com o material para fazer o monitoramento, esfigmomanômetros, estetoscópios e glicômetros. Mas para isso necessitamos da ajuda e colaboração da secretaria de saúde do município e as massas políticas.

Desse modo, acredito ser uma boa maneira de organizar a logística da minha intervenção para os usuários do programa hiperdia (hipertensão arterial e diabetes mellitus), na minha UBS.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde	x															
Capacitação dos profissionais sobre diferentes aspectos do protocolo	x				x											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x															
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa	x															
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da atenção ao usuário hipertenso e diabético, solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão implementadas	x				x				x				x			
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	x	X	X	x
Grupo de hipertensos e diabéticos	x	X		x		x		x		X		X		X		x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuários faltosos	x				x											
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas	x	X	x	X	x	X	x	X	x	X	X	X	X	X	X	X
Atividades de orientação à comunidade	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações programadas ao início da intervenção foram cumpridas integralmente: toda a equipe do SAME ajudou de um jeito ou de outro adequadamente o desenvolvimento dos primeiros passos: a organização desde o início com a verificação da ficha- espelho no arquivo, dos prontuários e o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos), fita métrica e glicômetro que foram preparados ao início da intervenção com ajuda da gestora da unidade na busca dos recursos necessários para o nosso desempenho.

Foi muito tempo de organização, a sinalização de situações de alerta ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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, mantivemos a identificação de atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares. Houve a atualização do registro e dos prontuários da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção. Continuamos a avaliação da realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico.

Foram muitas as atividades desenvolvidas como a capacitação dos profissionais da equipe pelo enfermeiro e a médico, verificação de arquivos e prontuários, realização de novos prontuários, explicação e realização de ficha espelho, capacitação da equipe sobre cadastramento, acolhimento dos usuários, orientação da equipe sobre os atendimentos, orientação dos agentes de saúde sobre a busca ativa dos usuários faltosos á consulta, orientação á comunidade sobre

a importância e o conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis, estas atividades foram realizadas cada semana atendendo o planejado no cronograma.

Foi muito interessante à definição das atribuições de cada profissional na ação programática, tomando como referência o protocolo adotado (BRASIL, 2013), impressos pela gestora da UBS e os temas desenvolvidos como foram: respeito ao cadastramento, acolhimento, temas relacionados ao atendimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, fundamentalmente fatores de risco, comportamento e fundamentalmente as complicações destas doenças, também foi realizado um adequado exame clínico, atualização para o tratamento não farmacológico, e tratamento farmacológico com as principais drogas, periodicidade da realização de consultas, avaliação da necessidade de atendimento odontológico neste caso ficou abaixo das perspectivas pelas situações acontecidas com o odontólogo, mas foi possível dar para a população orientações sobre saúde bucal, principais metodologias de educação em saúde e outros.

O atendimento clínico foi realizado a todos os usuários cadastrados nos dias planejados para a intervenção com o cronograma, oferecendo acolhimento adequado aos usuários, realizando exame clínico completo com avaliação nutricional Índice de Massa Corporal (IMC) dentre do atendimento mesmo, além da estratificação de risco (Framingham, e lesões órgão alvo), o hemoglicoteste foi realizado nos diabéticos para o controle da glicose, e como rastreamento de DM na população hipertensa com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/hg. Os exames laboratoriais foram indicados de acordo ao fluxograma indicado, mas esta sendo demorado receber os resultados, pois o município não dispõe de laboratórios suficientes para atender a grande demanda de usuários.

A equipe realizou as visitas domiciliares a algumas casas de usuários faltosos, previamente planejados, segundo riscos, também fizemos as visitas domiciliares a algumas casas de usuários com atraso nas consultas, para manter o acompanhamento adequado. Além disso, tivemos o apoio da gerente para mudar o atual cronograma de atendimento e colocar um espaço para os usuários que se encontravam fora da área e precisavam de atendimento, fazendo seus cadastramentos e sendo acompanhados pela nossa equipe de saúde, e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários, mas até agora todos os usuários cadastrados e colocados na planilha pertencem à nossa área de abrangência; além

disso, estabelecemos programa de agendamento para melhorar o acolhimento dos hipertensos cadastrados no programa de Hiperdia.

Um aspecto fundamental e importante foi à relação com a comunidade e os grupos de hipertensos e diabéticos, o qual se intensificou durante a intervenção, onde participarem e foram cadastrados 329 hipertensos e 122 diabéticos na unidade básica de saúde, de acordo com o cronograma. Eles foram informados sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS em qualquer contato com a equipe, seja nos grupos, seja nos atendimentos. Falamos aos usuários e à comunidade quanto à importância do cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo, sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, da realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, e, além disso, sobre a importância da realização do exame clínico, dos exames complementares, da avaliação do risco cardiovascular e da identificação de lesões precoces em órgãos alvo e outros. Qualifico de muito bom o nosso intercâmbio com as pessoas da população, eles souberam afrontar os próprios hábitos de vida, pois a raiz deste projeto é a melhoria do acesso e da qualidade do trabalho realizado com eles e muitos tem mudado seu estilo de vida tentando diminuir a incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

A equipe sofre a falta do odontólogo na unidade nos horários que são para serem cumpridos, pois não temos atenção odontológica adequada e já foi feita a reclamação à Secretaria de Saúde, mas eles não têm uma solução pra nossa equipe neste momento. Além disso, também tivemos irregularidade para a visita domiciliar por parte do médico, pois a Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de carro para transporte de forma permanente e regular para a realização das mesmas.

Na primeira semana aconteceu uma reunião do médico como o gestor para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos

nesta atividade, além disso, aumentar a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Porém a realização mais rápida dos exames complementares não foi possível, pois o município carece de laboratórios e a demanda é muito grande, por isso a demora em receber o resultado dos exames complementares na UBS é frequente e generalizada.

Às vezes o trabalho ficava atrapalhado pela falta de profissionais da unidade para fazer as capacitações, mas graças ao empenho de muitos foi possível a realização dos atendimentos e assim mantivemos a qualidade dos mesmas, e claras, só às vezes, pois a greve não foi uma paralisação total de todos os profissionais, só da minoria, o qual provocou que pouco a pouco os profissionais foram voltando às unidades, de fato nunca deixarem de assistir completamente, trabalhavam em dias alternados e assim davam cumprimento com o trabalho, pois a greve não teve a repercussão que eles estavam esperando: os profissionais que fizeram estas manifestações foram os agentes comunitários, dentista e o enfermeiro e, com os dias alternados de trabalho, foi possível manter a intervenção com o apoio da equipe para realizar ações de busca ativa dos usuários faltosos a consulta, as orientações e capacitações, mesmo que em alguns momentos faltaram nestas atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores: tivemos dificuldades no transcurso do processo da coleta de dados e sistematização na intervenção, mas graças à ajuda do meu orientador e suas dicas foi resolvido. No fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores, dois destes foi resolvido bem rápido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Quanto à análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, eu acho que foi uma ideia muito boa, já que todos os resultados obtidos serão mantidos e continuados, vamos manter a unidade da equipe para a atenção à população e os usuários e comunidade em geral terão a atenção biológica e social para a prevenção e tratamento das doenças e possíveis sequelas, mas é preciso manter a constância e integridade da equipe.

