

**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 Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN**

Yailen Valdivia Fernandez

Pelotas, 2015

Yailen Valdivia Fernandez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Moises da Costa Lopes, 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: Débora Zanutto Cardillo

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

F363m Fernandez, Yailen Valdivia

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN / Yailen Valdivia Fernandez; Debora Zanutto Cardillo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Cardillo, Debora Zanutto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para minha mãe, que ainda esteja longe sempre esteve presente, me apoiando e guiando os meus passos.

Agradecimentos

Agradeço todas aquelas pessoas que de uma forma ou outra estiveram comigo, me acompanhando, me apoiando, meus amigos e orientadores que acreditaram em mim.

Resumo

FERNANDEZ, Yailen Valdivia. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Moises Da Costa Lopes, Mossoró/RN.** 2015. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças que representam graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Considerando que a HAS e a DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), é providencial cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou DM, melhorando a qualidade dos serviços de atenção da saúde e garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático e efetivo. Desta forma, este trabalho de intervenção foi realizado com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN e se justifica por encontrarmos em nossa área de cobertura uma população com muitos fatores de risco, pouca cultura de saúde preventiva e educação em saúde com o total de 639 hipertensos e 158 diabéticos. Trata-se de uma intervenção desenvolvida no período de 12 semanas na UBS e utilizou como ferramentas os Protocolos preconizados pelo MS, bem como fichas espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pela ufpe. Foram desenvolvidas ações nos eixos de engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação e qualificação da prática clínica. Foi envolvido um total de 262 hipertensos e 172 diabéticos, 65,5% e 71,7% respectivamente, pois realizada apenas na equipe em que atuou. Do ponto de vista quantitativo foi importante a cobertura alcançada e do ponto de vista qualitativo os melhores resultados aconteceram com a orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientações sobre risco do tabagismo, sobre higiene bucal, além de estratificação de risco cardiovascular, exame clínico em dia e a busca ativa dos usuários com atrasos nas consultas, atingindo 100% das metas propostas. Ao término da intervenção, houve melhora também no cadastramento e no registro específico. Para o serviço também foi produtivo por incorporar as ações à rotina diária de trabalho, estabelecendo uma linha baseada na prevenção de saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A UBS está mantendo esta reorganização após a intervenção para continuidade das melhorias.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, hipertensão arterial, diabetes mellitus, Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Dr. Moisés Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 55 |
| Figura 2: Procedimentos na UBS Dr. Moisés Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 56 |
| Figura 3: Aferição de pressão arterial em visita domiciliar, UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015..... | 57 |
| Figura 4: Atendimento clínico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 58 |
| Figura 5: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 61 |
| Figura 6: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 62 |
| Figura 7: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015 | 64 |
| Figura 8: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015..... | 65 |
| Figura 9: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 66 |
| Figura 10: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos na UBS Moisés da Costa, Mossoró/RN, 2015. | 67 |
| Figura 11: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015..... | 68 |
| Figura 12: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015..... | 69 |
| Figura 13: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 71 |
| Figura 14: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015. | 72 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente comunitário da Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAP | Caderno de Ação Programática |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EAD | Educação à distância |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PA | Pressão Arterial |
| SAME | Serviço de Arquivo Médico e Estatística |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS |
| UBS | Unidade Saúde da Família |

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 9 |
| 1 Análise Situacional | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 12 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 22 |
| 2 Análise Estratégica | 24 |
| 2.1 Justificativa..... | 24 |
| 2.2 Objetivos e metas..... | 26 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 26 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 26 |
| 2.3 Metodologia..... | 28 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 28 |
| 2.3.2 Indicadores | 41 |
| 2.3.3 Logística..... | 48 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 51 |
| 3 Relatório da Intervenção..... | 53 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 53 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 58 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 59 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 59 |
| 4 Avaliação da intervenção..... | 60 |
| 4.1 Resultados | 60 |
| 4.2 Discussão..... | 76 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores | 79 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade | 81 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 84 |
| Referências | 85 |
| Anexos | 86 |

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à Distância (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 Unidade de Básica de Saúde (UBS) Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete itens, complementares na seguinte ordem:

Item 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 esquema de trabalho na mesma os indicadores de qualidade e saúde da comunidade.

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

Item 3 – Relatório de intervenção – Descreve-se o local onde será apresentado o relatório de intervenção, 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.

Item 4 – Avaliação da intervenção – Apresentando da análise e discussão dos resultados encontrados.

Item 5 – Relatório para os gestores– Neste contexto realizamos um relato do que foi a intervenção para a gestora de saúde no município.

Item6 - Relatórios da intervenção comunidade - Apresenta uma análise para a comunidade dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

Item 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – Aqui apresentada 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

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS), Dr. Moisés da Costa Lopes está localizada no município de Mossoró, no bairro de Redenção, Rio Grande do Norte. A unidade têm duas equipes de saúde e farmácia dentro da UBS, além de uma sala para a marcação de consultas com especialistas e departamento onde ficam os arquivos e guardam os prontuários de usuários no serviço de arquivo medico e estadística (SAME).

Eu ainda não conto com a equipe de saúde, mas a outra equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma assistente social, 11 agentes comunitários de saúde (ACS) e a médica. Atendemos cerca de 1400 famílias e mais de 4.200 pessoas, predominantemente neles as pessoas idosas. Temos cerca de 600 usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), cerca de 20 acamados, 25 crianças menores de 2 anos e um aproximado de 60 mulheres grávidas, contando as que estão fora de área, mas recebem atendimento na unidade.

Também temos um grande número de usuários com doença mental, não temos casos de Tuberculose e Hanseníase até agora. As doenças mais frequentes são hipercolesterolêmicas está presente em mais de 50% da população, seguido por doenças crônicas e fatores de risco prevalentes é a obesidade.

A comunidade tem um bom nível de educação, pois não temos altos índices de alcoolismo ou tóxico dependência, mais tem um alto índice de usuários com medicamentos psicotrópicos. O clima desta cidade é relativamente quente e mais quente durante o dia, é um município altamente produtor de petróleo e sal, descarte de resíduos sólidos e líquidos é através de trabalhadores responsáveis por esta função, o trabalho dos profissionais de saúde é importante e eficaz na pesquisa de doenças crônicas e infecciosas, o desenvolvimento de palestras e atividades com os grupos de risco, também aumentam a satisfação da população que servimos.

O trabalho na UBS é complementado em equipe, sendo a coisa mais importante na organização do trabalho para desenvolver semanalmente. A equipe de saúde faz uma reunião semanal de trabalho para planejar a próxima semana e analisar os principais incidentes que aconteceram na semana anterior que afetaram ou beneficiaram a satisfação da população, que é o nosso principal objetivo. Desta forma o trabalho é feito em minha unidade de saúde de acordo com a estrutura que têm.

Na minha unidade o serviço ao povo começa desde as 7 horas da manhã até 11 horas e logo após o almoço recomeça novamente às 13 horas até 17 horas. Ali temos bem pertinho da unidade uma escola de nível médio, onde em muitas ocasiões fazemos atividades da educação em saúde, assim como palestras e atividades para eles.

Também contamos com um psicólogo que visita a unidade toda segunda-feira para atender as pessoas que eu atendo e encaminho para receber o seu atendimento.

Nossa equipe faz uma reunião semanal para planejar o trabalho da semana seguinte, além de ser o momento onde toda a equipe comenta e discute as situações que favoreceram ou não facilitarem o processo de trabalho na unidade.

Espero deste jeito esteja mais complexa minha tarefa e fique feliz de conhecer mais da minha unidade de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A análise da situação de saúde é definida como resultado das ações dos diferentes fatores sociais na identificação e solução dos problemas da saúde. Tem por objetivo geral analisar a prévia caracterização da situação de saúde da população em um determinado contexto, considerando o seu cenário e tempo concreto, com vistas à identificação dos principais problemas de saúde, desde um enfoque epidemiológico até um enfoque estratégico.

No Estado do Rio Grande do Norte, o município de Mossoró tem uma população de 266.758 pessoas, conta com 45 UBS (tradicionais) e 64 Unidades de Saúde da Família (USF), tem a disponibilidade de três Núcleos de Apoio à Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três centros de atenção

especializada, além do serviço hospitalar, contamos com um hospital geral municipal, equipado para atendimento de pronto-socorro, três unidades de pronto atendimento (UPA), 1 hospital de internação e maternidade e três centros de atenção psicossocial (CAPS). A atenção hospitalar e de emergência é muito abrangente, mais ainda esta faltando qualidade de atendimento, Contamos também com a disponibilidade de diversos laboratórios, para realização de exames complementares.

A UBS Dr. Moisés da Costa Lopes pertence à área urbana, estando localizada no bairro de Redenção. Trata-se de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem uma equipe de saúde composta pelo médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, 10 agentes de saúde, a farmacêutica, pois a unidade tem farmácia dentro da UBS, além de uma sala para a marcação de interconsultas com especialistas e departamento onde ficam os arquivos e procuram os prontuários de usuários o pessoal do (SAME). Também contamos com um odontólogo e uma técnica de odontologia. A unidade está vinculada com o SUS e com as instituições de ensino, neste caso de tipo acadêmico exemplo no departamento de enfermagem.

Com relação à estrutura da unidade, é composta por recepção, onde fazemos o recebimento e acolhimento dos usuários, mas ainda falta colocar mais cadeiras, pois não são suficientes para a quantidade de pessoas que são assistidas na unidade; o departamento onde guardam os arquivos, prontuários e a maioria das informações da unidade, o qual também está precisando de manutenção, pois os armários estão muito velhos, além de não ter nenhuma segurança; a farmácia, que têm um espaço muito pequeno, além de que a porta não tem segurança e os medicamentos devem permanecer num lugar onde só o pessoal autorizado tenha acesso; temos também o consultório médico, o qual não conta com as condições necessárias, têm falta de equipamentos indispensáveis para trabalhar, além de não ter boa ventilação e o médico não têm sanitários dentro da consulta, deve utilizar o banheiro dos usuários; o departamento de vacinas está muito bom, mas ainda falta segurança nas portas, pois têm medicamentos controlados; a sala de curativos não conta com as condições necessárias para realizar essa atividade, têm falta de recursos, instrumentos e manutenção, além de que também fazem as nebulizações ali e não é adequado.

Temos ainda uma sala para reuniões, a qual não tem cadeiras em quantidade suficiente, o birô em mal estado e as janelas quebradas; o consultório

odontológico está bom estruturalmente, mas está precisando de material suficiente para realizar as atividades; as demais áreas da unidade também estão precisando de manutenção, mas o mais relevante é a falta de segurança que na unidade, pois tem muitas portas e janelas quebradas. Estas deficiências foram discutidas em reunião com a secretaria municipal de saúde onde se acordou uma remoção total da unidade (está dentro do programa de reformas).