As redes sociais devem ser envolvidas por completo na atividade, o SUS, e mais especificamente, a Secretaria Municipal de Saúde deve aumentar o nível de atenção nos problemas detectados para a busca de possíveis soluções.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS, Dr. Joaquim Saldanha em Mossoró/RN foi realizada nos meses correspondentes entre abril a julho. Para a avaliação dos resultados analisaremos a intervenção realizada em três meses e não em quatro, e não em quatro, como foi previsto inicialmente no segundo o cronograma da intervenção, pois devido ao meu afastamento por conta das todo isso devido as minhas férias, o curso orientou o encurtamento do período da intervenção.

Na área adstrita que corresponde a minha equipe de saúde, a população total é de 4580 pessoas, deles temos 746 usuários hipertensos, na faixa etária de 20 anos ou mais, que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, e de 180 usuários diabéticos, na faixa etária de 20 anos ou mais pertencentes ao Programa.

Os resultados obtidos durante o projeto da intervenção, de acordo com os objetivos e as metas propostas, foram os seguintes:

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Foram cadastrados e acompanhados, 71 usuários hipertensos no primeiro mês, que corresponde a 9,5% da população total; no segundo mês a cobertura foi

de 194 usuários hipertensos (26,0%); já no terceiro mês aumentou para 329 usuários hipertensos com 44,1% de cobertura.

Alcançamos ao final da intervenção uma cobertura máxima de 44,1% dos usuários hipertensos, o que fez com que ficássemos abaixo da meta proposta pela equipe de 100%, mas é necessário destacar que a evolução destes indicadores foi muito boa do ponto de vista da comparação no atendimento a cada mês.

Alguns dos aspectos que dificultaram o alcance desta meta na totalidade foram:

A falta de pessoal capacitado produto a greve que envolveu os ACS e a enfermeira, falta de comunicação a nossa população, já que mesmo que fizemos ações de prevenção e promoção de saúde, não contamos com o pessoal suficiente para fazer a pesquisa na totalidade, assim como dificuldades com os materiais da pressão e a balança na UBS (figura 1).

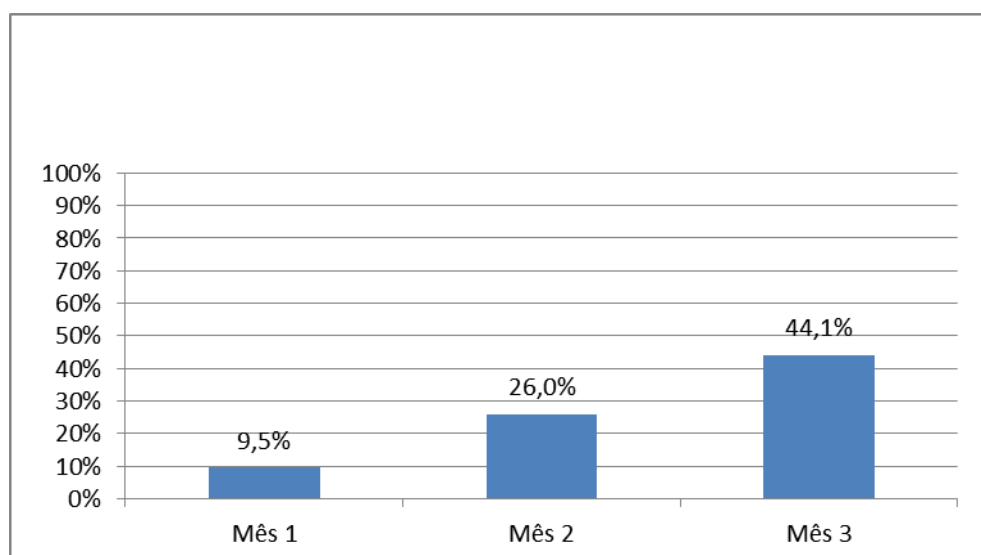


Figura1: Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, cadastradas na ESF 2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Nossa área de saúde conta com um número total de 180 usuários diabéticos, na faixa etária de 20 anos ou mais, que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Deste total, cadastramos e fizemos acompanhamento a 28 usuários diabéticos no primeiro mês, que corresponde a 15,6% do total; no segundo mês a cobertura foi de 78 usuários diabéticos, (43,3%); no terceiro mês aumentou para 122 usuários obtendo 67,8%.

Neste caso a cobertura máxima dos usuários diabéticos foi 67,8%; e mesmo que não tínhamos atingido a meta de 100%, podemos qualificar o resultado de bom, já que foram atendidas quase 3/4 do total dos usuários diabéticos (figura 2).

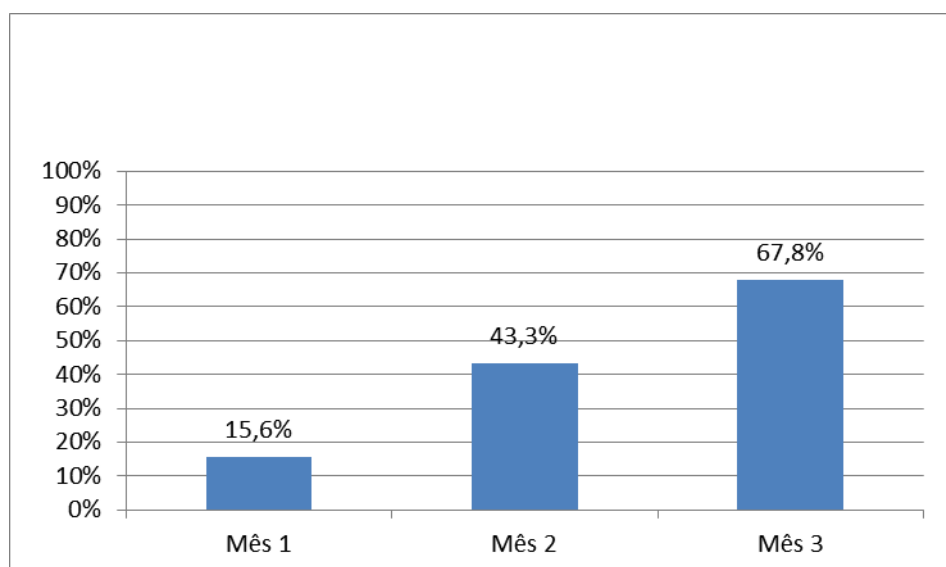


Figura 2: Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, cadastradas na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha.

Com relação aos usuários diabéticos, também tivemos os mesmos problemas que com os hipertensos.

A falta de pessoal capacitado produto a greve que envolveu os ACS e a enfermeira, falta de comunicação a nossa população, já que mesmo que fizemos ações de prevenção e promoção de saúde, não contamos com o pessoal suficiente para fazer a pesquisa na totalidade, assim como dificuldades com o glicômetro e a balança na UBS.

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

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

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

Neste indicador foram avaliados 65 dos 71 usuários hipertensos que assistiram a consulta no primeiro mês, o que corresponde a 91,5%. No segundo mês a porcentagem foi de 88,7%, porque o número de usuários atendidos foi maior, 172 avaliados dos 194 atendidos, e no mês três foram avaliados 298 dos 329 usuários que assistiram na consulta médica, o que corresponde a 90,6%.

Nesse indicador, a equipe teve algumas dificuldades, já que para fazer um bom exame clínico, precisamos de uma avaliação completa e infelizmente houve problemas na aquisição dos dados dos usuários.

Em primeiro lugar, vários dos prontuários estavam desatualizados, ou seja, os dados não tinham a fidelidade requerida para fazer um exame clínico com qualidade, além disso, a ausência da enfermeira e dos ACS no tempo da greve também dificultou um pouco no cumprimento deste indicador, já que não foi possível fazer as capacitações necessárias e esse trabalho ficou sobrecarregado no médico.

Por último também aconteceram alguns problemas com os materiais, como a balança, importante no cálculo de IMC, para diagnosticar as obesidades, e o glicômetro da UBS, o que também obstaculizou o cumprimento com qualidade deste indicador (figura 3).

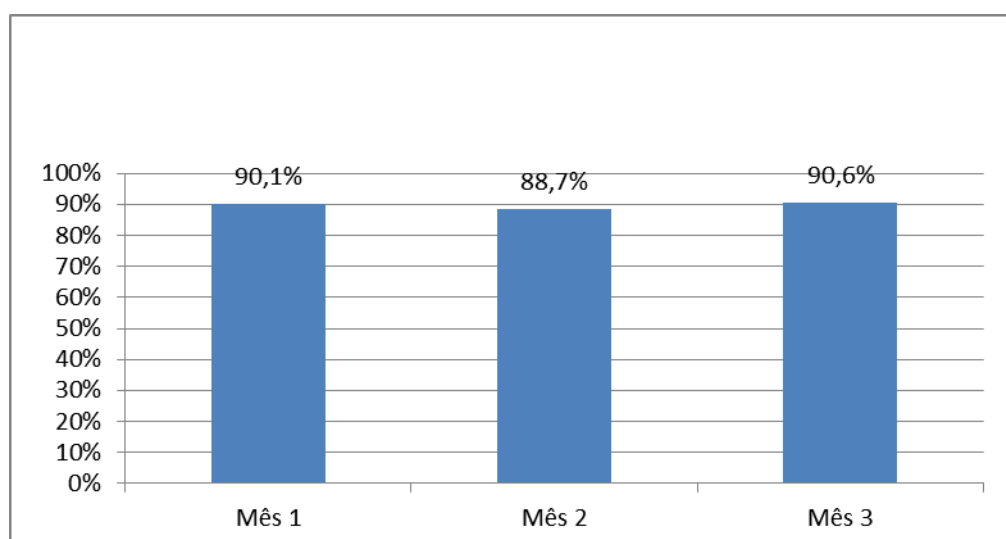


Figura 3: Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, com exame clínico em dia na EFS-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.

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

Indicador 2,2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

A proporção dos usuários diabéticos neste indicador foi a seguinte: no primeiro mês o número de diabéticos com exame clínico em dia foi de 24 dos 28 avaliados, que corresponde a 85,7%; no segundo mês foram 85,9%, 67 usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, dos 78 atendidos, e no terceiro mês foram 90,2%; 110 com exame clínico em dia dos 122 atendidos no mês.

Neste caso aconteceu o mesmo que com os hipertensos. Os usuários diabéticos tinham os prontuários desatualizados, também houve problemas com a balança da UBS que às vezes dificultou para fazer uma boa avaliação, já que o IMC é muito importante, e também a greve atrapalhou como já citada (figura 4).

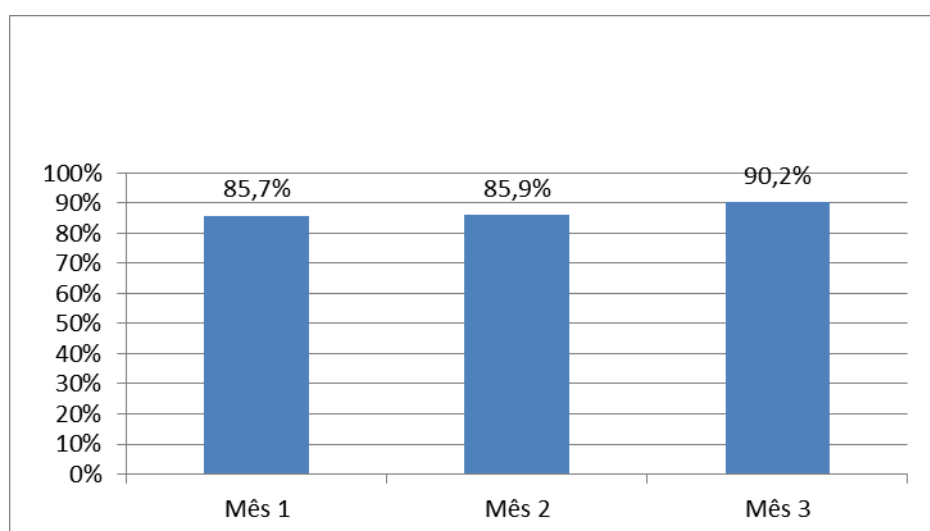


Figura 4: Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, com exame clínico em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.

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

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

A evolução desse indicador foi assim: no 1º mês dos 71 usuários hipertensos cadastrados 65 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, que corresponde a 91,5%; no 2º mês dos 194 usuários hipertensos cadastrados, 189 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, que é 97,4% do total, e no 3º mês dos 329 usuários hipertensos cadastrados, 318 tinham os exames complementares em dia de acordo como protocolo, totalizando 96,7%.

Esta meta não foi cumprida na totalidade por conta das dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos, além dos usuários faltosos e com atrasos que também atrapalhou pra eles manterem seus exames em dia. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares (figura 5).