As atribuições dos profissionais da saúde na unidade básica são limitadas, tendo em vista que não podemos realizar o trabalho bem feito devido à carência, tanto de pessoal da saúde como de recursos materiais indispensáveis para a condução de um bom atendimento por parte da equipe e do pleno funcionamento da unidade básica. Além disso, não contamos com os protocolos terapêuticos das doenças crônicas e infecciosas em nossa Unidade, e, embora o médico tenha tabletes, nem todas as unidades contam com internet, o que seria muito importante, em situações nas quais o médico apresente alguma dúvida sobre o tratamento de alguma doença não muito frequente, por exemplo.

Nossa unidade não conta com sala de urgência, nem emergência, nem para realizar pequenas cirurgias como também não conta com os recursos necessários para fazer. Neste caso, isso é uma dificuldade, pois chegam muitas pessoas precisando de um atendimento urgente que pode ser resolvido na unidade, por exemplo, aplicar uma injeção para dor, ou para vômitos, ou uma pequena ferida, e o pessoal da unidade não tem como resolver e tem que enviar o usuário para a unidade de pronto atendimento mais próxima. Situações como esta são discutidas nas reuniões da equipe, as quais são realizadas a cada quinze dias, onde todo o pessoal da saúde da unidade participa. Algumas demandas são resolvidas na mesma unidade, outras, porém, temos que aguardar que a secretaria de saúde ou a prefeitura, que são os órgãos superiores forneçam respostas sobre nossas insatisfações.

Na unidade atendemos cerca de 1.400 famílias e mais de 4.200 pessoas, predominantemente neles as pessoas idosas. Temos cerca de 600 usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e diabetes, cerca de 15 acamados, 25 crianças menores de 2 anos e aproximadamente de 45 mulheres grávidas, contando as que estão fora de área, mas recebem atendimento na unidade. Também temos um grande número de usuários com doença mental.

Na unidade não têm registros específicos onde apareçam bem delimitados as pessoas por raça, sexo, posso falar que é um grande desafio oferecer um bom atendimento para tantas pessoas tendo uma só equipe de saúde, mas estamos trabalhando dia a dia para melhorar essa situação, oferecendo um bom atendimento para cada pessoa que chega à UBS precisando de atendimento.

Com relação à atenção à demanda espontânea temos muitas dificuldades nesta unidade com a existência do cadastro da população, por não estar atualizado. Além disso, os profissionais da saúde desta unidade não têm conhecimento pleno sobre o total da população dentro sua área de abrangência, pois só contamos com uma equipe de saúde, ainda assim estamos realizando as atividades assistenciais diariamente, além das visitas domiciliares e do desenvolvimento de atividades de grupo na comunidade, procurando uma melhor educação em saúde.

Contudo, ainda temos dificuldades com as práticas de acolhimento dos usuários, visto que não é muito bem feito, pois os usuários chegam à consulta desconhecendo aspectos essenciais a sua assistência, o que significa que não são bem orientados na recepção quando chegam à unidade. Sabemos que o tamanho da equipe de saúde ainda não é compatível com o tamanho da população, mas, para as pessoas que assistem na unidade, essa atividade de acolhimento é necessária.

A distribuição da população pelo sexo, faixa etária, número de crianças menores de um ano, gestantes etc., não está muito bem identificado primeiro porque os profissionais desta unidade não levam um controle sobre isso e também porque temos muitas áreas descobertas que não pertencem na unidade, mas ainda assim são atendidos pela carência de assistência médica. Contudo, estamos trabalhando, fazendo novos cadastramentos, fazendo atividades de educação em saúde com a população, em centros de ensino, centros laborais, levando saúde para a comunidade.

Em relação à saúde das crianças, a UBS tem um controle tanto de consultas programadas como controle de vacinas, e também consultas fora do agendamento. Temos seus registros atualizados, mas ainda encontramos dificuldades com as vacinas, pois, muitas vezes faltam e temos que encaminhar os usuários para a unidade de saúde mais próxima para ver se conseguem ser atendidas. Ademais, damos um bom atendimento, realizamos palestras com as mães para orientar sobre os cuidados das crianças, onde estão envolvidos a maioria da equipe, por exemplo,

o médico, o enfermeiro, as técnicas de enfermagem, o odontólogo e os agentes de saúde, orientando sobre a importância de uma alimentação saudável de acordo com a sua realidade, e fazendo-a refletir sobre o seu estilo de vida, olhando o Caderno de Ações Programáticas (CAP) podemos observar que temos um total de 61 crianças menores de 1 ano residentes na área e destas, 60 sendo acompanhados na unidade o que representa 98%, mas o monitoramento e controle ainda são insuficientes, pois temos muitas crianças fora da área de abrangência da unidade, nesse caso é um pouco difícil manter o bom controle delas, mas fazemos todo o necessário para que essa criança chegue até a unidade e não fique sem ser atendida. Dizer que todos estes atendimentos têm um caráter programático, é dizer a maioria das consultas são agendadas, mas também temos demanda do atendimento fora do agendamento, é por isso que os indicadores são ainda baixos, mas estamos trabalhando sobre os registros para poder manter um bom controle e monitoramento.

Falando sobre a cobertura do pré-natal contamos com uma estimativa de 63 gestantes segundo o CAP, mas na unidade temos 60 gestantes o que representa 95%, nossa unidade cada dia faz as ações necessárias para melhorar e ter mais segurança no atendimento delas. A maior dificuldade está relacionada à resistência das mulheres ao pré-natal que muitas vezes não é suficiente pelas mudanças de endereços no período da gravidez, assim como a idade com que ficam grávidas, pois muitas delas são adolescentes e não tem conhecimento suficiente sobre a importância do pré-natal, os atendimentos destas mulheres são de maneira programáticas, mas também a unidade não conta com protocolos de atendimentos e também não contamos com registros específicos para o controle destas mulheres. Além, disso temos uma área descoberta muito grande onde fica o maior número de grávidas, e ainda não têm cadastro em nossa unidade básica de saúde. O qual dificulta a atividade de seguimento e monitoramento delas.

Na minha unidade está sendo desenvolvidas estratégias como parte do cronograma de atendimento para fazer a atenção pré-natal com a qualidade que precisa, pois temos os indicadores baixos devido a que do total de mulheres que realizam atenção pré-natal só uma pequena parte delas começou desde o primeiro trimestre da gestação, mas a maioria recebeu as orientações necessárias por parte de nossa equipe, fale-se médico, odontólogo, enfermeiro, agentes de saúde para que elas levaram uma boa gestação. Temos espaços com as gestantes para

oferecer os conhecimentos necessários sobre os cuidados da gestação, além disso, elas têm um acompanhamento tanto do médico como do enfermeiro. Acho que temos que trabalhar mais com a captação precoce e o atendimento odontológico que ainda tem muitas deficiências, pois a consulta de odontologia não conta com todos os recursos necessários para fazer um bom atendimento, e, além disso, o dentista tem muitas irregularidades para assistir na unidade, e assim é muito difícil levar um bom controle.

Outra dificuldade que é importante ressaltar está no atendimento precoce no primeiro trimestre, que apesar de importante, não está tendo bons resultados devido a pouca idade das gestantes e sua falta de conhecimentos, ainda assim recebem as orientações necessárias sobre os cuidados que se deve ter na gestação e a importância da realização do pré-natal. Nestes casos os profissionais da saúde da unidade aproveitam as consultas para realizar palestras, dinâmica de grupos e explicar sobre a importância dos cuidados em saúde no período pré-natal. Além disso, durante as visitas domiciliares fazemos a captação precoce, sondando na comunidade, todas as mulheres que podem estar grávidas.

Com relação à prevenção de câncer de útero e câncer de mama contamos com um total de 1057 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, e 675 acompanhadas na unidade para prevenção de câncer de colo de útero o que representa um 64% e temos um total de 317 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e 210 acompanhadas na unidade para prevenção de câncer de mama o que representa 66% (CAP), é importante ressaltar que a ocorrência destes constitui um grave problema na saúde pública no mundo. As unidades básicas de saúde têm um papel fundamental na prevenção destes cânceres, pois é na atenção primária que os profissionais da saúde, por trabalharem diretamente com a comunidade, assumem uma importante responsabilidade na orientação de todas essas mulheres, conscientizando-as sobre os procedimentos necessários para que cuidem da sua própria saúde.

Na minha unidade ainda temos muitas deficiências, pois ainda não dispomos do total de atendimentos e acompanhamentos destas mulheres, ainda assim as consultas são programadas, mas também temos muitas mulheres fora da área de abrangência da unidade que precisam do atendimento, mas não estão cadastradas, e assim é muito difícil levar um bom controle. Além disso, não existe um registro especial onde fiquem todos os atendimentos realizados, depois que o enfermeiro

realiza o exame de prevenção não têm um seguimento adequado. E por isso que além de preencher o caderno ainda os indicadores são baixos para o seguimento, pois do total de mulheres atendidas só um 55 receberam todas as indicações e mantêm um bom seguimento.

Acho que essa situação vai melhorar consideravelmente, pois devido às exigências e as reuniões que tivemos com a equipe, conseguimos a alocação de um enfermeiro fixo na unidade, e durante toda a semana. Até hoje a unidade não tinha um registro específico para estes casos, mas a situação está mudando e com a ajuda de todos, estamos fazendo novos cadastros, recuperando informações para poder levar um bom controle, acompanhamento e monitoramento destas usuárias. Já começamos, inclusive, a fazer um novo cadastramento das mulheres que moram fora da área de abrangência da unidade, e em conjunto com os agentes de saúde e algumas pessoas da comunidade estamos recuperando as informações, dentre as ações de atenção à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, destacam-se as atividades de educação em saúde, as quais, durante os atendimentos às mulheres, ofereceram palestras, dinâmica de grupo para orientá-las sobre como adotar estilos de vida mais saudáveis, evitando os fatores de risco que possam levar estas doenças.

Infelizmente, em se tratando do programa de prevenção de câncer de mama posso falar que ainda temos muita deficiência neste sentido, pois as mulheres não possuem um conhecimento apropriado sobre esta doença e sobre os fatores de risco que podem desencadear, pois as atividades de promoção e prevenção não estavam sendo bem feitas, e, além disso, não contamos com um registro especial para os cadastramentos destas mulheres. Acho que esta situação pode ser mudada, estamos fazendo novas pesquisas e atividade de rastreamento em toda a comunidade para levar promoção e prevenção de saúde, orientando a população feminina sobre a importância de cuidar da sua saúde, bem como sobre como fazer o autoexame de mama. Também estamos investindo bastante em palestras e dinâmicas de grupo durante o atendimento, e tentando colocar um profissional especializado que trabalhe só neste programa, diminuindo assim a incidência de mortalidade por estas doenças.

Respeito ao controle de usuários hipertensos e diabéticos, contamos com um total 870 usuários hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade e 400 acompanhados na UBS, representando 46% e comum total de

usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de 246, acompanhamos 240, representando 96% segundo o CAP nosso trabalho na unidade básica de saúde é fundamental. Em meu serviço, estou trabalhando para qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade, de modo que hoje conto com uma equipe de saúde, e em conjunto todos os profissionais da unidade de saúde estão desenvolvendo atividades para beneficiar os usuários, sobretudo aqueles mais carentes e mais precisados, pois a qualidade de atenção está um pouco baixa, devido às deficiências encontradas na unidade.