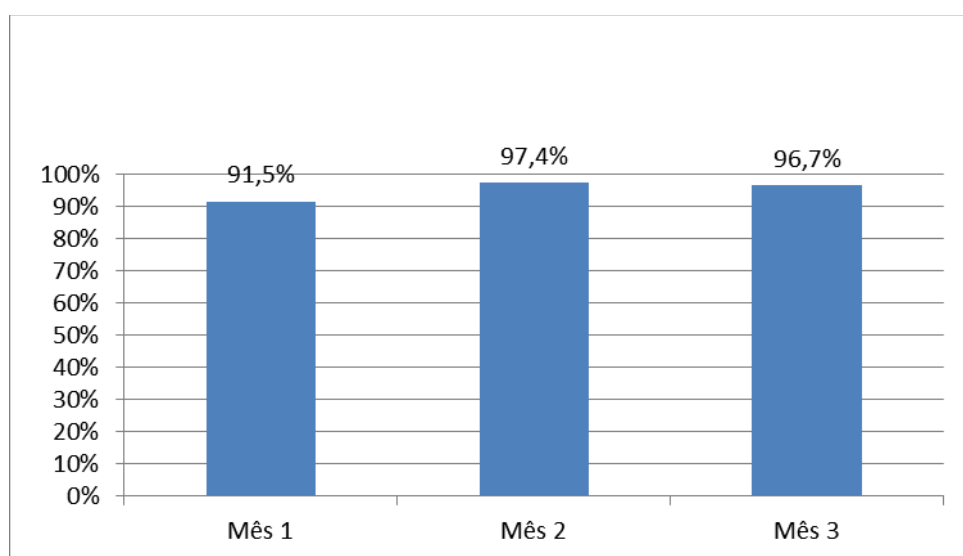


Figura 5: Proporção de usuários hipertensos na faixa etária 20 anos ou mais, com exames complementares em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.

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

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

A evolução desse indicador aconteceu da seguinte maneira: no 1º mês dos 28 usuários diabéticos cadastrados, 24 deles tinham exames complementares em

dia de acordo com o protocolo, que corresponde a 92,0%; no 2º mês 100% dos usuários diabéticos cadastrados, ou seja os 78 usuários, tinham os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e no 3º dos 122 usuários diabéticos cadastrados 119 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, totalizando 97,6%.

Esta meta não foi cumprida na totalidade pelas dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos além dos usuários faltosos e com atrasos o qual também impossibilitou que eles mantivessem seus exames em dia, mas mesmo assim no segundo mês conseguimos chegar até 100%. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares (figura 6).

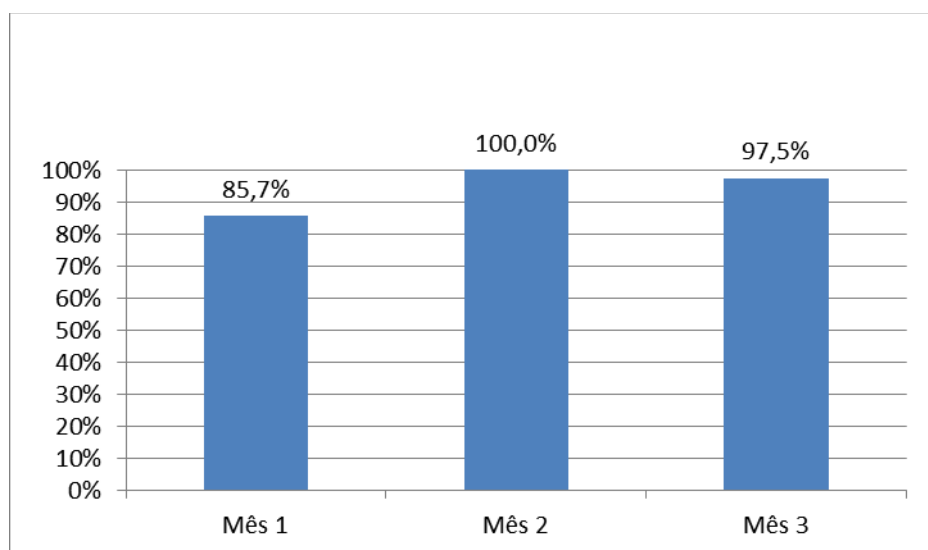


Figura 6: Proporção de usuários diabéticos na faixa etária 20 anos ou mais, com exames complementares em dia na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha. 2015.

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

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

No que se refere a esse indicador, tivemos no 1º mês de 66 usuários hipertensos atendidos, 100% fez uso dos medicamentos da farmácia popular. No 2º

mês, de 187 usuários hipertensos atendidos, 183 fizeram uso de medicamentos da farmácia popular, que corresponde a 97,9%, e no 3º dos 325 usuários hipertensos atendidos, 311 usaram medicamentos da farmácia popular, que corresponde a 95,7%.

Nesta meta também não conseguimos atingir o proposto pela equipe devido ao déficit existente no município com algumas medicações que não cobrem a demanda, além de outras que não estão contempladas no programa e que são obtidas pelos usuários nas outras farmácias, especificamente, os hipertensos. Por último, ressalta-se também a pouca demanda de medicamentos distribuídos às unidades. (figura 7).

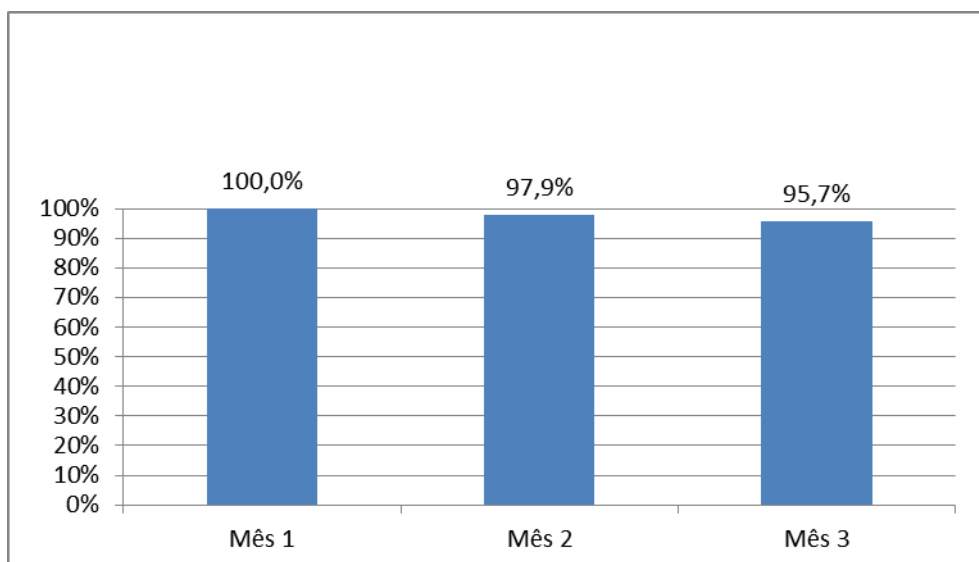


Figura 7: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015.

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

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

Neste indicador temos que 100% dos usuários diabéticos fizeram uso dos medicamentos na farmácia popular, nos três meses, no primeiro mês os 28 usuários, no segundo os 78, e no terceiro mês os 122 usuários diabéticos, de forma que a nossa meta foi cumprida nesse aspecto.

O que aconteceu no caso dos diabéticos com respeito aos hipertensos neste indicador, foi que os três medicamentos principais adquiridos pelos usuários

diabéticos encontram-se todo mês na farmácia, mas os usuários hipertensos tem maior consumo nas outras farmácias devido a que a quantidade de medicamentos, assim como a demanda é muito maior. Além disso, existem mais medicamentos no tratamento da hipertensão com nomes de vendas comerciais e são mais espalhados nas farmácias não pertencentes ao programa.

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

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

A avaliação deste indicador ficou da seguinte forma: no primeiro mês dos 71 usuários hipertensos atendidos foram avaliados pela odontologia 59 usuários, que corresponde a 83,1%, no segundo mês dos 194 usuários hipertensos foram avaliados pela odontologia 189 usuários (97,4%) e no terceiro mês de 329 usuários hipertensos foram avaliados 323, fechando a intervenção com 98,2% de usuários com atendimento odontológico.

A evolução desse indicador não foi muito boa no primeiro mês devido, como quase em todos indicadores, à greve. Já no segundo mês, foi melhor, mas não alcançou 100% porque os usuários não foram avisados em tempo e até eles perguntavam na nossa consulta, onde foram informados na maioria. (figura 8).

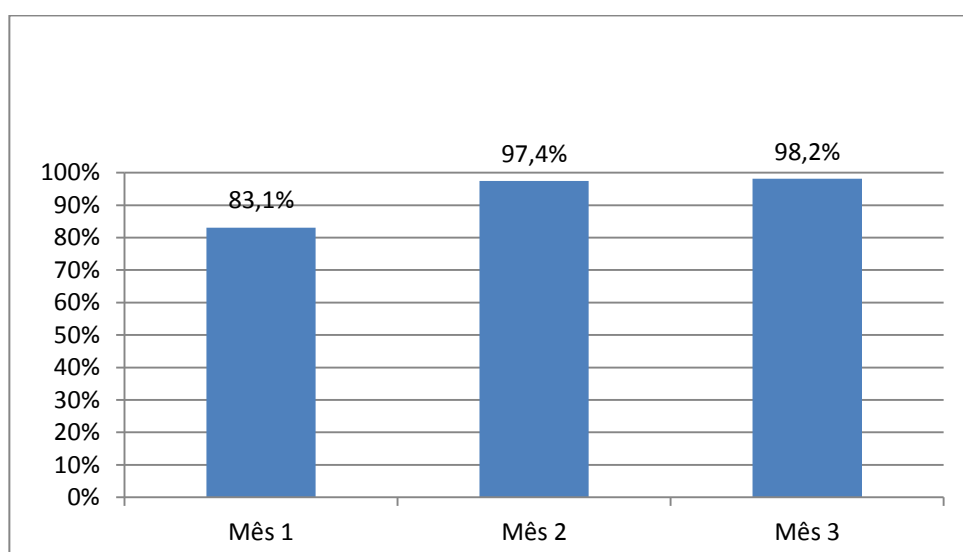


Figura 8: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015.

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

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

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários diabéticos ficou muito parecida com os hipertensos. Neste caso, no primeiro mês dos 28 usuários diabéticos atendidos, foram avaliados pela odontologia 24 usuários, que corresponde a 85,7%; no segundo mês, dos 78 usuários diabéticos foram avaliados pela odontologia 77 usuários (98,7%) e no terceiro mês de 122 usuários diabéticos, foram avaliados 121, correspondendo a 99,2% do atendimento odontológico. As ações utilizadas foram às atividades de educação em saúde comandadas pela odontóloga, com a participação dos profissionais da equipe. No segundo e terceiro mês foram importantes a capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e as orientações da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos. (figura 9).

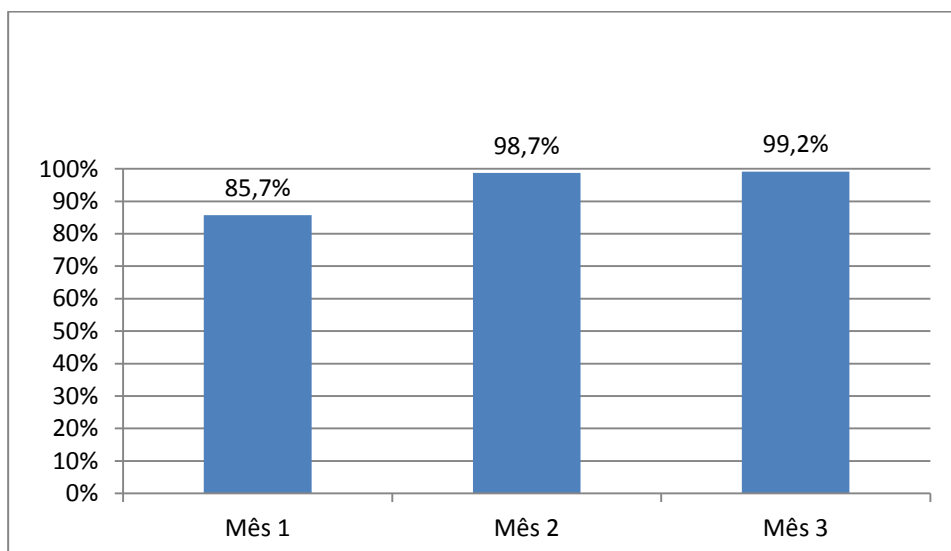


Figura 9: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF-2. UBS Dr. Joaquim Saldanha, 2015.

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

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

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

Graças ao trabalho tanto da equipe, pois algumas das ACS que estavam na greve se incorporaram ao trabalho, como da comunidade na busca ativa dos usuários hipertensos faltosos a consulta, este indicador ficou em 100%, no primeiro mês foram 12, no segundo 16, e no terceiro mês 27 usuários hipertensos resgatados. Felizmente foi um êxito, além das dificuldades acontecidas na unidade, conseguimos atingir a meta proposta.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

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

Felizmente este indicador ficou em 100% também, no primeiro mês quatro usuários diabéticos, no segundo sete, e no terceiro mês foram oito os usuários diabéticos que conseguimos resgatar. De forma que podemos concluir que a busca ativa tanto dos usuários hipertensos como dos usuários diabéticos, foi realizada com êxito.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram a identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações de hipertensos e/ou diabéticos da área.

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.

Neste indicador cumprimos com 98,6% no primeiro mês, já que 70 dos 71 usuários hipertensos tinham a ficha de acompanhamento, no segundo mês foi 100%, com os 194 usuários com ficha, e no terceiro mês foram 128 dos 129 usuários os que tinham a ficha de acompanhamento, para 99,7%. Aqui não cumprimos a meta proposta mas eu acho que o resultado foi muito bom já que tínhamos uma grande quantidade de usuários hipertensos cadastrados e só um no primeiro e outro usuário no terceiro mês faltaram pela ficha de acompanhamento. Além disso, a equipe realizou a atualização das fichas que já que estavam desatualizadas na maioria.