Estamos fazendo novos cadastramentos, pois ainda têm muitas pessoas que assistem na unidade apresentando sinais e sintomas destas doenças, mas não tem conhecimento das mesmas. Fazemos palestras, dinâmicas de grupos, para orientar a população sobre como evitar os fatores de risco que podem desencadear esta doença, também começamos fazer registros especiais para cadastrar estes usuários e assim ter um bom controle. Em conjunto com os profissionais da saúde que pertencem ao NASF fazemos encontros onde eles assumem um papel fundamental, pois tratamos os temas de obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, alimentação saudável, prática de atividades físicas e assim tentar mudar os estilos de vida destas pessoas.

Nas consultas aproveitamos para indicar exame de rotina para todos os usuários maiores de 20 anos, essa é outra maneira de realizar uma busca ativa para melhorar o bom funcionamento da unidade e, sobretudo, elevar a qualidade de vida dos usuários. A atividade de encaminhamento para as especialidades correspondentes também está sendo melhorado, pelo menos o agendamento desde a unidade de saúde, em especial, nutricionista, endocrinologista e cardiologista, pois a maioria dos usuários com estas doenças sofrem de obesidade, hipercolestolemia etc. Também encaminhamos para pedologia assim eles podem evitar complicações. Acho que o trabalho que estamos fazendo é muito bom, pois vamos ter um melhor controle, seguimento e monitoramento destes usuários e assim levar um bom acompanhamento durante o processo da sua doença.

Por fim, considerando os indicadores da qualidade de atenção aos idosos, acho que são favoráveis, pois para um total de 454, temos 350 com um seguimento multidisciplinar o qual constitui 77% pelo CAP, ainda que tenhamos que continuar trabalhando para melhorar a cobertura. Na minha unidade ainda não dispomos de protocolo de atendimento para o usuário idoso, o que é uma deficiência encontrada

na atenção que prestamos, inclusive na hora de preencher o questionário. Acho que a gerência da Unidade deve procurar ele na Secretaria de Saúde Municipal para ser aplicado, e, desse jeito, todos os profissionais da UBS conheçam e melhorem a qualidade de atendimento da população, sendo menor a necessidade de encaminhar ao idoso para atendimentos especializados, sobretudo para coisas que nós podemos resolver na Atenção Básica.

É importante também aumentar o cadastro dos idosos pelas agentes comunitárias de saúde nas micro áreas, procurando a existência de idosos que não têm como chegar à Unidade Básica de Saúde, também para receber orientações no seu domicílio, quando for o caso. Além disso, precisamos continuar fazendo o cadastramento dessas pessoas, para atingir 100% de cobertura desse público, dispondo de caderneta de pessoa idosa, onde sejam colocadas as medicações e os dados de conhecimento do usuário.

Achei também que pode-se levar um programa de atenção destes usuários onde exista uma pessoa que faça o registro e controle dos atendimentos que têm os idosos calculados nas frequências que eles podem ser vistos no ano, avaliando a qualidade desse atendimento e o tipo de atendimento que recebeu, ou seja, se foi médico, odontológico, profissional especializado, enfermeiro ou outro, ficando no registro individual de cada usuário maior de 60 anos.

Essas e outras ações podem aumentar a esperança de vida considerada para os usuários, além de oferecer um atendimento adequado para essas pessoas que já têm a idade como desafio para enfrentar as situações da vida comum.

É por isso que nossa atenção aos usuários com mais de 60 anos deve estar organizada e não ser só de importância para os geriatras porque as demandas são maiores nas UBS e têm, além do atendimento das situações de saúde agudas, o monitoramento do risco de morbimortalidade e detecção da fragilidade e demência, doenças que prejudicam parcial ou definitivamente um idoso.

A saúde bucal é um tema muito importante a ser tratado nas consultas médicas, pois existe uma alta incidência de doenças bucais e outras doenças desencadeadas por elas.

Na unidade, contamos com um odontólogo e uma técnica de odontologia, o que impede o bom atendimento, visto que a população é muito grande e temos usuários que se encontram fora da área de cobertura da unidade que precisam atendidos.

Além de preencher o caderno de ações programáticas temos muitas deficiências ainda, pois o atendimento é insuficiente para a demanda da população. O profissional da saúde, neste caso o odontólogo, não conta com um registro especial para o atendimento preferencial, não têm bem definido seus atendimentos por categoria de idade só do jeito aproximado, isso também impede o bom funcionamento da unidade e o bom atendimento porque não tem um bom controle na hora de fazer o seguimento dos usuários.

Também é importante falar que eles só têm atendimento num único horário, somente no turno da manhã, o qual prejudica o atendimento, pois, ficam muitas pessoas sem consultar, isso devido ao agendamento ser muito pouco, limitado a um turno e também não ser disponível por toda a semana. Falando sobre as atividades feitas na consulta odontológica, posso falar que conta com os recursos e materiais necessários, mas ainda assim são insuficientes, pois em muitas ocasiões é necessário encerrar o atendimento, porque o material acabou. Além disso, se realizam varias atividades como obturação, filtração, limpeza, medicação e pequenas urgências. Também se realizam atendimentos coletivos, nos dias que os profissionais oferecem atendimentos para a população, como palestras, dinâmicas de grupos e outras atividades, onde educam a população sobre como se deve realizar a limpeza dos dentes, como devem passar a escova, sobre como as mães devem fazer com as crianças, também as pessoas doentes e idosos são orientados de como devem cuidar sua boca e assim evitar muitas doenças ou impedir complicações.

No meu caso, em cada consulta informo e oriento os usuários sobre a importância da saúde bucal, realizo palestras para promover e prevenir doenças bucais, sobretudo em crianças, grávidas, idosos e pessoas que sofrem doenças crônicas. Também convocamos reuniões com as pessoas da comunidade para organizar grupos dinâmicos e em conjunto com os agentes comunitários de saúde e fazemos programas de educação para a comunidade.

Acho que desde o começo do trabalho encontrei muitas deficiências na minha unidade em todos os aspectos, desde a estrutura da unidade, seu jeito de atendimento, os profissionais que nela trabalham e sobre todas as deficiências que impede o bom funcionamento da unidade. Mas hoje posso falar que uma boa parte desses problemas está sendo resolvida, a população está ficando muito contente com nosso trabalho, e é devido a isso que contamos com uma ferramenta muito

importante na unidade hoje, que são os profissionais da saúde com outros pensamentos e objetivos, um só objetivo no qual todo concordamos: melhorar a saúde da população e dar para eles o melhor de nós e assim elevar a qualidade de vida das pessoas no Brasil.

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

Ao início do curso foi realizada uma análise geral da situação da unidade tanto na estrutura quanto o serviço de saúde da família prestado pela equipe no município, quando foram relatadas as características estruturais da unidade e os respectivos serviços realizados, e posteriormente à realização da análise situacional, esses aspectos foram avaliados com maior profundidade com a obtenção de uma visão mais clara evidenciando que temos muito trabalho para fazer. Realizando uma comparação das questões analisadas na unidade de ambientação no caso da situação da ESF/Atenção Primária em Saúde (APS) no serviço e a análise de agora considero que houve mudanças, com pequenas variações estadísticas populacionais, pois é uma margem de tempo muito curta para que aconteçam grandes câmbios.

Depois de fazer uma análise minuciosa da situação de saúde na UBS, considero que foi um trabalho muito proveitoso que permitiu à equipe conhecer em detalhes as características da UBS, o que servirá de guia para desenvolver o plano de ações em busca da melhora da qualidade do serviço. Tendo em conta que foi realizada uma análise geral da situação do município, da UBS e da população, obteve-se uma visão mais clara da realidade de nosso trabalho o qual deu uma medida de quanto de quanto esforço e trabalho devemos realizar para conseguir nossos objetivos.

Eu acho que nossa avaliação final foi muito mais específica e adequada, pois no começo da unidade não conhecíamos em realidade os principais problemas de nossa Unidade Básica de Saúde, a sua magnitude e repercussão dos mesmos, pouco a pouco com o desenvolvimento dos temas, com o apoio e sistematização do curso, os temas proporcionados e o acompanhamento de nossos orientadores fomos capazes de especificar cada problemática e buscar possível solução.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças que constituem os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido a estas doenças é muito alta, motivo pelo qual a HAS e a DM representam graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013). Assim como no Brasil e no mundo, estas doenças têm uma alta incidência em nosso município, sendo motivo de uma atenção mais qualificada nos serviços de saúde. Logo, considerando que a HAS e a DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), é providencial cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou DM, melhorando a qualidade dos serviços de atenção da saúde e garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático e efetivo. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Moisés da Costa Lopes atualmente atende uma população adstrita de 4.200 usuários. Dispõe de estrutura física com: recepção, sala para arquivo dos prontuários (SAME), sala de vacina, sala de curativos, farmácia, consultório médico, consultório de enfermagem, consultórios de odontologia, banheiros para trabalhadores e usuários. Nossa equipe é composta por médica, enfermeiro, técnicas de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, técnica em saúde bucal e dois técnicos em farmácia.

A realização da consulta de hipertensos e/ou diabéticos na UBS ocorre uma vez na semana, mas a demanda pode aumentar. Agendamos usuários continuamente que precisam de acompanhamento, e neste, geralmente fazemos o exame físico geral e por sistemas, seguindo a conduta adequada para aqueles usuários que precisam. Temos apenas 46% (400) da população adstrita de hipertensos e 96% (240) da população adstrita de diabéticos pelo CAP. Agendamos usuários continuamente que precisam acompanhamento. Temos dificuldade no atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, em 25% da população de hipertensos. A realização de exames periódicos em dia para estes usuários

representa 60%. Com relação à DM, temos atraso das consultas agendadas em mais de sete dias em 29% da população, e a realização de exames periódicos em dia corresponde a 63%, assim como melhorar o exame físico dos pés, medida da sensibilidade dos pés, e palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa, de 58%, dos usuários diabéticos. Apesar de possuir pelo CAP 639 hipertensos e 158 diabéticos, iremos realizar a intervenção apenas na equipe em que atuo que possui 400 hipertensos e 240 diabéticos.

Por se tratar de doenças que na maior parte do seu curso são assintomáticas, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados pela população, sendo necessária a captação imediata destes usuários para o acompanhamento constante nos serviços de saúde. Contudo, somente o cadastramento destes usuários não é suficiente, visto que, até mesmo os usuários cadastrados, nem sempre aderem ao tratamento. Essa conjuntura revela a necessidade de uma atuação mais proativa dos profissionais de saúde, especialmente na atenção básica de saúde, instigando os usuários a adotarem modificações em seus estilos de vida e assim, prevenir o aparecimento destas doenças, ou mesmo valorizando o processo terapêutico.