As ações foram as seguintes; avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, tarefa encomendada especificamente para o pessoal da recepção, orientação dos usuários e a comunidade sobre a manutenção dos seus registros de saúde e capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário hipertenso. (figura10)

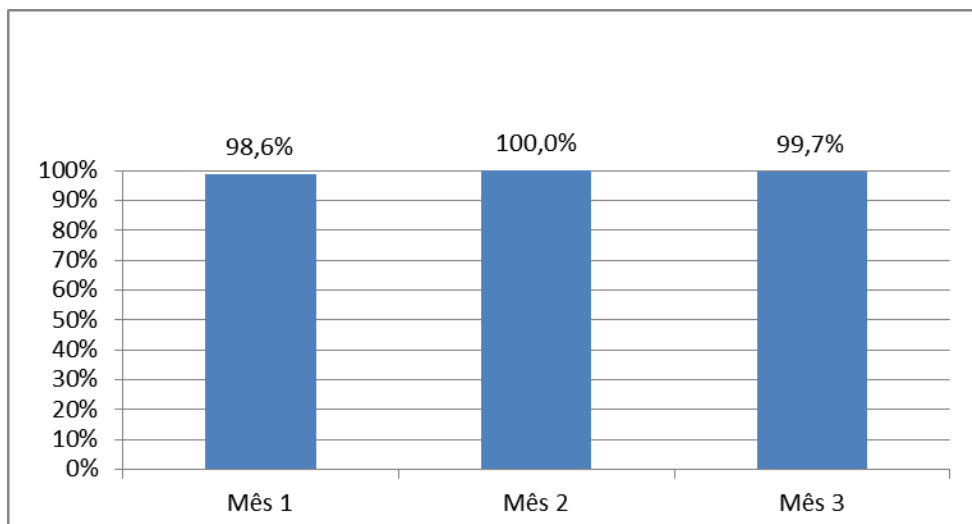


Figura 10: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF-2. UBS Joaquim Saldanha, 2015.

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.

Neste caso cumprimos com 100% no primeiro mês com os 28 usuários diabéticos com ficha de atendimento, no segundo mês também terminou com 100% dessa vez com os 78 usuários que assistiram a consulta, e no terceiro mês, também tinham as fichas de acompanhamento a totalidade dos usuários diabéticos com 122 para 100%. Além disso, a equipe realizou a atualização das fichas que já que estavam desatualizadas na maioria.

As ações foram à avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, tarefa encomendada especificamente para o pessoal da recepção, orientação dos usuários e a comunidade sobre a manutenção dos seus registros de saúde e capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário diabético.

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. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador também tivemos alguns problemas que não permitiram o alcance da meta proposta, e ficou assim; no primeiro mês, dos 71 usuários hipertensos que assistiram a consulta, foram avaliados 64 (90,1%), no segundo mês aumentamos esse valor, já que foram avaliados 190 usuários hipertensos dos 194 para 97,9%, e no terceiro mês, dos 329 que assistiram na consulta, conseguimos proporção de hipertensos com risco cardiovascular por exame clínico em dia, de 300 usuários, finalizando com 91,2%.

Como tivemos dificuldades no indicador do exame clínico em dia dos usuários do programa, esse indicador de estratificação do risco por exame clínico em dia teve reflexo do anterior, o que atrapalhou o desenvolvimento deste outro. Realizamos algumas atividades de educação em saúde e orientamos aos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, entretanto faltou uma maior participação, não pela parte da população, mas sim pela parte dos trabalhadores, o que interferiu também de forma negativa no resultado deste indicador tão importante.

Também sofremos muito neste indicador, com a avaliação das consultas com os especialistas da atenção secundária, já que muitos dos usuários retornaram para nossa consulta sem essas avaliações que são fundamentais para realizar a estratificação de risco dos usuários. (figura 10).

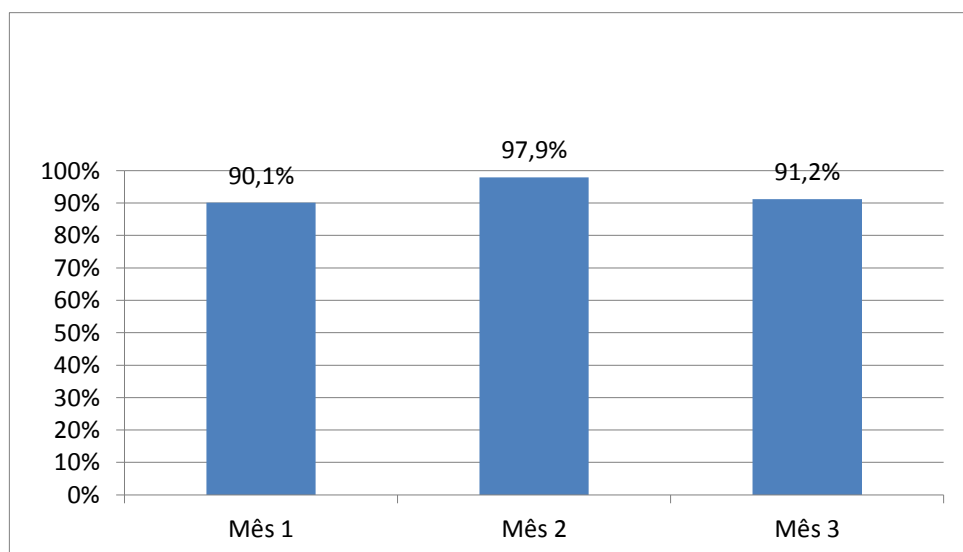


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Joaquim Saldanha, 2015.

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.

Aqui também não conseguimos atingir a meta proposta: no primeiro mês, dos 28 usuários diabéticos que assistiram a consulta, foram avaliados 24 (85,7%), no segundo mês aumentamos esse valor, já que foram avaliados 77 usuários diabéticos dos 78 (98,7%), e no terceiro mês, dos 122 que foram à consulta, conseguimos proporção de diabéticos com risco cardiovascular por exame clínico em dia, de 110 usuários, finalizando com 90,2 %.

Também aconteceu como nos usuários hipertensos, as dificuldades no indicador do exame clínico em dia dos usuários que automaticamente influi de forma negativa na estratificação do risco por exame clínico em dia, e também a falta de avaliação dos especialistas da atenção secundária, a maioria das vezes isso ocorreu porque a consulta com os especialistas da atenção secundária demora muito e os usuários perdem as mesmas (figura 11).

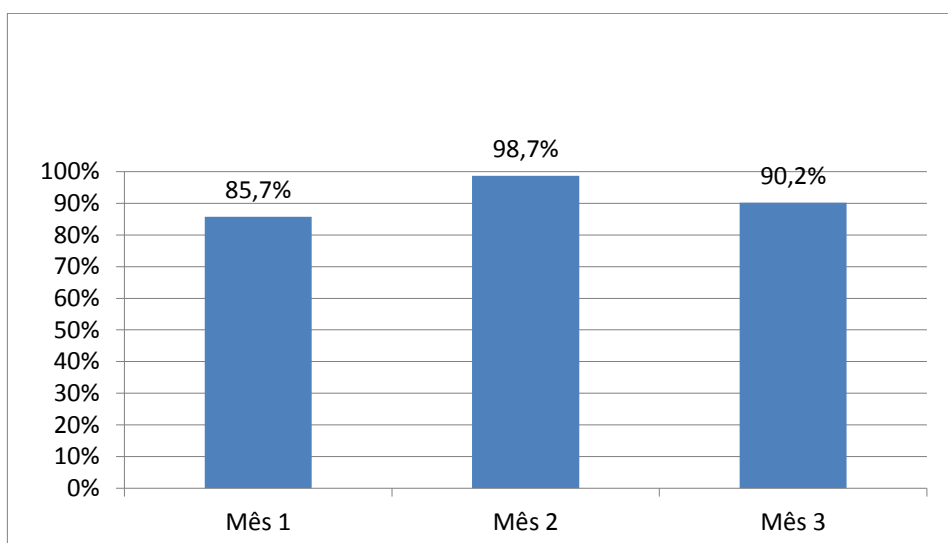


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Joaquim Saldanha, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

No indicador em questão, a resposta obtida foi ótima, todos os usuários hipertensos receberam as orientações nutricionais para 100%, no primeiro mês foram 71 usuários, no segundo mês foram 194 e no terceiro os 329 usuários que assistiram a consulta foram orientados com qualidade.

As ações requeridas foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações vai ser muito bom, pois melhora a qualidade de vida dos usuários hipertensos e a população em geral.

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

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

Pela parte dos usuários diabéticos, aconteceu algo parecido, todos os diabéticos receberam as orientações nutricionais para 100%, os números ficaram assim; no primeiro mês os 28 receberam as orientações, no segundo mês, os 78 usuários diabéticos foram também avaliados e no terceiro mês os 122 que assistiram na consulta também foram orientados sobre a saúde nutricional.

As ações requeridas foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações vai ser muito bom, pois melhora a qualidade de vida dos usuários e a população em geral.

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

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação em relação á prática regular de atividade física.

A evolução desse indicador foi excelente nos usuários hipertensos, já que dos 71 usuários avaliados no primeiro mês, receberam orientação sobre prática regular de atividade física, os 194 que assistiram no segundo mês também receberam as orientações e no terceiro mês, os 329 usuários hipertensos foram avaliados também para 100%.

As ações utilizadas na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos e nos diabéticos foram; orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da técnica de enfermagem sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação em relação á prática regular de atividade física.

No caso dos diabéticos foi do mesmo jeito, muito bem aproveitadas a consulta para orientar com a qualidade que os usuários necessitam aqui trabalhou para 100%, no primeiro mês, orientamos os 28 diabéticos, no segundo mês, os 78 e no terceiro mês os 122 foram orientados corretamente.

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

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

A evolução desse indicador foi para 100%, foram orientados sobre o tabagismo o total dos usuários hipertensos cadastrados a cada mês. Os 71 hipertensos no primeiro, os 194 hipertensos no segundo, e no terceiro os 329 usuários hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No transcurso da intervenção foram desenvolvidas as ações seguintes; orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para

abandonar o mau hábito, para os usuários durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde e capacitação da técnica de enfermagem para o tratamento de usuários tabagistas.

Vai ser importante manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", assim a população terá mais oportunidades para a escolha de opções.

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

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

Pela parte dos diabéticos, também completamos o 100%, para os 28 diabéticos do primeiro mês, os 78 diabéticos no segundo mês e os 122 que assistiram no terceiro mês foram garantidas as orientações sobre os riscos do tabagismo com qualidade.

Neste indicador as ações desenvolvidas foram as seguintes; orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito, para os usuários durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde e capacitação da técnica de enfermagem para o tratamento de usuários tabagistas.

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

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

Falando sobre a avaliação da saúde bucal, conseguimos orientar o 100% dos usuários hipertensos no transcurso da intervenção, os números foram os seguintes; o total de hipertensos no primeiro mês foi 71, no segundo foi 194 e no terceiro mês foram orientados 329 usuários hipertensos, todos com a qualidade requerida.

As principais ações foram; orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde,

capacitação da técnica de enfermagem para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

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

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

Neste indicador conseguimos orientar o 100% dos usuários diabéticos que foram se consultar no transcurso da intervenção, os números foram os seguintes; no primeiro mês os 28 usuários, no segundo mês os 78 e no terceiro mês o total de 122 diabéticos, receberam as orientações com a qualidade necessária.

As ações foram; orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da técnica de enfermagem para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Dr. Joaquim Saldanha melhorou a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, assim como a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa e os registros das informações foram atualizados e reorganizados de uma forma melhor.

A intervenção teve grande importância na minha UBS, já que ajudou tanto a todos os profissionais da equipe como a população em geral, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa HIPERDIA. Ela fortaleceu a união da equipe de saúde promovendo o trabalho em conjunto, no qual houve a participação de todos, desde o médico até as ACS, mas também houve dificuldades, como a greve que dispensou tanto aos ACS, quanto ao pessoal de odontologia, por quase dois meses.

No início da intervenção todos deram a sua disponibilidade e durante esse processo trabalharam muito forte para conseguir as metas e objetivos propostos, e mesmo sabendo que não foi possível atingir todas elas, fico muito satisfeito pelos resultados alcançados. Os profissionais da recepção também fizeram um excelente

trabalho, baseado nas ações de saúde direcionadas à melhoria da atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa área de abrangência.

Antes do começo da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos eram só feitas pelo médico, logo com a chegada do enfermeiro ficou sendo responsabilidade dos dois, com o desenvolvimento da mesma isso mudou, toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo às exigências dos protocolos. Também foram organizados todos os arquivos de atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e da qualidade do acolhimento.

Além dos benefícios que a intervenção proporcionou para o serviço em relação à atenção e organização, temos os benefícios recebidos na comunidade já que a população percebeu o impacto da intervenção e ficou mais integrada na rotina diária das atividades de nossa unidade.

Se eu fosse realizar a intervenção novamente, faria uma análise situacional bem detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe contasse com a identificação dos principais problemas da população, assim com as fortalezas e debilidades para enfrentar a intervenção.

Também teria estudado mais o fundo a situação do município para conseguir aumentar o apoio nos aspectos que dependem da gestão como a realização dos exames e o abastecimento da farmácia popular. Teria comprometido mais aos líderes comunitários para conquistar maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção. Também teria planejado a intervenção em um período fora das minhas férias para ter mais participação na mesma, já que durante as minhas férias não houve continuidade do projeto, só continuou quando eu voltei das férias, pois para preencher as planilhas precisavam do atendimento diário feito pelo médico. E também poderia ter envolvido mais especialistas no apoio à intervenção.