Em face disto, realizaremos a ação programática Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos. Considera-se esta proposta de intervenção importante, na medida em que visa à melhoria da qualidade de atenção da população de hipertensos e/ou diabéticos de um território de Mossoró, RN. Embora lidemos constantemente com impasses que dificultam uma atuação efetiva, como o atraso na realização de exames complementares pelo SUS, e as rápidas avaliações por endocrinologista e cardiologista buscaram sempre fortalecer nossas ações, desenvolvendo atividades de promoção de saúde, para que a população tenha mais conhecimento acerca destas patologias e modifique estilos de vida inadequados.

Creio que com o desenvolvimento desta intervenção, poderemos modificar muitos destes problemas, mediante sensibilização e cooperação de todos envolvidos no processo. Além disso, a intervenção poderá ajudar a melhorar os indicadores de saúde da UBS, favorecendo maior relação entre os usuários e os profissionais de saúde, e ampliando o conhecimento dos usuários sobre estas doenças, as possíveis complicações e como podem ser mais bem conduzidas em seu processo terapêutico. Para tanto, contaremos com alguns aspectos facilitadores à viabilização e realização da intervenção, como as condições de estrutura na UBS que foram

melhoradas, todos os equipamentos estão em ótimas condições, conhecimento intelectual da médica e da enfermeira para atuar no cuidado destes usuários, assim como o apoio integral equipe e da gerência da UBS e Secretaria Municipal de Saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Moisés Da Costa Lopes, Mossoró/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao 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.

Metas relativas ao 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.

Metas relativas ao 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.

Metas relativas ao 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.

Metas relativas ao 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.

Metas relativas ao 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 está estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses na área da equipe da UBS Moises da Costa Lopes, no município de Mossoró/RN. Participarão todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013), 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).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas

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

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme os eixos programáticos do Curso. Tem-se a expectativa de abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção de modo a contemplar todas as metas e indicadores.

- 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 Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS ficarão 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 diabéticos cadastrados no programa.
- Garantir o agendamento de consultas programadas.
- Garantir material adequado para a aferição de pressão arterial e material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus.

Detalhamento: Os registros serão feitos por qualquer profissional de 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. O agendamento das consultas programadas foi combinado 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. O acolhimento será feito por qualquer funcionário da UBS. Quando o usuário for acolhido por profissional que não seja da área da saúde, o mesmo encaminhará o usuário à sala de espera ou sala de enfermagem. Por fim, será revisado todo o material da unidade e suas validades, sendo encaminhado aos técnicos responsáveis, assim como para calibrar, quando necessário, os esfigmomanômetro e testar os aparelhos para medição de HGT.

- ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Orientar 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, quanto em visitas domiciliares, mas principalmente reforçadas nas consultas programadas na UBS ou em consultas de livre demanda.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os agentes comunitários de saúde para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da equipe de saúde
- Capacitar a equipe para verificação criteriosa da pressão arterial e para realização de hemoglicoteste.

Detalhamento: Ações que serão realizadas nas duas semanas iniciais e sempre continuadas quando necessárias (nas reuniões semanais da equipe), para a garantia de qualidade e eficiência no cadastro dos usuários e garantia da capacitação da equipe. O responsável será o médico, e o enfermeiro 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).

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

Metas

- 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.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado de usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, assim como a periodicidade recomendada.
- Monitorar os diabéticos e hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O monitoramento da quantidade de hipertensos e /ou diabéticos com os exames laboratoriais solicitados será feito pelo enfermeiro, quem será o encarregado de receber os resultados. O medico será a pessoa que vai avaliar o resultado dos exames e vai garantir o monitoramento de aqueles usuários que estejam precisando do atendimento odontológico com a periodicidade estabelecida.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da unidade de saúde.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada dos protocolos impressos na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares dos usuários.
- Garantir com gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade.
- Realizar controle de estoque (incluído validade) de medicamentos.
- Organizar a ação para avaliação de necessidades de atendimento odontológico de hipertensos e/ou diabéticos.
- Organizar agenda de saúde bucal para hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

A capacitação e atualização dos profissionais serão feitas pelo medico e o enfermeiro com uma periodicidade de quinze em quinze dias, o gestor vai ser o responsável de garantir a versão atualizada do protocolo impresso da unidade, o medico deve garantir a solicitação dos exames complementares, além disso, em conjunto com o gestor municipal, buscar a integração dos medicamentos necessários para cobrir as necessidades dos usuários, e o medico junto com o odontólogo devem avaliar e organizar uma agenda para atendimento odontológico destes usuários.

- ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários da comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes das e sobre a importância de ter os pés, pulsos e a sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, bem como quanto à periodicidade com que estes devem ser realizados.
- Orientar usuários e comunidade quanto ao direito de acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

O médico será o responsável de fazer uma capacitação aos ASC, para que eles possam orientar aos usuários sobre a importância de manter um seguimento adequado da sua doença, das avaliações periódicas, realização dos exames complementares e a utilização dos medicamentos na farmácia da unidade. Estas palestras poderiam ser feitas uma vez por semana.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e para orientação dos usuários e comunidade com relação aos exames complementares e ao direito de acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

O médico será o responsável de fazer uma capacitação aos ASC, enfermeiro, técnicas de enfermagem e o pessoal da farmácia para a solicitação e realização de exames clínicos apropriados de acordo ao protocolo, o odontólogo é a

pessoa responsável de capacitar a equipe para avaliação de usuários com necessidades de atendimento odontológico.

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

Metas

- 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.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento:

Para monitoramento e cumprimento das consultas previstas no protocolo o enfermeiro vai ser o encarregado do registro onde vão ser colocados os resultados dos exames e a periodicidade das consultas e assim ter um melhor controle, que por sua vez vai ser avaliado pelo medico.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento:

O profissional da saúde, neste caso a médica vai agendar consultas para esses usuários faltosos que vão ser procurados pelos ACS na busca ativa na comunidade.

- Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realizar as consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos
- Esclarecer aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como à comunidade, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Neste caso os ACS têm a responsabilidade de informar aos usuários e a comunidade sobre a importância da realização das consultas na periodicidade estabelecida, além das técnicas de enfermagem que vão compartilhar esta tarefa.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

O médico vai ser o responsável de capacitar os ACS para realizar orientação aos hipertensos e/ou diabéticos sobre a realização das consultas e sua periodicidade orientada pelo protocolo.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas

- 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.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento:

Neste caso o enfermeiro vai ser o profissional capacitado para o monitoramento e realização de registros confiáveis e com a qualidade necessária para os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros
- Pactuar com a equipe o registro de informações.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, não realização de estratificação de risco, a falta de avaliação de comprometimento de órgão alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O enfermeiro junto com o médico vão ser os encarregados de manter as informações do SIAB, implantação e atualização das fichas de acompanhamento, além de seu monitoramento, o médico é quem vai pactuar com a equipe a realização dos registros das informações e o enfermeiro vai ficar responsável do monitoramento das consultas, realização dos exames e o seguimento do usuário.

- ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento:

Os ACS vão ser os responsáveis de orientar aos usuários sobre seus direitos, tendo uma pequena capacitação com o enfermeiro da unidade.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe de saúde no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

O medico junto ao enfermeiro vão ser os responsáveis de capacitar a equipe para a realização e preenchimento dos registros de maneira adequada.

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

Metas

- 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.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento:

Os ACS juntos com o enfermeiro vão ser os responsáveis pelo monitoramento dos usuários na verificação do risco, avaliado pelo medico da unidade.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

O medico vai organizar uma agenda para avaliar os usuários caracterizados como de alto risco, e realizar consulta prioritizada.

- 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 (como a alimentação).

Detalhamento:

Os ACS são os responsáveis de fazer atividades educativas onde vão orientar aos usuários sobre as diferentes manifestações da doença, a importância do cuidado, esta atividade vai ser feita depois duma capacitação que o medico vai fazer pra os ASC nas duas primeiras semanas da intervenção.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a 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 para a importância do registro dessa avaliação.
- Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

O enfermeiro da unidade vai ser o responsável da capacitação do resto dos profissionais (equipe) para orientar aos usuários sobre a importância de seu acompanhamento e controle na unidade da sua doença e os fatores de risco modificáveis.

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

Metas

- 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.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre risco de tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal para estes usuários.

Detalhamento:

O medico vai ser o responsável do monitoramento de todas as atividades de orientação levadas a cabo já seja pelo o enfermeiro ou os ASC com respeito á nutrição, pratica de atividades físicas, orientação sobre o tabagismo e a higiene bucal, neste aspecto também inclui a presença do odontólogo para realizar uma palestra sobre este tema.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas regulares.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.
- Demandar a o gestor a compra de medicamentos para o tratamento e abandono do tabagismo.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento:

Neste caso o medico da unidade vai ser o responsável da organização do pessoal qualificado para realizar palestras aos usuários diabéticos e/ou hipertensos, vai se realizar um encontro da equipe para ficarem conformado parcerias com nutricionistas, educadores físicos, pra trabalhar com os usuários, o odontólogo vai ser o responsável de fazer palestras (atividades educativas) para conhecimento dos usuários sobre a importância da saúde bucal.

- ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Orientar usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância de realizar atividades físicas regularmente.

- Orientar usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para o abandono do tabagismo.
- Orientar usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Os ACS vão ser os responsáveis de procurar líderes informal na comunidade e orientá-los para informar aos usuários e a população mesma sobre os fatores de risco, a importância de se manter controlado, ter os exames em regra, orientar sobre a existência dum tratamento para deixar o tabagismo, o enfermeiro vai monitorar esta atividade que na sua vez vai ser controlada pelo médico.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para oferecer orientação sobre saúde bucal

Detalhamento:

O médico junto com o odontólogo vão ser os responsáveis de capacitar a equipe da unidade de saúde sobre estes temas para que eles possam orientar os usuários e a comunidade e assim manter e elevar a qualidade de vida dos mesmos.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 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.

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

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

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

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

Indicador 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 aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: 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 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos as consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo.

Denominador: Número de usuários cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Durante a realização da intervenção adotaremos como referência o Manual Técnico de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que estão disponíveis na unidade de saúde, sendo realizada apenas por uma equipe devido ao qual, no começo da análise situacional eram duas equipes sendo uma delas incompleta que logo foi dissolvida e ficou sendo só uma. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre estes protocolos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto, será destinada uma hora quinzenal, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Utilizaremos o prontuário específico e a ficha espelho do Curso, realizar o cadastramento dos usuários sempre que necessário nos atendimentos clínicos. A ficha prevê a coleta das informações sobre estratificação risco cardiovascular por critério clínico, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, avaliação da saúde bucal em dia, mas faltas outras informações como exame físico dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos usuários diabéticos). Assim, para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar. Neste caso o enfermeiro organizará o livro de registros específico que também será criado para identificar esses usuários, anotando os que passarem por consulta médica ou de enfermagem pelos próximos 3 meses. A profissional localizará o prontuário destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis na ficha-espelho, sempre

monitorando, anexando com informações de consultas em atraso, exames clínicos, exames laboratoriais e vacinas em atraso. “Realizando também estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, assim como existência de orientações de atividade física regular, nutrição, tabagismo e avaliação da saúde bucal”.

Estimamos alcançar com a intervenção 630 hipertensos e 300 diabéticos, pelos dados da equipe, uma vez que no CAP são 870 hipertensos e 249 diabéticos, já na planilha da coleta de dados são 639 hipertensos e 158 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para as disposições de todas as fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção não contamos com planilha eletrônica de coleta de dados, pois a unidade básica não dispõe de rede para planilha eletrônica, neste caso o enfermeiro vai ser o responsável da coleta dos dados dos usuários, sendo monitorado pela médica e colocado na planilha do curso.

Para acolher a demanda de usuários hipertensos e/ou diabéticos, há necessidade de alterar a organização das consultas de usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo preciso agendar os usuários provenientes da busca ativa, reservando duas seções semanais de atendimento de hipertensos e/ou diabéticos e seis consultas com prioridade no agendamento de atendimento, onde sairão da unidade de saúde com a próxima consulta agendada. Cada membro da equipe é responsável pelo acolhimento destes usuários, que ocorrerá na UBS (nas segundas e quartas-feiras) e durante as visitas domiciliares (todos os dias). Os usuários que por ventura necessitarem atendimento sob a demanda espontânea, a médica em conjunto com o pessoal do SAME vamos proporcionar ao menos duas consultas no agendamento de atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Faremos contato com os líderes ou representantes da comunidade, na escola, a igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação e participação destes usuários no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Serão realizadas orientações quanto à importância em se diagnosticar a HAS/DM precocemente, exemplificar seus riscos e reafirmar as vantagens de iniciar um tratamento precoce e até mesmo de prevenção em níveis pré-hipertensos e pré-diabéticos. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão a partir

dos 18 anos e rastreio de DM em pessoas com pressão arterial sustentada de 135/80 mmhg.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas- espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, estratificação de risco cardiovascular, exames clínicos, exames complementares em atraso. As agentes comunitárias de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca ativa será agendada a consulta do usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha- espelho será consolidado no registro.

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 médica, 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 a 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.

A maioria das semanas de nossos encontros foi realizada com assistência e motivação, sempre contando com todo o apoio da gerente e demais pessoas da unidade.

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 (figura 2) e assim mantivemos a qualidade dos mesmos, e claros, 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 as unidades, de fato nunca deixarem de assistir completamente, trabalhavam em dias alternados e assim davam cumprimento com o trabalho, pois ao parecer 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.



Figura 1: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Dr. Moisés Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

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 (IMC) dentro 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 mmhg. Além disso, fizemos grupos com a população alvo na periodicidade mensal (figura 1). 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.

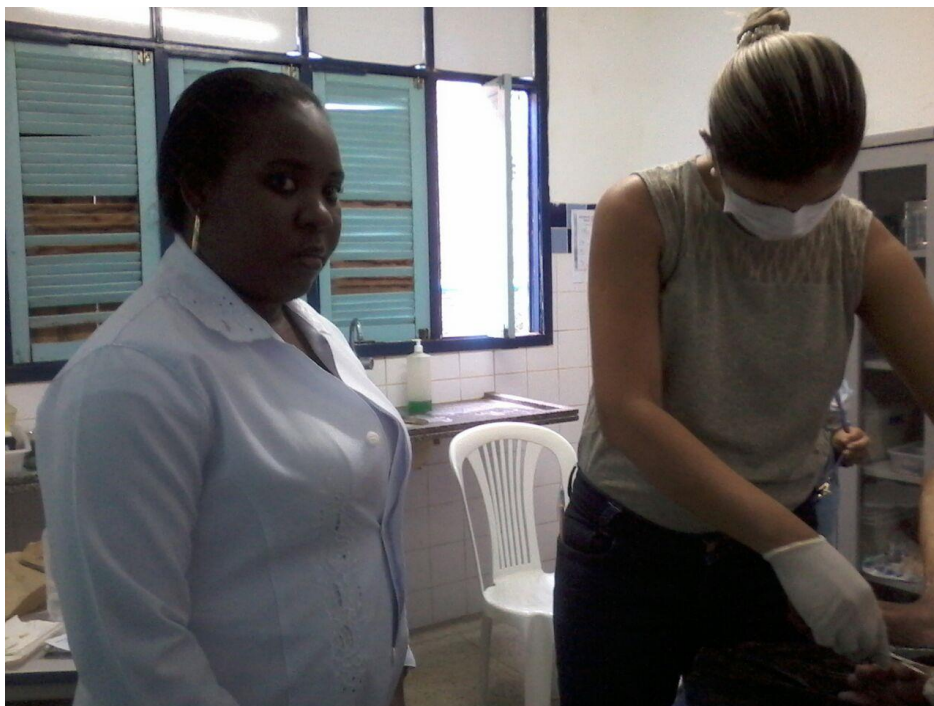


Figura 2: Procedimentos na UBS Dr. Moisés Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

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 (figura 3). 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 Hipertensos e/ou diabéticos.



Figura 3: Aferição de pressão arterial em visita domiciliar, UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Um aspecto fundamental e importante foi a relação com a comunidade e os grupos de hipertensos e diabéticos, o qual se intensificou durante a intervenção, onde participaram e foram cadastrados 262 hipertensos e 172 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 (figura 4) e também nas visitas domiciliares. 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.



Figura 4: Atendimento clínico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

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 á 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 da médica, 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 da médica 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.

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 MS, e mais especificamente, a Secretaria Municipal de Saúde deve aumentar o nível de atenção nos problemas detectados e possíveis soluções, e assim por elevar e melhorar a qualidade da população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN foi realizada entre os meses de abril e julho. Para a avaliação dos resultados, iremos analisar a intervenção realizada em 3 meses ao invés de 4 meses, como estimado pelo cronograma da intervenção. Isso porque tiveram minhas férias e, como única médica, a equipe não pode prosseguir sem os atendimentos clínicos. A população total adstrita da UBS é de 4200, com estimativa pela planilha de coleta de dados de 639 hipertensos e 158 diabéticos. Porém, como foi realizada apenas em minha equipe, consideraremos 400 hipertensos e 240 diabéticos, ao invés das estimativas anteriores de 630 hipertensos e 300 diabéticos, pois era os dados totais da UBS. Utilizamos estes dados por ser apenas eu com minha equipe que realizamos na UBS por ter tido dificuldades com outros profissionais.

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

Meta 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.

Na área adstrita da minha UBS pertencem à população alvo 400 hipertensos, deles foram acompanhados e, alcançando ao final da intervenção, uma cobertura de 65,5% o que ficou abaixo da meta proposta pela equipe de 100% de cobertura. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, mesmo não atingindo a meta proposta, devido a situações como: minhas férias o qual atrapalhou um mês de trabalho, pois na minha unidade não foi desenvolvida a atividade de consultas médicas e o atendimento dos usuários diabéticos e/ou hipertensos, pois depende muito do médico. Além disso, as ausências dos profissionais na unidade como agentes comunitários de saúde, dentista, técnicas de enfermagem, devido a situações pessoais e há quase dois meses o enfermeiro juntou-se aos demais profissionais da saúde e faltou na UBS por greve no município. Ressalta-se que esta greve não foi uma paralisação total, porém os profissionais iam às unidades e nunca

deixaram de assistir na sua totalidade, assistiam dias alternados. Visto assim no 1º mês foram atendidos 72 hipertensos com um percentual de 18,0%, no 2º mês foi de 39,9%, correspondendo a 156 hipertensos e no 3º foram atendidos 262 hipertensos, chegando até 65,5%. As ações que mais auxiliaram para ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: acompanhamento os dados previamente recolhidos e os registros dos usuários cadastrados, rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 20 anos desenvolvido pela equipe de saúde, as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população, capacitações com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento, exames clínicos e complementares.

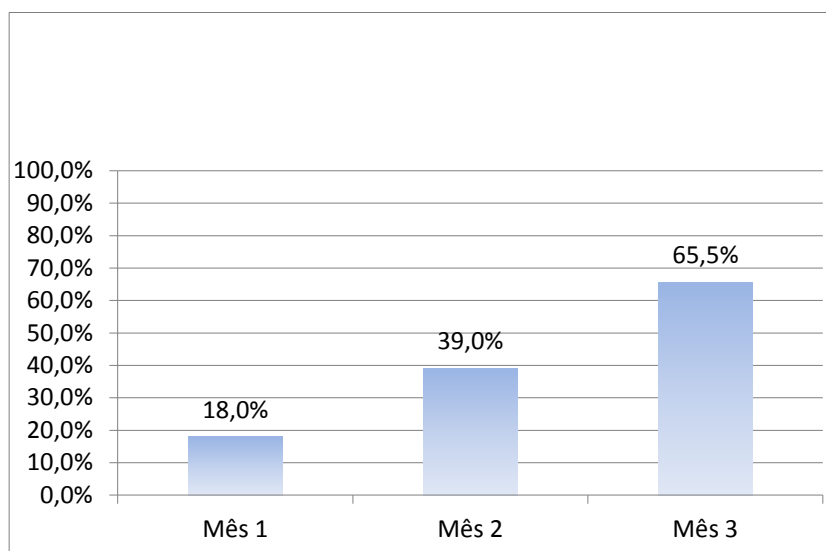


Figura 5: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 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.

Na área adstrita da minha UBS pertencem 240 diabéticos, deles foram acompanhados e alcançou ao final da intervenção uma cobertura de 71,7%. A meta proposta pela equipe não foi cumprida por situações externas tais como: minhas férias o qual atrapalhou um mês de trabalho, pois na minha unidade não foi desenvolvida a atividade de consultas medicas e o atendimento dos usuários

diabéticos e/ou hipertensos depende muito do médico, além disso, a ausência dos profissionais à unidade como agentes comunitários de saúde, dentista, técnicas de enfermagem, devido a situações pessoais e há quase dois meses os enfermeiros junto com os demais profissionais da saúde ficaram faltando à unidade por greve no município, esta greve não foi uma paralisação total, porém os profissionais foram voltando as unidades, nunca deixarem de assistir na sua totalidade, iam dias alternados e assim davam cumprimento com o trabalho. De fato, além das dificuldades, o trabalho foi feito. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês foram atendidos 50 diabéticos com 20,8%, no 2º mês foi de 40,8%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º foram atendidos 172 diabéticos alcançando um 71,1%. As ações que mais auxiliaram ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos diabéticos foram: acompanhamento os dados previamente recolhidos e os registros dos usuários cadastrados, rastreamento da diabetes em indivíduos com mais de 20 anos desenvolvido pela equipe de saúde, as atividades com a comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população, capacitações com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento, exames clínicos e complementares.

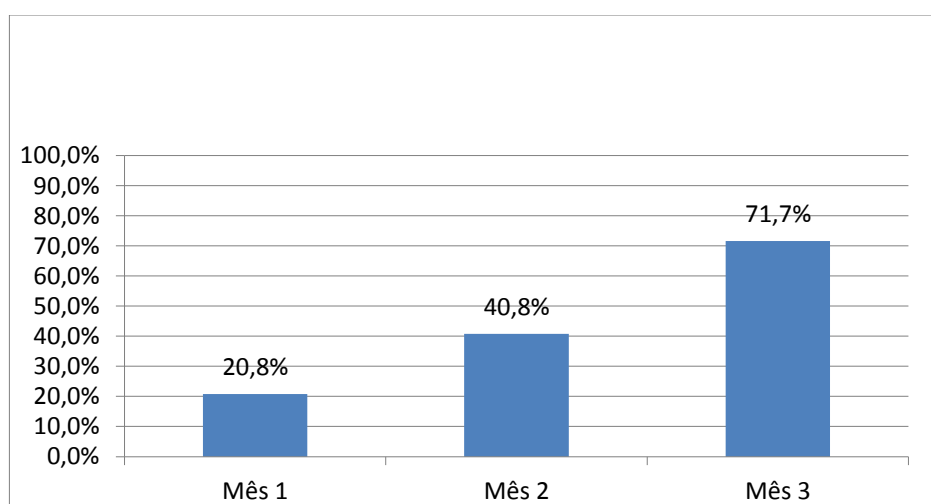


Figura 6: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador foi muito boa, onde no 1º mês dos 72 usuários hipertensos cadastrados os 72 tiveram exame clínico em dia para um 100%, no 2º mês dos 156 usuários hipertensos cadastrados os 156 tiveram exame clínico em dia com 100%, e no 3º mês dos 262 usuários hipertensos cadastrados 262 tiveram exame clínico em dia para 100% de exame clínico em dia de acordo com o protocolo. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador foi muito boa, onde no 1º mês dos 50 usuários diabéticos cadastrados 50 tiveram exame clínico em dia para um 100%, no 2º mês dos 98 usuários diabéticos cadastrados 98 tiveram exame clínico em dia para um 100% e no 3º mês dos 172 usuários diabéticos cadastrados 172 tiveram exame clínico em dia para um 100% de acordo com o protocolo. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições dos profissionais da equipe no exame clínico de usuários diabéticos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

A evolução desse indicador foi assim: no 1º mês dos 72 usuários hipertensos cadastrados 68 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo para um 94,4%, no 2º mês dos 156 usuários hipertensos cadastrados 149 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo para um 95,5%, e no 3º dos 262 usuários hipertensos cadastrados 244 deles tinham exames complementares em dia de acordo como protocolo para um 93,1%. Esta meta não foi cumprida na totalidade por as 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 impede pra eles manter 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.

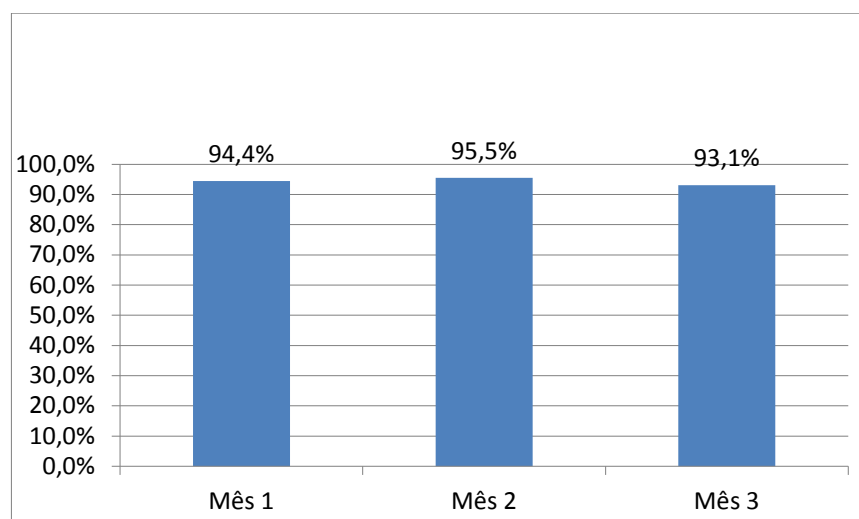


Figura 7: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

A evolução desse indicador foi assim: no 1º mês dos 50 usuários diabéticos cadastrados 46 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo para um 92,0%, no 2º mês dos 98 usuários diabéticos cadastrados 94 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo para um 95,9%, e no 3º dos 172 usuários diabéticos cadastrados 161 deles tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo para um 93,6%. Esta meta não foi cumprida na totalidade por as 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 impede pra eles manter 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.

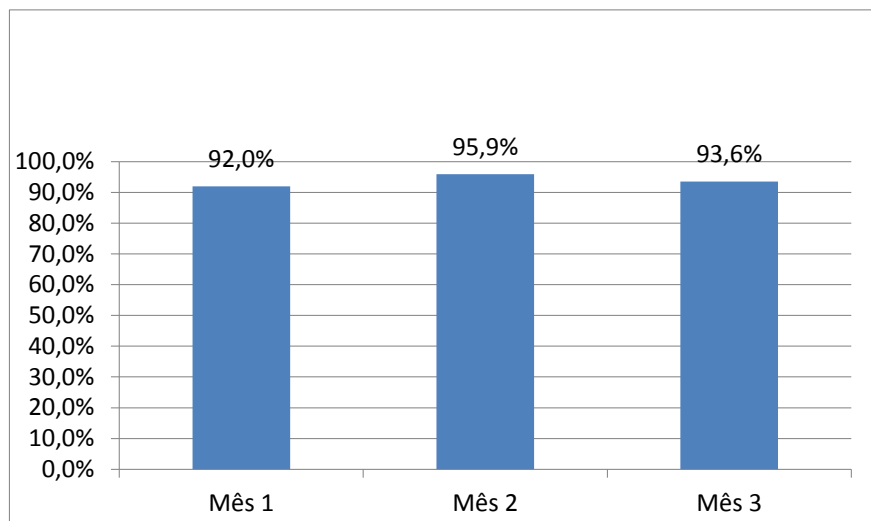


Figura 8: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Respeito a esse indicador temos no 1º mês de 72 usuários hipertensos atendidos, 63 fez uso dos medicamentos da farmácia popular, para um 87,5%, no 2º mês de 156 usuários hipertensos atendidos, 146 fez uso de medicamentos da farmácia popular, para um 93,6%%, e no 3º dos 262 usuários hipertensos atendidos, 252 usavam medicamentos da farmácia popular, para um 96,2%. 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 são preconizadas pelo SUS e também pela pouca demanda de medicamentos distribuídos às unidades. Das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo num registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos e possíveis alternativas para obter este acesso, além da ajuda da gestão municipal de saúde.

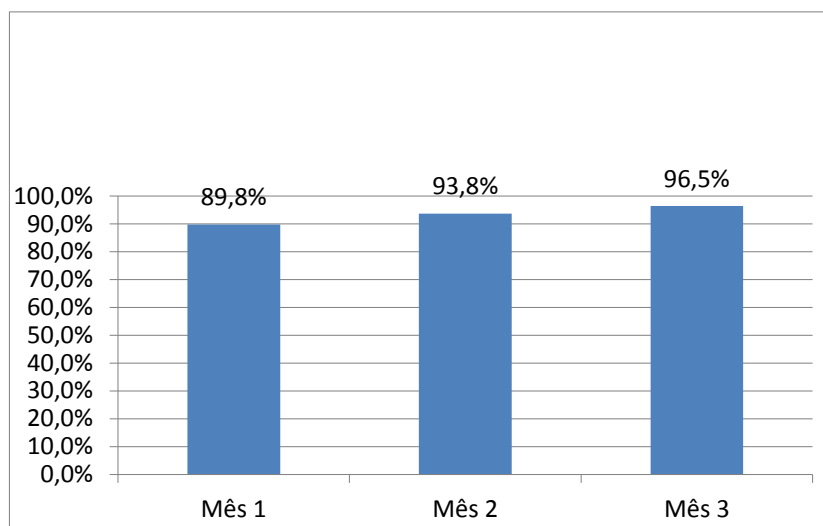


Figura 9: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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/Hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

Respeito a esse indicador temos no 1º mês 49 usuários diabéticos atendidos com prescrição, 44 fez uso de medicamentos da farmácia popular, para um 89,8%, no 2º mês 96 usuários diabéticos atendidos com prescrição, 90 usavam medicamentos da farmácia popular, para um 93,8%, e no 3º dos 170 usuários diabéticos atendidos com prescrição, 164 usavam medicamentos da farmácia popular, para um 96,5%. Esta 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 são preconizadas pelo SUS e também pela pouca demanda de medicamentos distribuídos as unidade. Das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos diabéticos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, matinemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hipertensos

e/ou diabéticos e possíveis alternativas para obter este acesso, além da ajuda da gestão municipal de saúde.

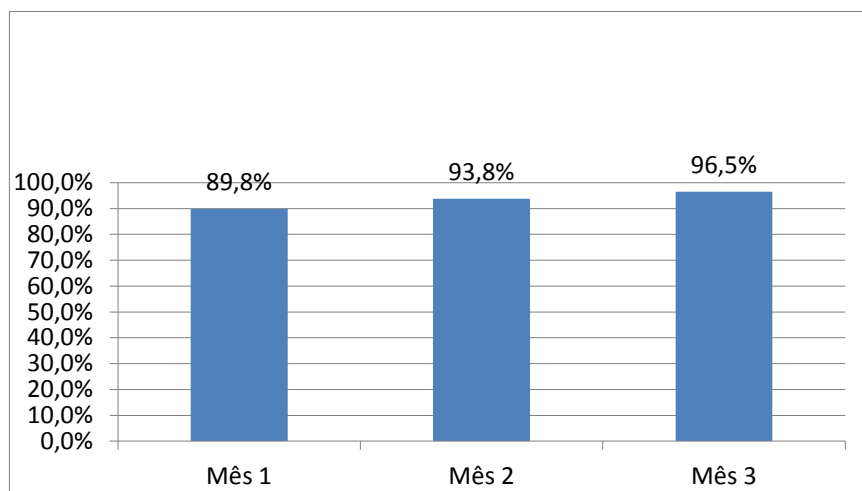


Figura 10: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensos e/ou diabéticos na UBS Moisés da Costa, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

A evolução desse indicador não foi muito boa, pois pelas irregularidades dos horários do odontólogo, as faltas por situações pessoais e há dos meses também entrou na greve do município, todos os usuários hipertensos cadastrados não conseguiram ser avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. Visto ficou assim: No 1º. Mês dos 72 usuários hipertensos atendidos foram avaliados por odontologia 55 usuários para um 76,4%, no 2º.Mês dos 156 usuários hipertensos foram avaliados por odontologia 110 usuários para um 70,5% e no 3º. Mês de 262 usuários hipertensos foram avaliados 179 para 68,3%do atendimento odontológico. As ações que mais auxiliaram foram: capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos hipertensos. Assim como a readequação do horário do dentista para dar prioridade a estes usuários, ainda assim não atingimos a meta proposta.

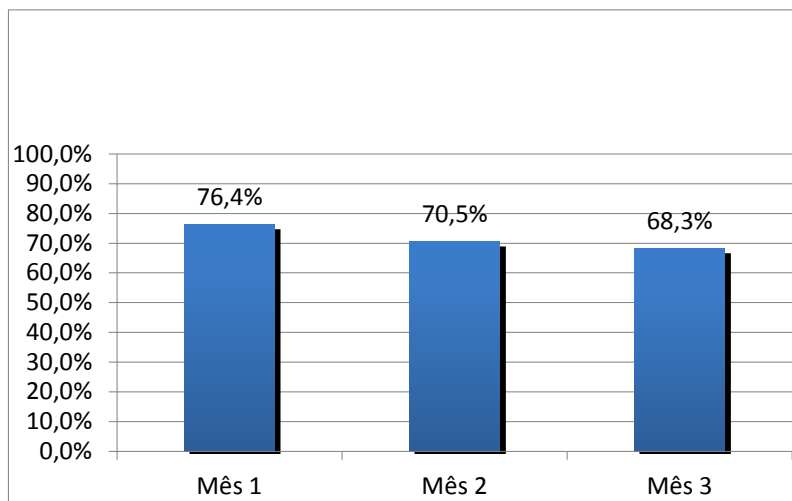


Figura 11: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 evolução desse indicador não foi muito boa, pois, pelas irregularidades dos horários do odontólogo, as faltas por situações pessoais e por dois meses também entraram na greve do município, todos os usuários diabéticos cadastrados não conseguiram ser avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. Visto ficou assim: No 1º. Mês dos 50 usuários diabéticos atendidos foram avaliados por odontologia 37 usuários para 74,0%, no 2º. Mês dos 98 usuários diabéticos foram avaliados por odontologia 70 usuários para 71,4% e no 3º. mês de 172 usuários diabéticos foram avaliados 120 para 69,8% do atendimento odontológico. As ações que mais auxiliaram foram: capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos. Assim como a readequação do horário do dentista para dar prioridade a estes usuários, ainda assim não atingimos a meta proposta.

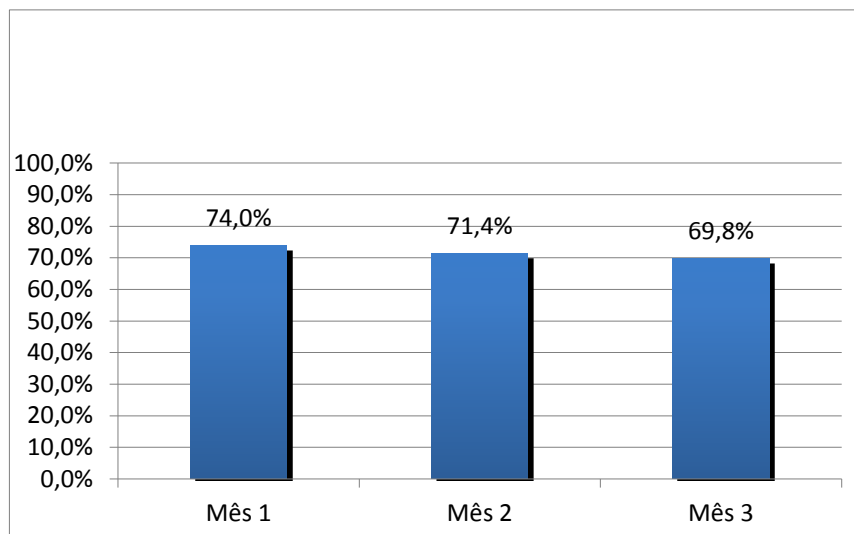


Figura 12: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 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.

Neste indicador a evolução foi ótima, pois em todos os usuários hipertensos que estavam faltosos a consulta foi realizada a busca ativa, pelo que este indicador ficou em 100% no decorrer da intervenção. No primeiro mês foram 31 faltosos que receberam busca ativa, no segundo mês foram 59 (100%) e no terceiro mês foram 83 faltosos que receberam busca ativa (100%). 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, foi possível atingir estes resultados, pois alguns profissionais voltaram da greve, trabalhamos muito forte para lograr estes resultados.

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

Neste indicador a evolução também foi ótima, pois em todos os usuários diabéticos que estavam faltosos a consulta foi realizada a busca ativa, pelo que este indicador ficou em 100% no decorrer da intervenção. 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 diabéticos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, foi possível atingir estes resultados, pois alguns profissionais voltaram da greve, trabalhamos muito forte para lograr estes resultados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês dos 72 usuários hipertensos atendidos 72 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento para um 100%, no 2º mês dos 156 usuários hipertensos atendidos 155 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento para um 99,4%, e no 3º mês dos 262 usuários hipertensos atendidos 257 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento para um 98,1% Neste caso não foi possível atingir as metas no mês dois e três, pois tinha alguns usuários hipertensos que devido a faltas às consultas programadas seus registros estavam desatualizados, outros preenchidos inadequadamente, dados dos usuários incompletos. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

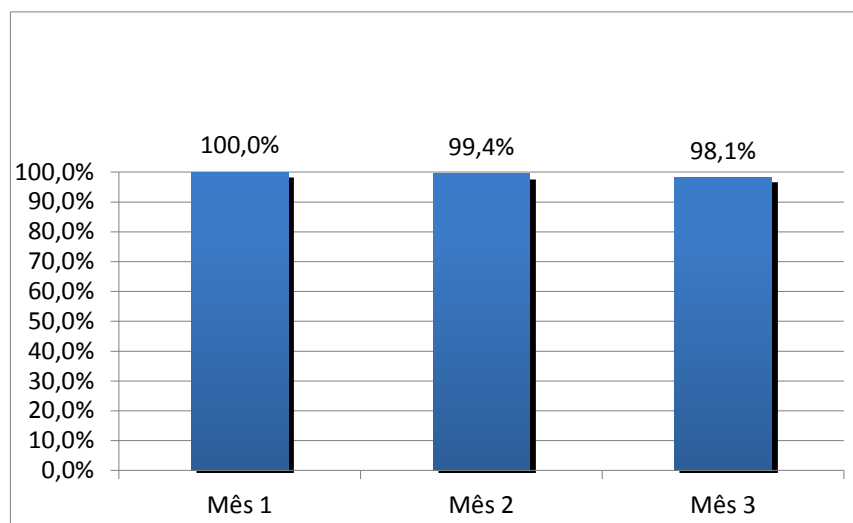


Figura 13: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês dos 50 usuários diabéticos atendidos 50 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento - 100%, no 2º mês dos 98 usuários diabéticos atendidos 98 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento - 100%, e no 3º mês dos 172 usuários diabéticos atendidos 169 tinham registro adequado na ficha de acompanhamento - 98,3%. Neste caso não foi possível atingir as metas no mês dois e três, pois tinha alguns usuários diabéticos que devido faltas às consultas programadas seus registros estavam desatualizados, outros preenchidos inadequadamente, dados dos usuários incompletos. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

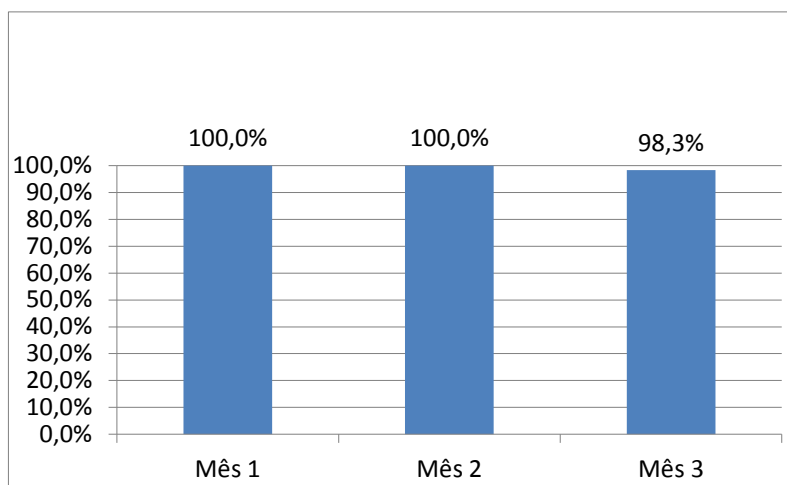


Figura 14: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Moises da Costa Lopes, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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.

A evolução deste indicador foi muito boa, pois foi realizada a estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários hipertensos cadastrados na unidade nos 3 meses, de 262 usuários hipertensos foram avaliados os 262, o que representa 100%. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários e vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

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

A evolução deste indicador foi muito boa, pois foi realizada a estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários diabéticos cadastrados na unidade nos

3 meses, de 172 usuários hipertensos foram avaliados os 172 o que representa 100%%, segundo o protocolo. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários e vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

A evolução desse indicador ficou excelente, devido a que no decorrer da intervenção dos 262 usuários hipertensos cadastrados na unidade os 262 receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, atingindo 100% nos três meses da intervenção. As ações que mais auxiliaram 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 cadastrados.

A evolução desse indicador ficou excelente, devido a que no decorrer da intervenção dos 172 usuários diabéticos cadastrados na unidade os 172 receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde,

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

A evolução desse indicador ficou excelente, devido a que no decorrer da intervenção dos 262 usuários hipertensos cadastrados na unidade, os 262 receberam orientação sobre prática regular de atividade física atingindo 100% nos três meses da intervenção. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos 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 equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. É muito importante manter essa ação com qualidade precisa e fique na rotina do serviço.

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

A evolução desse indicador ficou excelente, devido a que no decorrer da intervenção dos 172 usuários diabéticos cadastrados na unidade os 172 receberam orientação sobre prática regular de atividade física atingindo 100% nos três meses da intervenção. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos diabéticos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. É muito importante manter essa ação com qualidade precisa e fique na rotina do serviço.

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

A evolução desse indicador foi muito boa, devido a que no decorrer da intervenção dos 262 usuários hipertensos cadastrados na unidade os 262 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, atingindo um 100%. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito, para os usuários hipertensos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Foi um ganho para a equipe e para a UBS manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de opções.

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

A evolução desse indicador foi muito boa, devido a que no decorrer da intervenção dos 172 usuários diabéticos cadastrados na unidade, os 172 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito, para os usuários diabéticos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

É muito interessante manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de medicamentos.

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

A evolução desse indicador foi muito boa, devido a que no decorrer da intervenção o 100% dos usuários hipertensos receberam orientação sobre higiene bucal, pelos profissionais da unidade além de não ser profissional odontológico. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe 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.

A evolução desse indicador foi muito boa, devido a que no decorrer da intervenção o 100% dos usuários diabéticos recebeu orientação sobre higiene bucal, pelos profissionais da unidade, além de não ser profissional odontológico. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

4.2 Discussão

Nesta intervenção onde o tema escolhido tratou as doenças crônicas não transmissíveis, certamente sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na UBS Moises da Costa Lopes e alcançamos uma ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e a melhoria da qualidade na atenção destes usuários. Melhorou a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa e os registros das informações foram atualizados e reorganizados numa maneira muito melhor.

A intervenção teve uma grande importância, pois exigiu que todos os membros da equipe se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde de acordo com os protocolos utilizados. Essa atividade fortaleceu a união da equipe promovendo o trabalho em conjunto de todos seus membros, destacando-se o médico, enfermeiro, as ACS, as técnicas de enfermagem que, mesmo pelas faltas e depois em greve, no momento do início da intervenção se comprometeram e durante esse processo trabalharam muito para conseguir as metas e objetivos propostos. Só que por situações amenas não foi possível atingir nossas metas, ainda assim fico muito contente pelos resultados alcançados. A equipe odontológica não conseguiu satisfazer as necessidades da população pelas situações antes mencionadas sobre a instabilidade nos horários do odontólogo, a recepção também fez um excelente desenvolvimento, esse trabalho baseado em ações de saúde direcionadas à melhoria da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos em nossa área

de abrangência, acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram ao desenvolvimento com qualidade da atenção.

Antes do começo da intervenção, as atividades de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas só na médica, logo com a chegada do enfermeiro ficou sendo responsabilidade dos dois, com o desenvolvimento da intervenção isso mudou: toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo às exigências dos protocolos adotados viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. Também com a melhoria na organização dos diferentes arquivos de atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos, e da qualidade do acolhimento e dos agendamentos das consultas houve uma otimização em nossa agenda de atenção aos usuários.

Além dos benefícios que aportou a intervenção para o serviço da atenção médica, temos os benefícios recebidos na comunidade, uma vez que já que conseguiram perceber o impacto da intervenção e ficaram integrados na rotina diária das atividades de nossa unidade, nossos usuários foram beneficiados com as mudanças que apareceram para aumentar a cobertura do programa desta ação programática. Uma grande parte da população tem conhecimento sobre a existência do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou com diabetes mellitus e a importância do mesmo para o cuidado adequado destas doenças crônicas não transmissíveis e a prevenção das complicações. Nossos usuários demonstram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento e os profissionais da unidade ficaram muito contentes com essa resposta dada pela população.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, faria uma análise situacional mais 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 potências e debilidades para enfrentar a intervenção. Também se tivesse estudado mais a fundo a situação do município para conseguir aumentar a ajuda nas coisas que dependem da gestão como a realização dos exames e o abastecimento da farmácia popular. Também teria comprometido mais os líderes comunitários para buscar maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção. Além disso, se eu tivesse planejado a intervenção sem que fosse interrompida nas minhas

férias, poderia ter mais participação e também poderia ter envolvido mais especialista na ajuda desta intervenção.

Devido aos resultados proveitosos obtidos na intervenção a mesma já fica incorporada na rotina do serviço. Para conseguir atingir as metas propostas que não foram atingidas, pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação á necessidade de atendimento desta ação programática. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão municipal na realização dos exames e abastecimento da farmácia popular. Além disso, continuaremos o monitoramento e desenvolvimento das ações.

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 buscar uma melhor qualidade de vida na população e ao final, diminuir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis e outras que possam ser evitadas no que tange ao trabalho da APS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros Gestores,

Nossa intervenção tinha como objetivo principal melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Moises da Costa Lopes, na cidade de Mossoró/RN. Foram 12 semanas entre abril e julho de 2015, trabalhamos com uma população alvo de 4200 usuários na unidade.com um árduo trabalho e dedicação dos profissionais da unidade com o apoio da comunidade e também da gestão do município e da equipe da UBS. Pela análise das ações programáticas desenvolvidas na UBS, e identificamos necessidade de melhorar o programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes sendo motivo de consulta de grande número de usuários, e, com a realização deste projeto, conseguiu e incorporou as ações nos quatro eixos de atenção (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação) na rotina do serviço.

Por meio da intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade. O acolhimento dos usuários e do cadastro oportuno foi um passo decisivo para organizar nossas ações. 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. Antes da intervenção a unidade contava com um registro de 400 hipertensos (46%) pelo CAP, e um registro de 249 diabéticos (96%) pelo CAP, mas trabalhamos pelos dados da equipe que foram 400 hipertensos e 240 diabéticos. Os resultados de nossa intervenção: foram cadastrados um total de 262 usuários hipertensos o qual representa um 65,5 % e 172 usuários portadores de diabetes mellitus com m porcentagem de 71,7 %. Foi possível alcançar as metas estimadas de 100% para a realização dos exames

clínicos a 100% dos usuários, ficando em dia segundo o protocolo; a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo também; a busca ativa de usuários faltosos à consulta que garantiu uma melhor adesão dos usuários à ação programática. Além disso, avaliamos 100% dos riscos cardiovasculares aos usuários e proporcionamos todas as orientações necessárias para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos cuidem da sua doença, evitem as complicações e possam elevar sua qualidade de vida.

Os aspectos da gestão que poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e a qualidade da atenção aos usuários seriam incorporar um odontólogo em período integral na equipe de saúde, pois possibilitaria a melhoria da cobertura para avaliação e cuidado da saúde bucal, o qual constituiu uma dificuldade em nosso projeto, além da 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. A incorporação de laboratórios de exames complementares para cobrir a grande demanda que existe hoje em nosso município, a integração dos outros serviços que compõem a rede do município, além de incentivar e estimular as atividades de prevenção e promoção de saúde por meio de ações coletivas. Continuamos trabalhando para manter os indicadores já alcançados e melhorar outros propostos. Contamos com o apoio da gestão!

Atenciosamente,

Dra. Yailen Valdivia Fernandez.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Logo que a equipe da UBS Moises da Costa Lopes, localizada em Mossoró/RN ficou completa e bem organizada, realizamos uma intervenção em 12 semanas nos meses de abril a julho de 2015, trabalhamos com uma população alvo de 4200 usuários na unidade básica, Foi realizado um conjunto de ações para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, ação que foi escolhida através de um estudo detalhado de como estava os acompanhamentos na UBS e o que está previsto para serem realizados de acordo com o Ministério da Saúde, pois Antes da intervenção a unidade contava com um registro de 400 hipertensos (46%) pelo CAP, e um registro de 249 diabéticos (96%) pelo CAP, mas trabalhamos pelos dados da equipe que foram 400 hipertensos e 240 diabéticos. Estas ações foram planejadas pela medica com o apoio da equipe durante o curso de especialização da saúde da família promovido pelo UNASUS através da UFPel em modalidade Ead.

Por meio da intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade. O acolhimento dos usuários e do cadastro oportuno foi um passo decisivo para organizar nossas ações. 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. Os resultados de nossa intervenção: foram cadastrados um total de 262 usuários hipertensos o qual representa 65,5% e 172 usuários portadores de diabetes mellitus com uma porcentagem de 71,7 %. Foi possível alcançar as metas estimadas de 100% para a realização dos exames clínicos a 100% dos usuários, ficando em dia segundo o protocolo; a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo também; a busca ativa de usuários faltosos à consulta que garantiu uma melhor adesão dos usuários à ação programática. Além disso, avaliamos 100% dos riscos

cardiovasculares aos usuários e proporcionamos todas as orientações necessárias para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos cuidem da sua doença, evitem as complicações e possam elevar sua qualidade de vida.

O impacto da intervenção na comunidade é perceptível e percebemos que os usuários notaram a nossa dedicação para a melhoria na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos no atendimento. Muitos usuários, no caso das doenças crônicas, desenvolviam complicações pela falta de acompanhamento e a família tinha ainda mais prejuízos econômicos e afetivos pela internação e complicações dos mesmos. Isso mudou com a implantação das ações e a organização do processo de trabalho na unidade de saúde visando a ampliação do acesso e a melhoria desta ação programática na UBS.

Vocês tiveram um papel muito importante no decorrer do projeto, pois nos esforçamos para que as ações desenvolvidas permitissem ter ainda mais conhecimento sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, ao menos, uma vez ao ano, os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e/o diabetes, assim como as principais complicações destas doenças. A qualidade do atendimento foi maior, respeito a exame clínico, acompanhamento dos exames complementares, a prioridade para aqueles usuários de alto risco. Conseguimos que as interações por parte dos profissionais da unidade e as famílias da comunidade foram em aumento, oferecendo para eles amplias 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 outros temas em saúde.

A equipe organizou ações na comunidade que ajudaram melhorar o atendimento e o fluxo de usuários. Os profissionais do acolhimento também melhoraram esta ação na recepção. Os prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram organizados para melhorar o acesso.

As ações foram incorporadas com a ajuda e vontade da equipe, da comunidade e dos gestores.

A comunidade pode participar para que algumas ações para melhorar o serviço e a saúde: a equipe pede para que vocês possam participar das ações em grupos, pois ainda precisamos trabalhar para que as famílias possam ser capacitadas em alguns aspectos relacionados com detecção precoce das doenças

não transmissíveis e aprofundar o seu conhecimento sobre a importância dos fatores de risco, cuidados das doenças e evitar as complicações. Além disso, convidamos para que possamos nos reunir em breve, com o apoio dos gestores em um local da comunidade para continuar melhorando o serviço de saúde da UBS de acordo com a realidade e as necessidades da população.

Atenciosamente,

Dra. Yailen Valdivia Fernandez.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas no início do curso eram elevar o meu conhecimento na APS para melhorar o atendimento à população brasileira, tendo em conta a minha experiência como especialista em medicina geral integral e minha atuação neste âmbito. Meus objetivos sempre foram contribuir na melhoria da qualidade devida dos brasileiros e obter maior conhecimento possível na estratégia de saúde da família para assim fortalecer a APS, que ainda é insuficiente.

O projeto pedagógico e o guia do especializando estavam alinhados com os meus objetivos e foram importantes para me orientar durante o curso, além de terem me situado quanto ao formato do curso, as tarefas, horários, interações e etc. Ao ler o material, eu tive uma grande expectativa para qualificar a organização do trabalho na unidade em que atuo.

Eu gostei da proposta da análise da situação de saúde que será feita por cada equipe na UBS. O desenvolvimento do trabalho foi se completando com a interação da equipe. A organização da especialização e os objetivos foram melhorando o engajamento público, monitoramento e avaliação, qualificação da pratica clínica, assim como a organização e gestão dos serviços. Interagir com a comunidade de perto me ajudou a conhecer a realidade dos usuários e como encontrar soluções para alguns problemas

Foi importante estudar com profundidade os protocolos de atendimento estabelecidos pelo SUS para uma atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de qualidade. Acho que para um futuro próximo poderemos prestar um atendimento ainda melhor.

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, nº 36. Brasília – DF, 2013. 160 p.

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, nº 37. Brasília – DF, 2013. 128 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Yailen Valdivia Fernandez (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.

A

Yailen Valdivia Fernandez

Contato: Yailen Valdivia Fernandez

Telefone: (84) 98482009

Endereço Eletrônico: valdiviyailen@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Rua Senador Rui Carneiro s/n, Redenção – Mossoró/RN.

Endereço de e-mail do orientador: deborazc@hotmail.com

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