Devido aos resultados obtidos na intervenção, a mesma já está incorporada na rotina do serviço, e para conseguir atingir as metas propostas que não foram atingidas, pensamos em ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de atendimento dos usuários no programa. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão municipal na realização dos exames e abastecimento da farmácia popular.

A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa UBS, continuar com o desenvolvimento de nossas atividades diárias, envolver mais profissionais da saúde nestes temas para assim atingir uma melhor qualidade de vida na população e ao final diminuir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

A intervenção desenvolvida pela minha equipe de saúde na UBS Dr. Joaquim Saldanha, no município de Mossoró, Estado Rio Grande do Norte, teve como objetivo principal melhorar a cobertura e qualificar a atenção no atendimento dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos, que são as duas principais doenças crônicas que atingem a população da área de abrangência da UBS.

O projeto de intervenção teve uma duração de 12 semanas entre abril e julho de 2015, e contou com o intenso trabalho e dedicação dos profissionais da UBS e com o apoio da comunidade.

A intervenção propiciou que conseguíssemos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa área de saúde na unidade. O acolhimento dos usuários e do cadastro oportuno deles melhorou consideravelmente a organização das nossas ações. Ao final, foi possível cadastrar um total de 329 usuários hipertensos, que representa 44,1% do total e 122 usuários diabéticos, que corresponde a 67,8% do total.

Constituiu um desafio para equipe diminuir o número de consultas em atraso e exames periódicos, relacionado com o inadequado acompanhamento dos usuários, e também com a melhoria no trabalho na UBS em relação ao engajamento público da população portadora dessas doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, conseguimos atingir 100% da proporção das metas propostas nos seguintes indicadores para hipertensos e diabéticos: 100% dos faltosos as consulta com busca ativa; 100% com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Todas essas orientações são importantes para que os usuários hipertensos e/ou

diabéticos cuidem da sua doença, evitem as complicações e possam elevar sua qualidade de vida.

Durante a intervenção contamos com o apoio da gestão municipal, contribuindo no referente aos documentos necessários para realizar a intervenção. Agradecemos pelas contribuições e apontamos a importância de investimento também na reestruturação da UBS, já que tem muitas filtrações de água e isso dificulta o atendimento. Ressaltamos também a necessidade de incorporação de recursos materiais e pessoal qualificado, assim como maior disponibilidade de ofertas medicamentosas para a luta contra o tabagismo nas farmácias populares e aumentar a variabilidade de medicamentos preconizados pelo SUS nas farmácias da UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade,

Vimos, por meio deste relatório, compartilhar os resultados da intervenção realizada no período de abril – julho de 2015, na Unidade Básica de Saúde Dr. Joaquim Saldanha, localizada em Mossoró/RN. Fizemos um conjunto de ações para melhorar o acesso e a qualidade da atenção oferecida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Essas ações foram planejadas por mim e com o apoio da equipe durante o curso de especialização da saúde da família promovido pelo UNASUS através da Universidade Federal de Pelotas.

A intervenção trouxe melhorias para a atenção oferecida na UBS. O acolhimento e o cadastro dos usuários foi um passo decisivo para organizar nossas ações. Conseguimos diminuir o número de consultas em atraso e os exames periódicos foram solicitados de forma adequada.

Ao final da intervenção, tivemos como resultado o cadastramento de 329 usuários hipertensos, o que representa 44,1% do total e 122 usuários diabéticos (67,8%). Foi possível alcançar as metas estimadas de 100% na busca ativa de usuários faltosos à consulta que garantiu uma melhor adesão dos usuários à ação programática. Além disso, avaliamos todas as orientações necessárias para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos cuidassem melhor da sua saúde, evitando complicações e aumentando a qualidade de vida.

Tenho certeza que vocês notaram a nossa dedicação para melhorar a qualidade da sua atenção dentro e fora da consulta médico. Muitos usuários, no caso das doenças crônicas, desenvolviam complicações pela falta de acompanhamento tanto médico quanto odontológico, devido à falta de pessoal qualificado, às vezes pela falta de comunicação entre os profissionais e os usuários, assim como a falta de recursos. Isso mudou com a implantação das ações e a

organização do processo de trabalho na unidade de saúde ampliando o acesso e a melhoria desta ação programática na UBS.

Vocês também ajudaram muito, pois fizeram com que nos esforçássemos para que as ações desenvolvidas tivessem a qualidade desejada.

Também conseguimos uma maior interação entre os profissionais da unidade e as famílias, aumentando a qualidade das orientações sobre alimentação saudável, à prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal, cuidados próprios de todos os usuários para evitar este tipo de doenças e/ou as complicações e outros temas em saúde.

A equipe organizou ações na comunidade que ajudaram melhorar o atendimento e o fluxo de usuários e os prontuários dos usuários foram organizados para melhorar o acesso.

Vocês podem ajudar também a melhorar sua saúde, a equipe pede para que vocês possam participar das ações em grupos, pois precisamos trabalhar ainda mais com as famílias. Assim conseguiremos aumentar a qualidade de vida e melhorar a saúde da nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso foi muito importante, pois me permitiu enriquecer e fortalecer meus conhecimentos como profissional da saúde. No início eu fiquei cheio de dúvidas em relação a meu desenvolvimento no curso, devido, entre outras coisas as barreiras do idioma, e no decorrer do tempo isso foi mudando ao começar a participar dos fóruns e intercambiar ideias com os colegas e orientadores, realizar as tarefas, estudar os materiais de orientação enviados pela universidade e interagir com meu orientador. Com isso, eu consegui um melhor desenvolvimento e aprendizagem, meus conhecimentos na medicina do Brasil melhoraram o que favoreceu meu crescimento como profissional. Também consegui melhorar as relações com minha equipe, pois teve a oportunidade de levar o curso à rotina do trabalho, de compartilhar os conhecimentos adquiridos com eles, assim como a possibilidade de desenvolver um trabalho em conjunto com os resultados muito bons da intervenção.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo, pois através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas de interesse para a saúde na APS, além de levar meus conhecimentos à prática profissional e de realizar a intervenção no serviço, o que permitiu melhorar a atenção à saúde e o vínculo da comunidade com a equipe. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre os profissionais da equipe para garantir uma atenção em saúde com maior qualidade.

Entre os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso temos: o processo de Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da

política de saúde pública de saúde em termos de participação nas escolhas e decisões, no controle do planejamento e execução das ações de saúde, e na responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, o qual é muito importante para a atenção dos usuários, onde é fundamental perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Também conheci os protocolos disponibilizados pelo Ministério de Saúde relativo à atenção das ações programáticas preconizadas para a APS, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe da minha área.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n° 36. Brasília – DF, 2013a. 160 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica, n° 37. Brasília – DF, 2013b. 128 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante