

**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 dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de
Lajeado, João Câmara/RN**

Yidehira Hechavarria del Rio

Pelotas, 2015

Yidehira Hechavarria del Rio

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de
Lajeado, João Câmara/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.

Orientador: Mônica Bergmann Correia Vohlbrecht

Pelotas, 2015

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

R585m Rio, Yidehira Hechavarria del

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de Lajeado, João Câmara/RN. / Yidehira Hechavarria del Rio; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe e companheiro que apesar de estar bem longe faz o possível para que todos os meus sonhos e objetivos se imponham antes das adversidades da vida. A minha filha que sabe me incentivar e dar amor para eu alcançar as metas da vida. A minha orientadora quem foi uma pessoa muito especial e dedicada fazendo o possível para o meu bom desempenho no curso. Também quero dedicar meu trabalho a todas as pessoas que de uma forma ou outra colaboraram com a realização da intervenção.

Agradecimentos

Agradeço a realização do meu trabalho a todas essas pessoas que participaram na intervenção, incluindo os usuários com hipertensão e com diabetes, porque sem eles não teria sido possível a realização e cumprimento dos objetivos propostos. Agradeço a minha ESF por seu apoio e colaboração nas atividades, assim como também o gestor municipal de saúde, que foi também uma pessoa de muita importância no cumprimento dos objetivos do projeto.

Resumo

RIO, Yidehira Hechavarria Del. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de Lajeado, João Câmara/RN.** 2015. 80f. 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.

Por serem patologias com alto nível de incidências e agravos nos casos prevalentes, a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, foram escolhidas como tema para a realização de nossa intervenção, constituindo umas das principais causas de morbimortalidade de nossa área distrital. Além disso, nossa unidade básica de saúde encontrava-se com uma cobertura de usuários com hipertensão e diabetes inferiores a media nacional. Com um porcentual de 49% de usuários com hipertensão e 46% de usuários com diabetes, sendo nossa maior motivação para a realização de um projeto de intervenção nesse grupo populacional. O presente trabalho teve por objetivo Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de Lajeado, João Câmara/RN. A intervenção foi estruturada e desenvolvida no período de quatro meses na área da Estratégia de Saúde da Família de Lajeado e participaram da intervenção todos os usuários com hipertensão e diabetes, da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde conforme os quatro eixos programáticos do curso (Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da pratica clínica), para alcançar os objetivo geral e os específicos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos usuários também foi realizado em uma planilha de coleta de dados digital, que foi realizado no momento da consulta, e que serviu para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades foi utilizado o prontuário clínico individual e a ficha-espelho. Inicialmente tinha-se como meta cadastrar 196 usuários com hipertensão e 56 com diabetes, no novo conceito de atendimento, mas ao final nossas expectativas foram superadas. Antes da intervenção nossa cobertura era de 96 usuários com hipertensão e 26 com diabetes, 49% e 46% respectivamente. Com esse trabalho localizamos 219 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 65 com diabetes mellitus, abrangendo 100% dos usuários com estas patologias. Os demais indicadores avaliados também atingiram 100% durante a intervenção. A intervenção serviu para que a ESF toda se envolvesse nas atividades desenvolvidas com a população. Além disso, esse momento serviu para capacitar a equipe da unidade sobre os protocolos de atendimentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e recomendações do Ministério da Saúde. Também serviu para melhorar o serviço viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Além de viabilizar os agendamentos dos usuários com hipertensão e com diabetes. Sendo também importante para a comunidade, os quais começaram a entender a importância no cuidado e cumprimento das orientações oferecidas para os usuários com hipertensão e com diabetes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Encontro com grupos de usuários com HAS ou DM na UBS.	49
Figura 2	Atendimento aos usuários com HAS ou DM na UBS.	50
Figura 3	Acompanhamento dos usuário com HAS pelo enfermeiro	51
Figura 4	Acompanhamento dos usuários com DM pela técnica de enfermagem.	51
Figura 5	Acompanhamento dos usuários com HAS ou DM na comunidade.	52
Figura 6	Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na ESF de Lajeado, João Câmara/RN, 2015.	57
Figura 7	Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na SF de Lajeado, João Câmara/RN, 2015.	57

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Estudos Odontológicos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise situacional	Erro! Indicador não definido.1
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/08/2014	Erro! Indicador não definido.
1.2 Relatório da Análise situacional em 09/11/2014	133
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	222
2 Análise Estratégica	Erro! Indicador não definido.3
2.1 Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.3
2.2 Objetivos e metas.....	266
2.2.1 Objetivo geral.....	266
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	266
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística.....	400
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.6
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	Erro! Indicador não definido.6
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	Erro! Indicador não definido.2
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	Erro! Indicador não definido.2
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
4 Avaliação da intervenção.....	Erro! Indicador não definido.4
4.1 Resultados	Erro! Indicador não definido.4
4.2 Discussão.....	Erro! Indicador não definido.1
5 Relatório da intervenção para gestores	Erro! Indicador não definido.5
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	Erro! Indicador não definido.8
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	Erro! Indicador não definido.0
Referências	732
Apendices.....	74
Anexos.....	77

Apresentação

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso trata sobre o melhoramento da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) 09, localizada no município Joao Câmara-Rio Grande do Norte (RN). Estando organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a Especialização em ESF modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional, tendo como primeiro plano a descrição da situação da ESF/Atenção Primária de Saúde (ESF/APS), em relação a estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), composição da ESF, assim como as características da população. Além disso, a realização de um relatório de análise situacional abordando além, dos aspectos gerais, aspectos relacionados com engajamento público e os processos de trabalho na ESF/APS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica com a elaboração do Projeto de Intervenção que estabeleceu um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde sendo elencado e servindo de base para as ações futuras na UBS.

O Relatório da Intervenção teve como base as planilhas de coleta de dados e a elaboração dos diários de intervenção ao longo de dezesseis semanas, com doze semanas presenciais na ESF, com base nas ações realizadas. A partir do Relatório da Intervenção foi descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliou se a intervenção atingiu seus objetivos em relação as metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na UBS, ESF e população.

Tendo em consideração os resultados obtidos foi elaborado um relatório para o gestor e a comunidade, demonstrado todo o trabalho realizado no transcorrer das 16 semanas do curso, assim como a melhora na qualidade de vida nos usuários com HAS ou DM na ESF de nossa UBS. Por último, está

descrita a Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. Análises Situacional.

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 11/08/2014

Desde minha chegada ao estado do Rio Grande do Norte (RN), encontro-me trabalhando no município de João Câmara na ESF-Lajeado, na zona rural. Desde o início houve boa aceitação tanto por parte da população como por parte da ESF, sendo muito confortável para mim por encontrar-me em um país com o idioma diferente.

Acreditava que a comunicação com os usuários seria difícil, mas aconteceu o contrário graças ao apoio das pessoas, que de uma maneira ou de outra fizeram com que me sentisse muito confiante com a comunicação. A confiança mútua fez com que o trabalho se desenvolvesse da melhor forma possível, pois a ESF faz com que cada pessoa que recebe o meu atendimento possa compreender cada uma das minhas orientações. Situações essas que fazem com que eu me sinta muito feliz.

Nossa UBS presta serviços médicos de qualidade. Sua estrutura conta com uma sala de espera onde os usuários aguardam para serem atendidos. Há salas de consulta de enfermagem e de aferição dos sinais vitais, odontologia, farmácia e consultas médicas. Minha ESF de trabalho é composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma dentista com sua auxiliar, quatro agentes comunitários que garantem a cobertura para 100% dos usuários de nossa área de abrangência, uma administradora, um agente de serviço e eu, uma médica cubana do Programa Mais Médicos. Além de nossa ESF de trabalho, contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por psicóloga, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e médico veterinário.

Ainda é importante destacar o trabalho do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que é integrado por enfermeiro, psiquiatra, psicólogo e assistente social, para o qual são encaminhados todos os usuários que precisam do atendimento especializado desses profissionais.

Com minha chegada nesta UBS o trabalho foi organizado da melhor maneira para obter um bom atendimento a população. Foram colocados em

prática projetos e objetivos principais da Atenção Primária à Saúde (APS) promovendo prevenções, tratamento e reabilitações. Esta UBS presta assistência para várias comunidades e assentamentos, denominados: Assentamento Lajeado, Boa Sorte, Xoão, Baixo de Macaco, Lajinha e Serra Verde de Joaquim.

Por ser de difícil acesso da população em nossa UBS, que é muito distante, o atendimento é itinerante, sendo realizado em colégios de duas comunidades, duas vezes por semana. O total de pessoas atendidas em nossa UBS é de 942 pessoas, distribuídas em 83 famílias, prestamos serviços de atendimento clínico de forma integral, consultas de enfermagem, curativos, consultas odontológicas, coletas de material citopatológico de colo de útero, assim como atividades de promoção e prevenção, entre outras coisas.

Atualmente, temos um total de 72 usuários com hipertensão, 15 usuários com diabetes, sete asmáticos, 11 cardiopatas, um caso de elefantíase, 14 grávidas, 21 crianças menores de um ano, não temos casos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), nem de hanseníase e nem de tuberculose. Meu trabalho está baseado no atendimento a livre demanda de cada usuário que chega na hora, além de todas as consultas que são agendadas pelos agentes de saúde aos grupos prioritizados, assim como visitas domiciliares a pessoas acamadas.

Nos casos de atendimento de urgências e emergências médicas os usuários são encaminhados para o hospital regional, já que em nossa UBS não se presta atendimentos desse nível, os principais agravos que chegam em nossa UBS são: doenças respiratórias agudas, dislipidemias, parasitismo intestinal e as doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes. Quero dizer que meu principal trabalho está na promoção e intervenção na saúde para obter a menor incidência de doenças crônicas.

Trabalhamos para mudar os estilos de vida e obter uma melhor qualidade de vida da população que precisa dos nossos serviços na área de saúde. Quando me propus a trabalhar no Brasil vim com o coração aberto, sabendo que iríamos ajudar as pessoas mais carentes e necessitadas. No Brasil estou me sentindo muito bem, já considero a minha segunda pátria e vou cumprir minha missão com muito zelo e determinação.

1.2 Relatório da Análise situacional em 09/11/2014

O Município de João Câmara, estado do RN, conta com uma população de 31.701 habitantes, onde 15.774 são do sexo masculino e 15.927 do sexo feminino. No município existe um total de 13 ESF, distribuídas entre a zona rural e a zona urbana e não existindo UBS que atenda pelo modelo tradicional. A cidade conta com duas equipes do NASF, as quais se dividem e garantem avaliação nas ESF da zona rural e o da zona urbana. As duas equipes são compostas por: psicólogo, nutricionista, assistência social, fisioterapeuta e médico veterinário.

Além disso, dispõe-se de um Centro de Estudos Odontológicos (CEO), que presta serviços de assistência odontológica especializada. Além desses serviços, o município conta com um Centro de Atendimento Especializado, o qual dispõe dos seguintes profissionais: Dermatologista, Ginecologista, Gastroenterologista, Psiquiatra, Cardiologista, Mastologista, Cirurgião, Oftalmologista e um serviço de Ultrassonografia. Sendo que as consultas pelo oftalmologista são feitas em clínicas particulares, mediante uma pactuação do município, sendo custeados pela secretaria de saúde.

Conta-se com um hospital regional que presta serviços de urgência, emergência e serviços de internação, assim como acompanhamento ao parto e puerpério de baixo risco. Além da realização de exames laboratoriais de baixa complexidade, entre outros serviços. Nosso município conta com um laboratório onde são realizados exames de rotina, além de eletrocardiogramas e Raio-X. Os exames de alta complexidade na sua maioria são realizados em clínicas privadas, com um prévio agendamento da secretaria do município e exames como Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética e outros, são agendados para um centro mais avançado na capital.

A ESF-09 Lajeado está localizada na zona rural desse município e tem vínculo estreito com o Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma dentista com sua auxiliar, quatro agentes comunitários de saúde e um administrador. A UBS mantém vínculo com as instituições de ensino de nossa área de abrangência, onde por ser difícil o acesso da população a nossa UBS

os atendimentos são itinerantes e realizados nos colégios das comunidades, duas vezes por semana.

A UBS de trabalho é vinculada à prefeitura do município, sendo que sua estrutura é adaptada e foi construída há aproximadamente dez anos, onde anteriormente era um colégio. Tem sala de espera de aproximadamente 10 metros, sala de atendimento de enfermagem, sala para a recepção da técnica de enfermagem, sala de armazenamento dos prontuários, sala odontológica, sala de farmácia, sala de curativos, consultório médico, copa/cozinha e dois banheiros para funcionários e usuários. É um local com espaço suficiente para prestar bons serviços de atenção primária, além de ter boa iluminação e de ser muito arejado.

Durante a análise detalhada identificou-se que a UBS tem muitas deficiências que não permitem que seja uma ESF com uma estrutura de qualidade, como as propostas pelo SUS. Não conta com sala de reuniões e educação do trabalho, não permitindo uma boa organização da ESF e realização de trabalhos educativos como palestras, atividades demonstrativas e outras com a comunidade. Como estratégias pode-se aumentar a sala de espera, para que fique com espaço suficiente para a realização de atividades com fim educativo.

Outra deficiência que foi detectada, vista como importante e de rápida solução, foi o fato de não existir uma sala para recepção, lavagem e descontaminação dos materiais, nem uma sala para esterilização, sendo que a descontaminação dos materiais utilizados é feita nas consultas odontológicas ou na sala de curativos, ao mesmo tempo em que há no local atendimento dos usuários, dessa forma constituindo alto risco biológico. Observa-se que isso impossibilita o trabalho, não permitindo a realização de procedimentos de enfermagem com material adequadamente esterilizado durante o atendimento.

Foi sugerida uma tomada de providência para solucionar esse problema, evitando prejuízo aos usuários que fazem no local atividade de cirúrgica odontológica. Mediante a reestruturação da sala de curativo, local pouco utilizado, para que seja utilizada como espaço para esterilização e descontaminação dos materiais utilizados, mudando esse serviço para a sala de trabalho da técnica de enfermagem, onde podem ser realizados os curativos sem risco para os usuários.

Também não se pode deixar de mencionar as barreiras arquitetônicas existentes em nossa UBS que dificultam a acessibilidade das pessoas com deficiências físicas, auditivas ou visuais, as quais devem ser eliminadas com ajuda da prefeitura para garantir um espaço livre e de fácil acesso por todos os usuários.

Em relação as atribuições da ESF pode-se perceber que todos os profissionais da saúde participam do processo de territorialização e mapeamento de nossa área de atuação, identificando indivíduos de riscos, assim como identificação de grupos com agravos à saúde (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase e outros). Acredita-se que o trabalho pode ser melhor, se também realizassem a identificação das famílias de riscos, para focar um trabalho mais eficiente, já que a Atenção Básica abrange ao indivíduo, família e comunidade. Essa situação demonstrada afeta o trabalho, não permitindo desenvolver ações encaminhadas para os grupos ou famílias de riscos.

Outra situação que favorece a atuação é a realização dos cuidados dos usuários na ESF e nos domicílios dos usuários. Mas acredita-se que é muito importante realizar a prevenção também nas escolas e bairros, já que nesta UBS é muito deficiente ou quase não é realizado. Sendo esse o primeiro objetivo a cumprir, na avaliação do processo de trabalho. Debatendo em reuniões da ESF os cuidados na saúde e que seja realizado também nas escolas, permitindo o mapeamento dos agravos nutricionais, odontológicas e demais enfermidades. Por isso é de grande importância sua rápida solução.

Com relação ao cuidado domiciliar que é realizado por toda a ESF nota-se que é fundamentalmente para aqueles que por sua condição de invalidez, não possam assistir a consulta na UBS, por exemplo: idosos, cadeirantes ou acamados, puérperas e demais usuários com dificuldade de locomoção. Dentre as ações que são realizadas no domicílio, seria muito importante conseguir também ações de fisioterapia para aqueles que precisam. A equipe do NASF poderia garantir essa ação e assim ter um trabalho de maior qualidade para essas pessoas.

Ainda é necessário garantir a participação da comunidade, mediante a conformação de grupos, para o desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde que é de muita importância. Fato que interfere em muito

no processo de trabalho, não permitindo a realização de ações educativas nas comunidades para assim conseguir mudar estilos de vidas desfavoráveis para população. Sem deixar de falar da intersetorialidade como sendo um fator primordial para conseguir esses objetivos, identificando parceiros e recursos na comunidade.

Como citado acima, a UBS é integrada por apenas uma ESF, dessa forma considera-se suficiente os atendimentos prestados a esta população, já que a estimativa da população para cada ESF não deve exceder 3.000 pessoas, tendo esta UBS um total de 942 pessoas distribuídas nas áreas de abrangência. Observa-se que o cadastramento da população por sexo e faixa etária é de muita importância, permitindo conhecer o tipo de população (população em idade fértil, população idosa, população jovem) e assim planejar ações de saúde de acordo com a população.

O acolhimento a demanda espontânea representa uma premissa para a atenção básica, sendo de prioridade para o MS, sendo que os profissionais desempenham um papel importante. Pode-se dizer que na UBS o acolhimento é realizado na sala de trabalho da técnica de enfermagem, realizando a triagem para o atendimento médico. Esse ato é de muita importância para que o usuário sinta toda confiança, expressando seus problemas. Situação que é vista como importante é o conhecimento por toda ESF da classificação de risco, podendo, dessa maneira, definir os tipos de atendimentos como urgentes ou não.

Na UBS uma das maiores dificuldades identificadas é que os usuários não solicitam consultas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia. Considera-se que o enfermeiro poderia atender parte das demandas espontâneas no dia, mas o problema está na população, que quando tem problemas de saúde só querem ser atendidos por um médico e não por um enfermeiro. Existindo um excesso de demanda dessas consultas para o médico.

Levando em consideração que as consultas solicitadas no dia por problemas agudos não são problemas prioritários de urgência, muitas vezes os casos que não podem ser atendidos no dia, orientamos o retorno para o próximo dia. Isso acontece no momento do acolhimento, conhecendo-se o

problema de saúde da pessoa, para que possa ser atendido em outro momento, pelo excesso de demandas no dia.

Referindo-se aos cuidados à saúde da criança, pode se dizer que é realizada de forma programada, atingindo geralmente a faixa etária de zero a 48 meses, ao examinar os dados verifica-se que existe muita dificuldade no atendimento das crianças com mais de dois anos, situação que se deve, na maioria das vezes a falta das crianças, pois as consultas são agendadas conforme os protocolos para a assistência, apesar disso, baseando-se no caderno de ações programáticas temos uma cobertura de 100% para essa ação.

As principais ações desenvolvidas na saúde da criança nessa UBS são garantir a realização das consultas de acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento, assim como os atendimentos por problemas agudos, além de visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde para as pesquisas desses problemas.

Uma das deficiências identificadas foi a impossibilidade de realizar 100% das consultas de puericultura nos primeiros sete dias de vida da criança. Situação que acontece porque na maioria das vezes as mães vão concluir a gestação em outros municípios ou capitais, retornado a nossa área após quinze dias ou até mesmo um mês após o parto, dificultando o acompanhamento das crianças nos primeiros dias do nascimento. Esta problemática foi analisada em reunião da ESF e como estratégia, estabeleceu-se que após a chegada a nossa área, seja agendada as consultas pelos agentes de saúde o mais rápido possível, para o início da puericultura na UBS.

Outro problema é garantir a avaliação da saúde bucal em todas as crianças menores de um ano. Situação identificada e analisada pela ESF, pautando com a dentista a programação dos dias de atendimento as mães de crianças menores de dois anos.

Acredita-se que a realização de atividades com grupos de mães de crianças menores de três anos, seria um fator de muita importância, porque além de ensinar os cuidados com as crianças, as vantagens do aleitamento materno, prevenção de acidentes, vacinação e outros cuidados, servem para a interação e conhecimento de mães adolescentes.

A atenção a gestante também constitui uma premissa da APS, sendo necessário começar por um cadastro atualizado das mulheres com risco reprodutivo para conseguir uma atenção pré-natal de qualidade e que a mulher chegue ao final da gravidez com as condições psíquicas, sociais e biológicas adequadas.

A principal ação desenvolvida na UBS de trabalho é o acompanhamento das grávidas em consultas e nos domicílios. Considera-se essa estratégia ainda insuficiente, apesar de termos uma cobertura de 99%. Nosso objetivo está em aumentar ações de saúde bucal, saúde mental, atividades de promoção da atividade física, assim como atividades com grupos de gestantes. Acredita-se que o trabalho deve estar desenvolvido para melhorar essa realidade, onde o êxito deve ser de toda a ESF. Também se analisa que a avaliação por especialista em ginecologia no primeiro trimestre é de muita importância durante o pré-natal, assim como avaliação do estado psíquico das usuárias. Essa situação poderia ser resolvida em conjunto com a secretaria de saúde, planejando a avaliação por uma equipe multidisciplinar, na qual o nutricionista, psicólogo, assistente social, ginecologista e demais profissionais de saúde também façam o acompanhamento do pré-natal.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas com o câncer de colo de útero e o câncer de mama, uma provável explicação seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento. Dentro das ações de atenção a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle de Câncer de Mama realizadas na área de atuação é necessário realizar a orientação para todas as mulheres do uso de preservativos em todas as relações sexuais, orientação sobre os malefícios do tabagismo, realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, entre outras. Ainda existem as ações realizadas na prevenção do câncer de mama, tais como orientação a prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, além da educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como a realização de exame clínico para rastreamento do câncer de mama e solicitação de mamografias.

Avaliando o processo de atenção a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle de Câncer de Mama, pode-se identificar que as maiores

dificuldades são produzidas por não se ter um cadastro atualizado do total das mulheres com rastreamento desses dois agravos. Ao preencher o caderno notou-se que apresentamos uma cobertura de 76% e 86% para câncer de colo de útero e câncer de mama, respectivamente. Considera-se necessário ter maior controle para avaliar a realização da execução dos mesmos, mediante uma projeção de exame a ser realizado mensalmente, tanto para os exames citopatológicos como para a realização de exame clínico e solicitação de mamografia em tempo adequado.

Acredita-se que a maior prioridade da UBS está na melhora do controle do câncer de colo de útero e câncer de mama mediante a confecção de registros com controle dos resultados e ações de saúde desenvolvidas. No caso de ter exames alterados como estratégia para não perder o seguimento dessas mulheres. É necessário também planificar seu acompanhamento pela ESF, da mesma forma como para as doenças crônicas não transmissíveis, tendo um controle a cada três meses, avaliadas em consultas e em seu domicílio.

Relacionado as estratégias aos grupos de risco, analisa-se que a HAS e a DM nos últimos anos constituem as principais causas de morbimortalidade de todo o mundo. Avaliando a cobertura de usuários com HAS e DM na área de abrangência, considera-se que esta muito inferior a média nacional para a população adstrita da UBS, temos apenas 49% de cobertura para usuários com hipertensão e 46% para usuários com diabetes. Sendo um indicador que avalia o trabalho e orienta a realização de uma maior pesquisa de forma ativa de usuários com hipertensão e usuários com diabetes, assim como o planejamento de ações para diminuir suas complicações e aumento nas incidências desses agravos.

Dentre as ações de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes realizadas no serviço foram observadas que em todos os usuários são realizadas a estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos em cada consulta, todos tem a indicação dos exames completos periódicos em dia, orientação para realização de atividades físicas e nutrição adequada. O problema esta no atraso de consultas agendadas com mais de sete dias e na saúde bucal em dia, 52% e 38% para HAS e DM, respectivamente nos dois indicadores de qualidade. Visto que, na maioria das vezes, são agendadas as

consultas conforme os protocolos para a assistência e os usuários não aparecem.

Como estratégia a ESF planejou a orientação da data da próxima consulta registrando no prontuário e a realização de palestras com grupos de usuários com HAS ou DM, para que reconheçam a importância dos controles em dia, assim como a importância da saúde bucal, entre outras ações a serem debatidas. Tomando também como estratégia a planificação dos dias de consultas pela dentista para usuários acompanhados com HAS ou DM.

Considera-se que um dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção está um trabalho em conjunto com os professores de educação física nas escolas que se encontram na área de atuação. Poder-se-ia planejar atividades físicas educativas com esses indivíduos, assim como aumentar a qualidade de vida, ensinando a adquirir melhores hábitos, melhorando o estilo de vida desses usuários.

O envelhecimento é uma condição da vida inevitável, sendo sem dúvida um triunfo. Mundialmente a estimativa está em existir uma população com tendência ao envelhecimento. O que indica impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. O SUS é o meio ideal para garantir que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Dentro das ações que são realizadas na UBS para o cuidado das pessoas idosas, temos ações de imunizações, promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, obesidade, sedentarismo, alcoolismo e outras. Uma dificuldade identificada é que as ações de atenção à saúde dos idosos não estão estruturadas de forma programática, nem contamos com um registro específico para o monitoramento destas ações, apesar de termos uma boa cobertura (100%). Cada atividade realizada necessita ser registrada nos prontuários durante os atendimentos.

Pode-se dizer que a cobertura de pessoas idosas da área supera as estimativas, portanto a população deve ser considerada uma população envelhecida. Dessa forma o trabalho tem que ser organizado e planejado para aumentar e prolongar os anos de vidas dessas pessoas, assim como sua

qualidade de vida. Permitindo também a redução de morbimortalidade por doenças crônicas e complicações.

Outra das dificuldades encontradas no atendimento das pessoas idosas é que o município não dispõe de médicos especialistas em geriatria, mas poderia se garantir uma avaliação em conjunto com psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista e demais profissionais para conseguir maiores resultados na qualidade de vida das pessoas idosas. Pensa-se em debater essa proposta com a ESF e levar ao Conselho Municipal de Saúde, para sua avaliação.

Além de serem poucas as atividades que são desenvolvidas pela ESF no cuidado das pessoas idosas, ressalva-se que para ter melhor qualidade de vida é necessário começar pela realização de um trabalho com maior promoção e prevenção, com a realização de atividades com grupos de idosos e, assim conseguir uma maior participação desses. Para isso propõem-se a criação de grupos de idosos, com o previa coordenação de professores de educação física, garantindo a realização de atividades físicas.

Esses grupos podem ser criados em cada uma das comunidades de nossa atuação, já que contamos com colégios localizados em cada comunidade, todos com professores de educação física, dessa forma são capazes de garantir o cuidado das pessoas idosas. Acredita-se que seria muito interessante e deve ser debatido por toda a ESF para sua rápida implementação.

Para finalizar, é interessante dizer que o maior desafio no trabalho da ESF de Lajeado é realizar o cadastramento da população em sua totalidade, assim como aumentar a expectativa na qualidade vida da população, mediante as ações de promoção e prevenção de saúde. Modificar o estilo de vida prejudicial praticado pela população e realmente conseguir o proposito da APS, no cuidado, promoção e educação em saúde, sendo ferramentas de primeiro plano para o cumprimento de uma atenção primária de qualidade na saúde.

Além de garantir que todos os cidadãos tenham os mesmos direitos aos serviços de saúde, assim como receber atendimento médico de qualidade com atenção e acompanhamento preferencial aos grupos de riscos, como: grávidas, crianças, idosos, usuários com HAS, DM e demais populações vulneráveis. Por fim destaca-se que os questionários e Cadernos das Ações

Programáticos fornecidos durante essa etapa permitiram o reconhecimento de todas as dificuldades da UBS, com estratégias de solução imediata para o bem de toda a população.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Fazendo uma comparação desse relatório situacional com o texto sobre a situação da ESF/APS no serviço descrito, pode-se identificar que os serviços em nossa UBS no início tinham muitas deficiências. Observando-se que sendo um local adaptado mesmo assim tem as condições indispensáveis para garantir atendimentos de qualidade como pretendidos pelo SUS, com a participação de toda a nossa ESF e vinculando a comunidade no trabalho social.

Durante o desenvolvimento de toda a UBS pôde-se erradicar muitas deficiências existentes em nossa UBS, já que o funcionamento não era realizado da melhor forma. Ganho na realização do cadastro da população para a realização de uma análise situacional de qualidade de nossa UBS, com a programação de consultas e atendimentos aos grupos priorizados, assim como intensificação da interação com a comunidade, mediante a criação de grupos. Outro êxito conseguido foi o conhecimento das atribuições dos profissionais de saúde e a participação da dentista em cada atividade organizada pela ESF, melhorando assim o acolhimento à demanda espontânea com a classificação de risco dos usuários em seus atendimentos.

Além do trabalho de promoção e prevenção de agravos com todos os grupos de risco, foram garantidos maiores atendimentos por consultas agendadas para usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Pode-se dizer que a ESF tem todas as condições para garantir atendimentos médicos de qualidade, partindo do conhecimento de seu funcionamento.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A HAS e a DM constituem duas das principais causas de morbimortalidade de todo o mundo. Sendo um problema de saúde com consequências devastadoras, com um elevado risco de doenças coronárias e cerebrovasculares. Os Sistemas Básicos de Saúde são os meios que, mediante a responsabilização das ESFs, permitem alcançar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sendo estes desafios para se alcançar a integralidade na assistência aos usuários com hipertensão e diabetes, esses dois agravos hoje representam as principais causas dos atendimentos nas ESFs, com altas incidências (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

Pode-se observar que estão influenciados, na maioria das vezes, por maus hábitos nos estilos de vida dessa clientela e que proporciona um aumento nas estatísticas referentes a esses transtornos. Entre os condicionantes que influenciam no aparecimento podemos destacar: a obesidade, sedentarismo, tabagismo, hábitos dietéticos desfavoráveis, todos somados a predisposição genética, entre outros. Por serem patologias de preocupação do Ministério da Saúde, a diminuição dos agravos causados pela Hipertensão e Diabetes é necessária, visto que uma intervenção sobre esses temas é de muita importância, para conseguirmos os objetivos do Ministério, aumentando assim a qualidade de vida das pessoas com hipertensão e diabetes e diminuindo a incidência. Por tudo isso, nosso maior empenho está em prevenir a aparição, mediante ações de promoção e prevenção, assim como ações para prevenir as complicações em usuários já acometidos por essas patologias.

Nossa UBS tem uma população alvo de 946 habitantes, distribuídas nas diferentes áreas distritais. Deles 96 estão com hipertensão e 26 com diabetes, com um percentual de 49% e 46% de cobertura, respectivamente. Os mesmos são acompanhados pela ESF em consultas programadas como segue os protocolos e visitas domiciliares realizadas pelos membros da ESF, além de

atendimentos por demanda espontânea. Consideramos que a qualidade da atenção à saúde desta população esteja equilibrada, garantindo sempre melhora nos atendimentos e seus controles para com isso aumentar a expectativa de vida e melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade.

O trabalho foi organizado com resultados satisfatórios, tendo o apoio da equipe do NASF, que em conjunto com a ESF garante uma avaliação integrada dos usuários com hipertensão e diabetes. Além de contarmos com o apoio dos professores de educação física das áreas de abrangência que garantem as atividades de promoção da prática de exercícios para esse grupo de pessoas.

Muitas são as ações de promoção já desenvolvidas pela ESF para diminuir riscos de complicações, assim como a prevenção de agravos. Dentro das ações desenvolvidas temos: reuniões com grupo de usuários com hipertensão e diabetes, com debate sobre os próprios agravos, palestras sobre alimentação saudável, estilo de vida, educação dialetológica, tratamentos, riscos, complicações e demais assuntos que forem sendo solicitados.

Considero que a escolha de nosso tema é um fator de muita importância, por tratar-se de agravos com alto nível de incidências e agravos nos casos prevalentes. Constituindo um problema em nossa área de abrangência por falta de pesquisas ativas e passivas para casos com hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de que se observa que os números estão inferiores do que a média nacional, para nossa população. Ao programar nossa intervenção nessa ação programática, temos maior visão para a busca de novos casos, assim como aumentar a qualidade de vida dos indivíduos com esses agravos. Toda a ESF está envolvida no trabalho comunitário, pesquisa, cadastramento, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Sempre proporcionando qualidade de vida para essas pessoas.

Dentro das principais dificuldades e limitações enfrentadas com a população hipertensa e diabética, o que existia no início era a falta de um cadastro atualizado e pouco controle, ainda não havia realização de atividades promocionais, falta de acompanhamento pela dentista, assim como atrasos nas

consultas agendadas conforme os protocolos. Sendo todos fatos que impediam o bom acompanhamento sobre o controle do programa para usuários com hipertensão e diabetes. Acreditamos que com apoio de toda nossa ESF, poderíamos viabilizar a realização de nossa intervenção. Considero muito importante começar com a realização de uma proximidade maior nas comunidades e em especial aos grupos de usuários com hipertensão e diabetes, sobre temas referentes a eles, para identificar condições que influenciam no aparecimento de agravos desses agravos. Todos juntos empenhados e organizados, poderemos viabilizar nosso projeto, para melhorar a qualidade de vida desse grupo alvo.

Acreditamos que com a realização de nossa intervenção muitos seriam os aspectos a melhorar na atenção à saúde da população necessitada, partindo do controle e seguindo os protocolos para o programa dos usuários com HAS e DM, a atenção odontológica, a realização das consultas agendadas em dia, a promoção da prática de atividades físicas, assim como a modificação no estilo de vida desfavorável, tudo isso promoveria o bem estar de toda população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral.

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM ESF/UBS de Lajeado, João Câmara/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas.

Objetivo 1.

Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes.

Metas

1.1. Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2

Melhorar a qualidade dos atendimentos aos usuários com hipertensão e diabetes

Metas

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.3. Manter a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Manter a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Objetivo 3

Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e diabetes ao programa.

Metas

3.1 Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4

Melhorar o registro das informações direcionado aos usuários com hipertensão e diabetes.

Metas

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Objetivo 5

Mapear os usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular.

Metas

5.1. Manter a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Objetivo 6

Realizar ações de promoção da saúde voltada aos usuários com hipertensão e diabetes.

Metas

6.1. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2. Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

6.3. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

6.4. Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF-Lajeado, no Município de João Câmara no estado do RN. Participarão da intervenção todos os usuários com HAS e DM moradores na área da UBS. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro desses usuários na planilha de coleta de dados (Disponibilizadas pelo curso/UFPEL) será realizado no momento da consulta, a qual servirá para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Disponibilizadas pelo curso/UFPEL).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde dos usuários portadores de HAS e DM.

Monitoramento e Avaliação

Será realizado o monitoramento e avaliação do número de usuários com HAS e DM cadastrados no Programa através da revisão das fichas dos usuários cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), além disso, serão revisadas as fichas-espelho, prontuários, livro de registro de exames, ficha de atendimento odontológico e livro de registro de visitas domiciliares. Concomitante a isso será preenchida a ficha-espelho, através

dessa ferramenta se terá um controle eficaz dos inscritos do programa. A técnica de enfermagem e os ACS da ESF ficarão responsáveis por esta ação que após, mensalmente, será avaliada pelo enfermeiro da UBS. Ainda, se realizará reunião da ESF para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento de forma mensal.

Nessa ficha que será implementada na UBS, serão coletados dados, a partir de um acompanhamento criterioso dos prontuários dos usuários, com a finalidade de realizar uma avaliação eficaz dos exames clínicos. O enfermeiro em conjunto com os ACSs, revisarão as fichas de atendimento de cada usuário, verificando a solicitação de exames laboratoriais de acordo com o protocolo do MS, assim como com a periodicidade recomendada, a realização de exame físico adequado e necessidade de avaliação odontológica para os usuários com HAS e DM.

Além disso, o médico e o enfermeiro revisarão semanalmente a disponibilidade de medicamentos para uso dos usuários com HAS e DM na farmácia da UBS, dessa forma podemos garantir sempre um estoque de medicamentos a ser utilizados pelos usuários. Sendo que na mesma ficha do usuário haverá um espaço indicando quais os medicamentos que cada indivíduo utiliza e se este tem recebido pela farmácia popular a totalidade de seu tratamento.

Se forem observados usuários com atraso na realização de exames complementares, o médico será informado e realizará a solicitação, encaminhando para o recepcionista que já providenciará o agendamento, após o agente de saúde será comunicado da data e horário previsto para o exame e se encarregará de comunicar o usuário através de visita domiciliar com entrega do agendamento e solicitação do exame. Outra estratégia que será realizada é a revisão mensalmente das fichas individuais de atendimentos odontológicos dos usuários com HAS e DM, para detectarmos as necessidades de cada indivíduo.

Ainda se realizará o controle de estoque dos medicamentos, incluindo a validade, quem será responsável por essa ação será a enfermeira. Além disso, a técnica de enfermagem irá verificar se há atraso na entrega e solicitará que o agente em sua visita informe que há disponibilidade de sua medicação na UBS

e que este pode ir a qualquer momento retirar, se for caso. É importante destacar que estes usuários terão prioridade de atendimento, por isso se estabelecerá que uma técnica de enfermagem ficará de prontidão para os usuários com HAS e DM que chegarem na UBS sem horário marcado, ela irá acolher e providenciar a resolução de sua demanda ou dará o encaminhamento adequado dependendo da situação que este apresente.

Além disso, todos os usuários com HAS e DM terão prioridade de atendimento para problemas agudos, sendo que nestas consultas serão verificados os sinais vitais de imediato pela técnica de enfermagem que priorizará o atendimento para os mais necessitados, ainda serão verificados os exames e, em caso de atraso no acompanhamento, já serão encaminhados para execução dos mesmos.

Destaca-se também que os ACSs revisarão mensalmente os prontuários clínicos, dos usuários para identificação dos casos faltosos. Sendo que o médico levará as reuniões da ESF informes desses casos, sendo lida a lista de faltosos durante as reuniões e encaminhadas aos seus respectivos ACSs para realização de visita e agendamento da nova consulta.

O enfermeiro revisará mensalmente os registros dos usuários com HAS e DM acompanhados pela ESF para avaliar sua qualidade, obtendo um melhor controle. Será discutido pela ESF qualquer problema detectado durante a revisão dos registros nas reuniões da ESF. Ainda será discutido os números de indivíduos cadastrados semanalmente e se passará a priorizar os usuários identificados com essas patologias recentemente, sendo que serão disponibilizadas 49 consultas mensais para usuários com hipertensão e 14 para usuários com diabetes, conseguindo assim atingir a população da média nacional, sendo 12 usuários com hipertensão semanal e três usuários com diabetes com estratificação de risco por semana.

Serão revisadas as fichas clínicas e/ou prontuários para avaliação dos usuários com HAS e DM com estratificação de risco cardiovascular, a avaliação será feita através da ficha de estratificação do risco cardiovascular (APÊNDICE B) que serão elaboradas pela ESF. Nas reuniões será realizada discussão dos dados levantados sobre os usuários com hipertensão e diabetes com risco cardiovascular para o planejamento de melhorias no monitoramento e diminuição do risco de cada usuário.

Sobre as ações de promoção de saúde serão monitoradas, a partir da revisão das fichas de levantamento do número de usuários com orientação sobre higiene bucal. Além disso, serão debatidas nas reuniões da ESF àquelas atividades de orientação sobre higiene bucal desenvolvidas na semana. Outra estratégia que é importante destacar é que será disponibilizado um caderno para que cada usuário, na hora que deseje, exponha seu grau de satisfação ou insatisfação com o serviço prestado. Sendo avaliado de forma mensal pela técnica de enfermagem que irá expor as opiniões em cada reunião.

Organização e Gestão do Serviço

Para garantir uma boa organização e gestão do serviço, será disponibilizado na UBS o registro de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados, além de garantir os materiais necessários a serem utilizados em nossa UBS, como: esfigmomanômetro, estetoscópio, manguitos, fita métrica, glicômetros e balanças. Para isso será utilizado uma planilha de acompanhamento individual, na qual a médica manterá atualizados os cadastros, além de um registro para o agendamento das consultas, avaliando de forma sistêmica os casos faltosos dos agendamentos. Planilha que deverá oferecer também informação sobre usuários cadastrados como de alto risco cardiovascular.

O administrador se encarregará de solicitar ao gestor municipal a inspeção trimestral para o calibramento dos esfigmomanômetros, balanças, glicômetros e a solicitação de outros novos para garantir o bom atendimento. Assim como a disposição na UBS das atualizações do ministério da saúde referentes à HAS e DM e, fornecerá agilidade no agendamento dos exames complementares solicitados conforme os protocolos. Assim, também será programado o total de consultas médicas e odontológicas a realizar por dia pelos ACSs, sendo 12 usuários com hipertensão e três usuários com diabetes semanalmente, revisando de forma detalhada cada ficha e os exames realizados, para assim solicitar aqueles que estão com atrasos, segundo os protocolos e a periodicidade para cada exame. Além disso, o médico e o enfermeiro atualizarão os dados dos usuários nos prontuários e ficha-espelho.

Aproveitar-se-á as reuniões, realizadas mensalmente, onde o médico e o enfermeiro capacitarão os membros da ESF sobre os protocolos de atendimentos da UBS, além de mantê-los atualizados, capacitando também sobre a prioridade nos atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco. Também nessas reuniões o dentista capacitará todos os membros da ESF para a orientação da saúde bucal desses usuários. Avaliar-se-á a necessidade de materiais odontológicos que permitam a realização de ações de promoção de saúde, para a gestão e solicitação, garantindo a realização dessas atividades com qualidade.

Engajamento público

Para que exista uma boa dinâmica entre nossa ESF e a população, deve existir uma adequada comunicação com a comunidade. Para isso é necessário informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS, importância do rastreamento dos agravos pelo menos anualmente, fatores de riscos que favorecem o desenvolvimento desses agravos, orientação da importância dos controles nas UBSs. Para isso se solicitará ao gestor municipal todo tipo de cartaz referente a HAS e DM e materiais de orientação. O médico e a equipe de enfermagem, nas reuniões que se realizará nas comunidades de forma trimestral, divulgarão todos os temas relacionados com o programa.

Além da ESF será convidado o gestor municipal e a equipe do NASF, para que todos em conjunto saibam chegar da melhor forma a comunidade e alcançar nosso objetivo: Conscientização sobre a importância da prevenção, riscos, realização de exames em dia, que todos conheçam sobre o acesso aos medicamentos da farmácia popular, assim como a importância da avaliação da saúde bucal. Identificação na comunidade dos promotores de saúde para ajudar no controle dos usuários com hipertensão e diabetes. Isso será realizado na primeira reunião com a comunidade, que informará permanentemente aos usuários e a comunidade sobre seus direitos.

Qualificação da prática clínica

As capacitações são a ferramenta fundamental para o conhecimento da ESF em geral, assim como promotores de saúde para o desenvolvimento de

todas as atividades a serem realizadas. Dessa forma, nas reuniões da ESF que serão realizadas mensalmente, como foi expresso anteriormente, haverá um espaço, onde o médico e o enfermeiro planejarão uma capacitação por mês com temas como: cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da UBS, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Avaliando, sempre nas reuniões seguintes os temas já abordados, cada integrante da ESF, sendo responsável o médico e enfermeiro.

2.3.2 Indicadores

Indicadores relativos ao objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e diabetes

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Indicadores relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

Indicador 2.2: Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

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

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

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

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

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Indicadores relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2: Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Indicadores relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Indicadores relativos ao objetivo 5. Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Indicador 5.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Indicadores relativos ao objetivo 6. Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes

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

Indicador 6.1: Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.5: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.6: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.7: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

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

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na UBS.

2.3.3 Logística

Na adoção de protocolos e fichas-espelho para a realização do projeto de intervenção nos usuários com HAS e DM vamos implantar o uso do Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ambos de 2013. Para a coleta dos dados utilizaremos os prontuários clínicos e registros de atendimento individual das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS. Registros que não proporcionam todas as informações necessárias que nos permitam o bom monitoramento das ações, não preveem informações sobre o acompanhamento da saúde bucal, exame complementares em dia, atrasos das consultas agendadas com mais de 07 dias, assim como informações sobre a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses ou orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e outros dados relativos a morbimortalidade de interesse.

Levando em consideração isso, para a coleta de todos os indicadores se utilizará a “Ficha-espelho de usuários com hipertensão e diabetes”. Pretende-se atingir um total de 196 usuários com hipertensão e 56 com diabetes para alcançar 80% de cobertura na atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, portanto esse será o número necessário de fichas para imprimir e que serão disponibilizadas para controle da intervenção. Garantindo a coleta de cada ação desenvolvida na UBS com os usuários com hipertensão e diabetes, tanto no âmbito promocional, preventivo como também com condutas terapêuticas e demais ações que serão desenvolvidas, além das atividades em grupos realizadas fora da UBS.

Para viabilizar as fichas necessárias entraremos em contato com o gestor municipal das UBSs, que será o responsável por dispor a quantidade de 196 fichas para usuários com hipertensão e 56 para usuários com diabetes, para ser anexada aos prontuários. Além de solicitar os materiais necessários para a pesquisa e cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes como: esfigmomanômetros e estetoscópios, fitas métricas, balança de adulto, glicômetros e instrumental para avaliação neurológica. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, que contém a aba dos indicadores, onde poderão ser acompanhados os dados e gráficos dos indicadores da intervenção de cobertura e qualidade.

Para aumentar a cobertura para 80% utilizaremos como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, como foi expresso anteriormente. As avaliações que serão feitas pelos profissionais da ESF nas consultas médicas e visitas domiciliares serão com o objetivo de aumentar o percentual de cadastramento desses usuários para 80%, com uma previa capacitação dos envolvidos nas reuniões da ESF realizadas mensalmente. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, para que toda a ESF utilize esta referência na atenção desses usuários.

Esta capacitação ocorrerá na própria UBS/ESF, onde cada membro da ESF estudará uma parte do manual técnico e apresentará o conteúdo aos outros membros. O médico e o enfermeiro serão os responsáveis pelas capacitações, além da confecção da ficha de cadastramento (APÊNDICE A)

que colete e brinde todas as informações pertinentes sobre o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes. Assim será auxiliada a ESF tanto na capacitação das fichas de cadastramento individual e familiar, como também no adequado conhecimento do manual de procedimentos para o cadastramento, além disso, será disponibilizado caderno para anotações específicas e canetas para cada profissional que participará da ação. Esses materiais serão solicitados ao gestor municipal, assim como fichas para cadastramento individual e familiar, garantindo assim uma capacitação eficaz e um futuro trabalho de qualidade. As capacitações serão realizadas em nossa UBS, utilizando duas horas por mês, no horário da tarde. Para isso acondicionaremos a sala de espera dos usuários com as mesas e cadeiras da UBS, local com espaço suficiente, para a realização das capacitações.

Será realizado pela nossa ESF o rastreamento e o cadastramento dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, após a capacitação, como foi abordado anteriormente. Ação que será realizada mediante a pesquisa ativa (visitas aos domicílios) e pesquisa passiva (durante as consultas). Inicialmente realizaremos a identificação dos usuários com HAS e DM de nossa área de abrangência no prazo de quatro semanas. Para o deslocamento de toda a ESF será utilizado transporte, para isso a ESF toda se mobilizará com o carro em que somos transportados até a UBS, com previa coordenação com o gestor municipal, garantindo a chegada em cada família de nossa área de abrangência. Tendo identificado todos os usuários com hipertensão e diabetes de nossa área, realizaremos o cadastramento dos usuários com HAS e DM residentes em nossa área de atuação, durante cada uns dos atendimentos no prazo de 16 semanas.

Outras ações a serem realizadas para atingir a meta de 100% na qualidade do atendimento são: garantir a estratificação de risco cardiovascular, assim como a orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários com hipertensão e diabetes, orientação em relação a prática regular de atividades físicas, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e diabetes. Estas atividades estão previstas para serem realizadas durante os atendimentos, assim como também em encontros presenciais com grupos de usuários com hipertensão e diabetes, onde o médico e o enfermeiro serão os principais responsáveis, além dos

ACSS que participarão na orientação sobre educação em saúde. Para isso serão solicitados materiais como folders informativos, materiais ilustrativos (como pirâmide alimentar e cartaz), os quais serão solicitados ao gestor municipal.

Além disso, será realizada avaliação da saúde bucal em 100% dos indivíduos, verificando a necessidade de atendimento odontológico aos usuários com hipertensão e diabetes. Em cada consulta e visita domiciliar realizada pelo médico, enfermeiro e ACS, se coletará os dados dos indivíduos com atendimentos odontológicos no último ano. Além disso, será necessária a confecção de um registro odontológico para usuários com hipertensão e diabetes, que permita o controle dos atendimentos e ações desenvolvidas pela ESF. A responsável pela confecção desse registro será a dentista e auxiliar de saúde bucal.

Outra ação que será desenvolvida é a busca ativa de 100% dos usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, mantendo também 100% de acompanhamento das fichas dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados. Para isso serão utilizadas 4 horas quinzenais para a realização de visitas domiciliares pelo médico e enfermeiro onde os casos faltosos serão agendados para novas consultas. Manter 100% das fichas atualizadas também constitui outra das ações a serem desenvolvidas, assim no final de cada mês se utilizará uma hora do turno da tarde para a revisão das fichas dos indivíduos que foram programadas as consultas para o mês, remarcando novas consultas para os casos faltosos.

Para uma organização melhor do programa dos usuários com HAS e DM se confeccionará um livro de registro para o controle de todos os usuários com hipertensão e diabetes que vieram a consulta de medicina geral nos últimos três meses. Livro que estará a disposição de toda a ESF, sendo responsável de sua atualização a técnica de enfermagem, durante a triagem e aferição dos sinais vitais nos usuários com hipertensão e diabetes. Transcrevendo todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha-espelho ou registro específico do programa. Ao mesmo tempo realizar-se-á o primeiro monitoramento anexando uma anotação colorida de forma que chame a atenção sobre consultas em atrasos, exames clínicos e laboratoriais em atraso, consultas odontológicas em dia, vacinas em atrasos e outros dados de

interesse, agilizando que o indivíduo seja identificado e realizado o contato para o retorno à UBS.

Para viabilizar as ações de monitorar a cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes, o enfermeiro e a médica examinaram as fichas-espelhos e o livro de registro de forma semanal, para identificar aqueles com atraso em consultas, assim como exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atrasos e demais ações anteriormente citadas. Com o propósito de agendar as consultas e garantir sua atualização, os ACSs serão os responsáveis pela busca ativa de todos os usuários com hipertensão e diabetes com atraso, estima-se quatro por semana totalizando 16 por mês. Ao fazer a busca já agendará as consultas para um horário de sua conveniência. Consolidando na planilha as informações coletadas na ficha-espelho no final de cada mês, sendo o responsável os ACSs e o enfermeiro. Em nossa UBS não contamos com computador para o processamento das informações de forma eletrônica, o qual será solicitado ao gestor municipal a possibilidade, sendo responsável a médica.

O acolhimento dos usuários será realizado pela técnica de enfermagem, realizando uma triagem das urgências médicas, assim como os atendimentos no dia. Uma vez classificados os atendimentos, se determinará quais serão atendidos na hora (aqueles com problemas agudos), assim como a capacidade de atendimentos agendados no dia, sendo que o usuário irá sair da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas de usuários com hipertensão e diabetes não há necessidade de alterar a organização da agenda, esta será priorizada nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Além disso, deixaremos reservadas quatro consultas por semana para os usuários com HAS e DM que cheguem de forma passiva para consultas e realização do cadastramento por nossa ESF.

A comunidade também tem um desempenho importante em nossa intervenção, portanto convocaremos uma reunião com a participação de representantes da comunidade, colégios e demais instituições parceiras da nossa área de abrangência, sendo o administrador o responsável por chegar em cada líder da comunidade e informar a importância da sua participação e os objetivos propostos. Nessa reunião será apresentado o projeto esclarecendo

a importância dos controles das pessoas cadastradas no programa, assim como a importância do acompanhamento regular. Para isso será necessário uma boa organização, onde se discutirão também o manual técnico de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, para que toda a população reconheça a importância dos controles.

Utilizaremos os mesmos materiais utilizados nas capacitações à ESF como: folders informativos, materiais ilustrativos, cartazes, os quais permitam o bom entendimento, garantindo o apoio da comunidade no sentido de conscientizar a população em assistir as consultas agendadas e necessidade de priorização dos atendimentos deste grupo populacional.

3. Relatório da intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Podemos dizer neste momento que nossa principal ação durante estas 16 semanas de intervenção foi o cadastramento de 80% dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de atuação, mas ao realizar a intervenção conseguimos atingir 100%, sendo isso um ponto positivo para a ESF. Demonstrando-se que verdadeiramente a ESF unida pode obter grandes resultados na população. Além do cadastramento tivemos outras ações a serem desenvolvidas tanto com a ESF como com os usuários que fizeram parte da intervenção. Dentro dessas ações temos:

Capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes e a realização da busca ativa de usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos. Sendo esta uma das ações fundamentais com que iniciamos nossa intervenção. Que nos serviu para que todos os membros da ESF conhecessem tudo sobre a hipertensão arterial e diabetes mellitus e seus protocolos, assim como também o manejo e principais ações durante seu acompanhamento. Atividade realizada sem dificuldade e com êxito durante a primeira semana da intervenção. Sendo a motivação para que desde esse momento os agentes comunitários de saúde se sentissem motivados para a busca ativa nas comunidades, para assim incentivar a chegada dos usuários até a UBS para o cadastramento na intervenção. Cumprindo-se com um pouco de dificuldade porque foram períodos de muita chuva, que fizeram com que o trabalho se atrasasse. Nesse caso o mais importante foi que a ESF conseguiu o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes nas diferentes comunidades, onde mostraram o interesse, motivação e empenho nos cumprimentos dos objetivos do projeto.

Outras ações desenvolvidas foram a definição do papel de cada profissional durante a intervenção, organizações de materiais e insumos para a execução do projeto. Para a realização da mesma foi realizada uma reunião da ESF, na qual participaram todos os membros da ESF: médica, enfermeiro, ACS, dentista, auxiliar, técnica de enfermagem, administrador, além da

presença do gestor municipal. Foi o espaço aproveitado para definir a responsabilidade de cada um no projeto, dando a conhecer suas funções em cada uma das atividades a serem realizadas: os ACSs no cadastramento, divulgação das ações e busca ativa dos faltosos as consultas e atraso na realização de exames nas visitas domiciliares, a técnica de enfermagem: o acolhimento, com aferição da pressão e teste de glicose, assim como o início do preenchimento das fichas-espelho, enfermeiro: acolhimento e cadastramento de todos os usuários com hipertensão e diabetes, com o registro das informações e entrega dos exames, médico: atendimento clínico, solicitação de exames de rastreamento, tratamento e orientações, dentista e auxiliar: atendimento clínico e orientação sobre saúde bucal, administrador: providenciando materiais e insumos necessários para a realização de cada atividade a ser realizada.

Aproveitamos a oportunidade para informar ao gestor sobre a intervenção que seria implementada com as propostas expostas, solicitando seu apoio e colaboração com a intervenção. O gestor manifestou o grau de satisfação com o projeto, oferecendo toda sua ajuda e proporcionando materiais necessários para a realização dos diferentes encontros com a comunidade e grupo de usuários, além da quantidade de folhas suficientes para a confecção das fichas-espelho. Disponibilizou uma impressora para a impressão das fichas a serem utilizadas para que cada usuário participe do projeto. Foram outras atividades que a ESF cumpriu sem dificuldade, como esteve programado em nosso cronograma.

A identificação dos usuários com HAS e DM da área adstrita programada para ser realizado durante as primeiras quatro semanas pelos ACSs teve dificuldade pelas condições meteorológicas desfavoráveis que não permitiram terminar como foi planejado. Assim como a assistência às consultas para o cadastramento no projeto. Durante cada semana foram agendados os usuários para o cadastramento e implementação de todas as ações de saúde na UBS. Todavia uma que outra vez enfrentamos dificuldades, mas se conseguiu no final destas 16 semanas cadastrar mais do que os 80% dos usuários com hipertensão e diabetes que tínhamos propostos.

Durante estas 16 semanas estive presencialmente 12 semanas na UBS, devido as minhas férias, destaca-se que a ESF seguiu com a intervenção nesse período. Foram realizados quatro encontros com a comunidade para falar sobre a importância da ação programática sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, além da solicitação de apoio para as diferentes estratégias que serão implementadas. Também foram realizados quatro encontros de interação com grupo de usuários com hipertensão e diabetes sem dificuldade. Evidencia disto podemos ver na foto que se mostra a seguir. Dando o total cumprimento durante o momento programado. Ressaltando o apoio da ESF do NASF, quem esteve presente em nossos encontros, concretizando a importância do projeto.



Figura 1: Encontro com grupos de usuários com hipertensão e diabetes na ESF.

Sobre o desenvolvimento nos atendimentos clínicos dos usuários com HAS e DM no início da intervenção apresentávamos muitas dificuldades, por tratar-se na grande maioria de pessoas idosas que confrontavam dificuldades na assistência das atividades programadas, assim como assistências as consultas agendadas. Agora se pode reconhecer o ganho nesse sentido,

porque todos os usuários participantes mostram a satisfação e a necessidade cada vez mais de cumprir com todas as orientações e assistência as consultas.

Os atendimentos clínicos dos usuários com hipertensão e diabetes se desenvolveram durante as 16 semanas de intervenção sem dificuldade. Sendo evidenciados em nosso atuar na unidade e as comunidades. Imagem disso se pode evidenciar nas figuras 2, 3, 4 e 5.



Figura 2: Atendimento ao usuário do programa para usuários com HAS e DM, na UBS.



Figura 3: Acompanhamento a usuário com HAS pelo enfermeiro.



Figura 4: Acompanhamento a usuário com DM pela Técnica de enfermagem.



Figura 5: Acompanhamento de usuário com HAS e DM na comunidade.

No início sempre teve o medo de iniciar o projeto, pensando que teríamos problemas com a assistência dos usuários a consulta. E foi tudo pelo contrário, a população manifestou grande interesse na participação, tendo oportunidades que não precisamos agendar as consultas pelos ACSs, chegando, eles mesmos, até a UBS. Evidência disso, tivemos na última semana da intervenção uma estratégia de dar cobertura à todos quantos quisessem. Sendo os atendimentos maiores do que tinha acontecido em semanas anteriores. Situação que evidencia o êxito da intervenção em nossa comunidade.

O Monitoramento e avaliação da intervenção foram realizados cada mês durante as reuniões de ESF. Oportunidade para expressar qualquer situação contra da intervenção. Temos que ressaltar que no início sempre tivemos pequenos problemas, que na medida do avance de nossa intervenção, conseguimos resolver com muita eficiência. Damos graças ao apoio do gestor municipal que sempre manifestou a satisfação e colaboração para o

cumprimento dos objetivos do projeto, facilitando todos os materiais que precisávamos. Hoje podemos expressar que a implementação do projeto em nossa comunidade teve um ponto positivo e um ganho na comunidade. Partindo da concretização e da necessidade de fazer parte da rotina dos atendimentos, como foi expresso para todos os membros da ESF. Por isso consideramos que a intervenção foi o motor propulsor para mudanças nas rotinas dos atendimentos, levando a motivação e entusiasmo de todos os participantes. Além de permitir maior organização em cada um dos atendimentos, assim como as prioridades as consultas agendadas e não só as demandas espontâneas. Sabemos que o objetivo está na continuidade do cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes, durante os atendimentos, para assim implementar as ações de saúde em melhora da saúde da população.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Neste aspecto consideramos que todas nossas ações previstas foram desenvolvidas no prazo previsto. Ainda que a médica esteve fora da UBS, foram realizadas sem dificuldades as ações previstas. Sendo um ganho que favoreceu muito nosso projeto e demonstrou que com boa organização pode-se conseguir grandes resultados na população.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Acredito que pelo o bom desempenho de nossa intervenção e as capacitações realizadas no início da intervenção a ESF não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos a intervenção e preenchimento das fichas-espelho. Já que se aproveitaram as reuniões para o treinamento das atividades a realizar. Tenho que reconhecer que durante o preenchimento da planilha de coleta de dados tive dificuldades que foram remediadas com o transcurso da intervenção, assim como o cálculo dos indicadores. Chegando no final da intervenção com a clareza sobre a questão.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa ESF manteve-se muito unida na realização das ações previstas no nosso projeto de intervenção, posso afirmar que cada ação faz parte de nossa rotina diária. Podendo evidenciar o trabalho realizado durante minhas férias, sendo capazes de continuar o projeto e realizando cada uma das ações de saúde que estavam planejadas durante o tempo previsto. Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o Trabalho de Conclusão de Curso que é requisito para finalização da Especialização, nossa intervenção não terminou, já que nossa meta está em seguir com 100% dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de atuação sendo avaliados e monitorados. Sendo assim, continuaremos com o acompanhamento necessário para que possamos melhorar a qualidade de vida da população alvo de nossa UBS.

Considero que dentre os aspectos que poderíamos melhorar estão o estabelecimento fixo de um dia para o acompanhamento programado para os usuários com hipertensão e diabetes. Com o objetivo de que os outros membros da comunidade não se sintam desprotegidos e tenham a possibilidade de implementar ações de saúde para esse grupo populacional. Além disso, pretendemos estabelecer os atendimentos para os usuários com hipertensão e diabetes por consultas agendadas tanto para o médico como para o enfermeiro, independente da presença do médico na UBS, para assim incorporar o enfermeiro a rotina dos atendimentos. Considero que sempre teremos coisas para modificar na medida dos atendimentos, acreditando que não impedem o bom desenvolvimento dos atendimentos.

Um fato muito importante a ser destacado é que nossa comunidade já tem conhecimento que nossa UBS está trabalhando para melhorar a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, sendo que eles já preferem vir à UBS sem ter a necessidade de programar seus atendimentos. Toda a população esta sendo orientada a procura da UBS antes de qualquer situação que possa comprometer sua saúde.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa UBS localizada na zona rural do município João Câmara no estado RN tem uma população alvo de 946 habitantes, distribuídas entre os assentamentos: Lajeado, Lajinha, Serra Verde do Joaquim, Xoão, Baixo do Macaco e Boa Sorte. Sendo os atendimentos itinerantes para essas comunidades, pois se encontram distantes da nossa unidade. Antes da intervenção tínhamos um total de 96 usuários com HAS, representando 49% e 26 usuários com DM com um percentual de 46% de cobertura. Sendo acompanhados pela ESF em consultas programadas como segue os protocolos e visitas domiciliares realizadas pelos membros da ESF, além de atendimentos por demandas espontâneas. Após a intervenção esses dados foram melhorados. A seguir são descritos os resultados para cada objetivo proposto.

1 - Objetivo: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS.

A intervenção realizada em nossa ESF, pertencente ao município de João Câmara, estado do RN, que teve como objetivo melhorar a atenção dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência. Na qual nos propusemos, no primeiro momento, a ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS. Já que no início da intervenção nossa UBS encontrava-se com uma cobertura de usuários com hipertensão e diabetes inferiores à média nacional. Com um porcentual de 49% de usuários com HAS e 46% de usuários com, sendo isso a motivação para a realização do projeto de intervenção nesse grupo populacional. Considerando a

causa devido a falta de um cadastramento atualizado da população em nossa área de atuação.

Inicialmente no planejamento de nossa meta traçamos que o cadastramento seria de 80% dos usuários com HAS e DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS. Para o cumprimento desse primeiro objetivo, propusemo-nos agendar 12 consultas para HAS e três consultas para DM semanais. Foi um desafio muito grande nesse primeiro mês, por serem novas formas nos atendimentos que seriam implantados em nossa UBS, onde a população ainda não estava conscientizada na importância do projeto.

Além disso, tivemos algumas dificuldades principalmente no excesso dos atendimentos por demandas espontâneas e demoras das consultas. Assim como também não tínhamos no início o total de fichas-espelho a serem utilizadas com cada um dos usuários atendidos. Mas iniciamos nossa intervenção com a colaboração e ajuda de toda a ESF, membros da comunidade, gestor municipal e a própria população abrangente, conseguindo nossa meta proposta. Considerando que foi nossa maior facilidade no desenvolvimento dia-a-dia de cada uma de nossas ações.

Nos acompanhamentos dos usuários com HAS nesse primeiro mês foram atendidos um total de 48 usuários, representando 21,9% da cobertura. Já no segundo mês ampliamos ainda mais a cobertura com 111 usuários com HAS atendidos, com um percentual de 50,7%. No terceiro mês foram atendidos 173 usuários para um total de 79% da cobertura. No quarto mês de nossa intervenção alcançamos 100% da cobertura com 219 usuários com HAS cadastrados (Figura 6). Depois de quatro meses de intervenção podemos dizer que o primeiro objetivo da intervenção foi cumprido de acordo com as metas que tínhamos planejado.

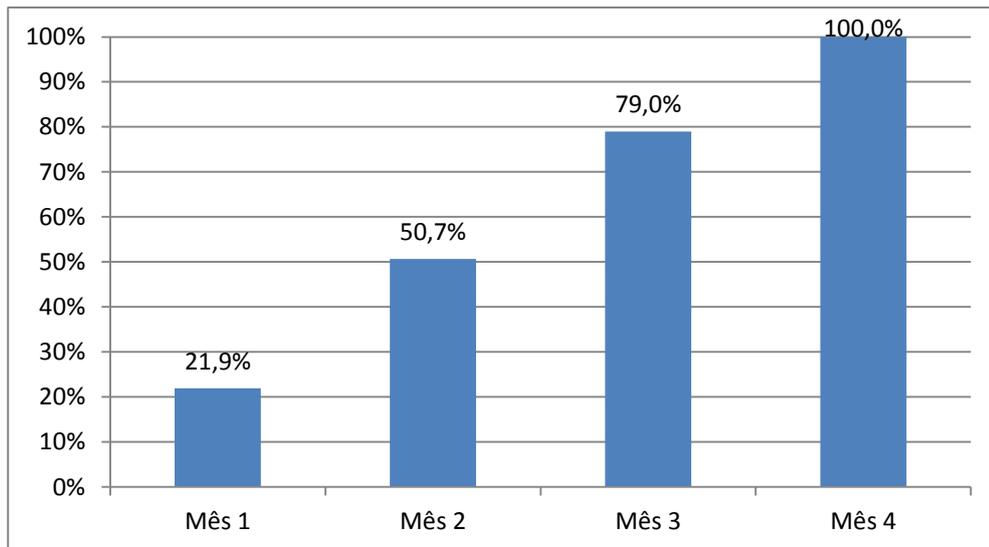


Figura 6: Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na ESF Lajeado. João Câmara/RN, 2015.

Resultados positivos também tiveram durante os acompanhamentos aos usuários com DM. Onde ao finalizar o quarto mês da intervenção, alcançamos 100% da cobertura. Resultados disso se pode evidenciar na figura 7. Durante o primeiro mês conseguiu-se atender 12 usuários com DM, representando 18,5% da cobertura do total estimado para a área de abrangência. No segundo mês 34 usuários, representando 52,3%. Terceiro mês 48 representando 73,8% da cobertura. Para um total de 65 usuários com DM ao finalizar o quarto mês com 100% da cobertura do programa.

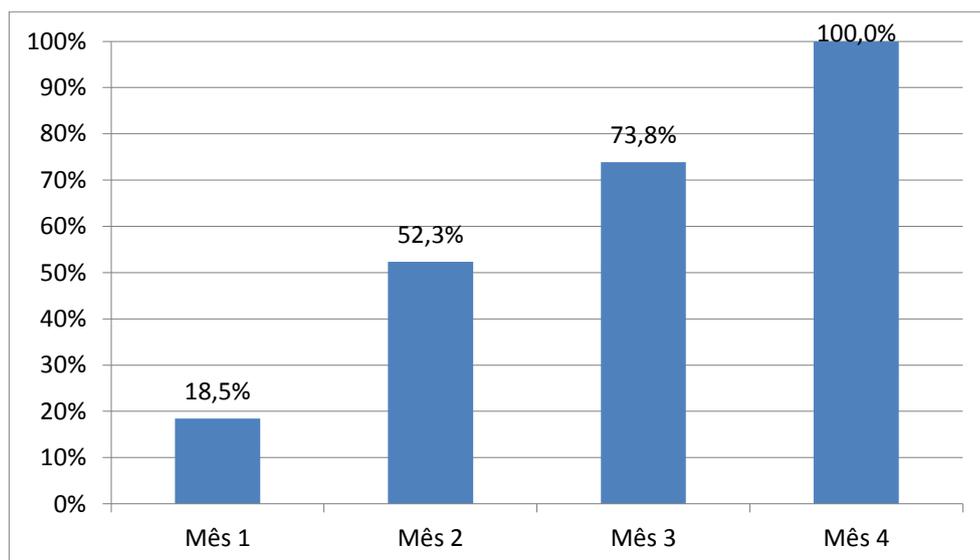


Figura 7: Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na ESF de Lajeado, João Câmara/RN, 2015.

Os resultados obtidos referente a cobertura foram surpreendentes para toda a ESF. Considerando o curto tempo de intervenção para alcançar as metas. Foram semanas de intenso trabalho, mas com a união da ESF, conseguimos cada uma das ações.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS.

Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes também foi objetivo de nossa intervenção. É válido ressaltar que as capacitações que foram realizadas com todos os profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes e a realização da busca ativa de usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos, motivou toda a ESF na melhoria da qualidade da atenção dos usuários participantes da intervenção.

Durante cada um dos atendimentos a realização do exame clínico de acordo com os protocolos para hipertensão e diabetes, foi o indicador que garantiu a qualidade da atenção para cada usuário. Os atendimentos foram desenvolvidos na UBS e nos locais destinados nas comunidades, onde a ESF também realiza as consultas médicas, por serem localidades distantes da UBS. Garantindo tudo para a realização de consultas de qualidade, assim como o adequado exame físico segundo os protocolos para hipertensão e diabetes. Dessa forma se conseguiu atingir 100% na realização de exames clínicos em todos os usuários atendidos durante cada mês da intervenção. Os resultados obtidos permitem realizar uma avaliação positiva desse importante indicador, evidenciando o empenho tanto dos usuários como na ESF no trabalho desenvolvido durante a intervenção.

Outro indicador que nos permitiu avaliar a qualidade na atenção nesse grupo populacional foi a proporção de usuários com hipertensão e diabetes com exames completos em dia de acordo com os protocolos. Foram atendidos 48 usuários no primeiro mês, 111 no segundo mês, 173 no terceiro mês, para terminar com 219 usuários no quarto mês da intervenção. Na qual

obtemos 100% na realização dos exames solicitados. Acredito que o cumprimento desse indicador esteja influenciado, graças ao trabalho de monitoramento realizado, pelos Agentes Comunitários Saúde (ACSs). Aproveitando as visitas domiciliares para a verificação e confirmação de sua realização. Por isso considero meritório o elogio para todos eles que fizeram ser possível que todos os usuários atendidos fizessem-se responsáveis na realização dos exames solicitados durante os atendimentos.

Graças ao apoio do gestor municipal de saúde, em nossos encontros, se tratou o tema referente a disponibilidade dos medicamentos pertencentes a farmácia popular, garantimos que a prescrição dos medicamentos para os usuários necessitados de medicação fossem da farmácia popular. Sendo prescrito para 100% de todos usuários com hipertensão e diabetes participantes da intervenção. Foi um importante ganho obtido em nossa UBS porque no início da intervenção as farmácias populares do município e da própria UBS estavam muito carentes das medicações controladas para a população. Partindo do momento da intervenção não houve mais problemas a serem discutidos nas reuniões de ESF.

Considerando que a intervenção trouxe muitas mudanças tanto na UBS como no próprio município. Situação que favoreceu para que todos os usuários não tivessem a necessidade de procurar a medicação para seu controle nas farmácias particulares, com disponibilidade na Farmácia Popular priorizada na UBS.

A proporção de usuários com hipertensão e diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico também foi outra das metas que avaliamos durante a intervenção. Podemos dizer que além de ter resultados positivos na realização de exames clínicos em dia para cada usuário, tivemos 100% na avaliação das necessidades odontológicas. Aproveitando os agendamentos das consultas médicas para uma avaliação no mesmo dia para os usuários pela dentista.

Todavia podemos ressaltar que durante todas as semanas da intervenção em algumas oportunidades enfrentamos dificuldades com alguns usuários para seus atendimentos odontológicos. Sendo que as cifras elevadas

de pressão arterial e glicose durante os testes rápidos de glicose realizados antes dos atendimentos foram as principais questões que impediram as consultas odontológicas. Mas a ESF de odontologia se voltou cada semana para cumprir com os objetivos propostos e dentro disso os atendimentos de cada usuário programado. Portanto se conseguiu atingir 100% dos atendimentos aos usuários.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Esse objetivo foi avaliado mediante a proporção de usuários com hipertensão e diabetes faltosos às consultas com busca ativa. Durante o transcurso da intervenção tivemos poucos usuários faltosos às consultas. Considerando que essa situação seja pela motivação que os usuários tiveram desde o início da intervenção. Para os quais se realizou busca ativa pelos ACSs, recuperando 100% dos usuários faltosos. Consultas que foram recuperadas sem dificuldades, graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde. Chegando até cada família e transmitindo a importância do projeto, assim como a necessidade de assistência as consultas agendadas. Isso demonstra uma vez mais a responsabilidade dos usuários e da ESF no cumprimento das consultas programadas e agendadas para cada usuário.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

A base desse objetivo esteve na avaliação da proporção de usuários com hipertensão e diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento, onde 100% dos indivíduos avaliados foram acompanhados através das fichas-espelho para o melhoramento do acompanhamento. Sendo isso de vital e significativa importância na evolução do projeto. Temos que agradecer ao apoio do gestor municipal, que brindou sua ajuda em todas as questões referentes, que permitiram por em prática nosso projeto de intervenção. Além da disponibilidade de disponibilizar papel suficiente e impressora para a confecção e impressão da quantidade de fichas de acompanhamento que necessitassem. Dessa forma, os registros foram

realizados adequadamente, alcançando 100% de registros adequados durante todos os meses.

Objetivo 5. Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular

A avaliação da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia constituiu um fator importante durante os atendimentos médicos. Já que a hipertensão arterial e a diabetes são dois fatores de risco importantes no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Porém em cada atendimento procedemos à avaliação do risco cardiovascular em cada um dos usuários participantes, para assim garantir uma vida mais saudável, eliminando todos os fatores de risco possíveis e evitando complicações cardiovasculares, que são frequentes nestes agravos e tendo, às vezes, sequelas irreversíveis.

Além disso, capacitou-se a ESF para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Assim o objetivo de “mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular” foi alcançado, com estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários em todos os meses durante a intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes

Promover a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes também foi outra das metas de nossa intervenção, já que a base da atenção básica à saúde está na promoção e prevenção de saúde para assim evitar riscos e complicações. Durante cada atendimento, 100% dos usuários foram orientados sobre nutrição e alimentação saudável, práticas de atividade física regular, risco de tabagismo, além de receber orientação sobre higiene bucal.

Além disso, se aproveitaram os encontros com os grupos de usuários com hipertensão e diabetes realizados na UBS, nas comunidades para promover uma melhor saúde para esse grupo populacional. Mantendo uma proporção de 100% de usuários com hipertensão e diabetes com orientação sobre condutas para sua saúde. Esta meta foi atingida pela qualidade da

intervenção e atenção dos profissionais no momento da abordagem para contemplar todos os aspectos relativos à promoção e prevenção em saúde.

4.2 Discussão

Entrando na discussão dos resultados obtidos em minha UBS referente a intervenção implementada nos usuários com HAS e DM de nossa área de abrangência, podemos dizer que foi muito importante. Sendo um ganho para todos nós, já que conseguimos adentrar na comunidade, sendo possível a realização de nossa intervenção. Porque sem o apoio de todos eles não teria sido possível nossos resultados.

Em primeiro lugar podemos dizer que com a intervenção conseguiu-se um trabalho verdadeiramente em equipe. Trabalhando todos com empenho para conseguir os objetivos da intervenção. Além de agregar a comunidade no trabalho e nas atividades realizadas pela UBS e organização do serviço com melhoria no acolhimento dos usuários a serem atendidos.

Podemos dizer que antes da intervenção as consultas para os usuários com hipertensão e diabetes praticamente estava abandonada e descoberta, onde os atendimentos eram só por problemas agudos ou só para procurar o remédio controlado. Tendo apenas o acompanhamento de um total de 96 usuários com HAS e 26 com DM cadastrados. Sendo muito inferior a média Nacional. A implementação da intervenção nos propiciou uma ampliação da cobertura da atenção nesse grupo populacional. Na qual terminamos com o cadastramento de 219 usuários com HAS e 65 usuários DM, representado um percentual de 100% da população.

Como foi dito estávamos abaixo da média nacional para nossa população, mas hoje é outra realidade. Pretendemos dar continuidade a nossa intervenção, assim como também implementar em outro grupo populacional. Conseguindo melhorar em 100% os atendimentos de nossa UBS. Com certeza, vamos dar continuidade no trabalho. Vale ressaltar que ainda nos propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com diabetes e para a classificação

de risco de ambos os grupos. Foram quatro meses de muito trabalho e sacrifício, mantendo todas as atividades a serem desenvolvidas pela ESF, como os atendimentos por demandas espontâneas. No começo de minha intervenção, sempre duvidei que poderia ter tantos resultados positivos como esses. Porém agradeço ao apoio da ESF, ACSs, enfermeiro, dentista e sem deixar de agradecer o apoio do gestor municipal de saúde, que foi um ponto de apoio em nossa intervenção.

A intervenção implantada também serviu para que a ESF toda se envolvesse nas atividades desenvolvidas pelo bem da saúde da população. Sabendo que trabalhando em ESF os resultados sempre serão positivos, sendo nosso maior objetivo melhorar a situação de saúde da população para a qual brindamos nossos serviços. Além disso, foi o momento que serviu para capacitar a ESF sobre os protocolos de atendimentos dos usuários com HAS e DM, assim como as recomendações do Ministério da Saúde, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dentista, ACS e da recepção. Além disso, cada membro da ESF conseguiu conhecer verdadeiramente suas atribuições, dentro das que temos: o bom acolhimento realizado pela técnica de enfermagem, assim como aferição da pressão, aferição de temperatura, aferição do cumprimento dos usuários, realização de teste rápido de glicose para usuário com DM, acolhimento e cadastramento de todos os usuários com HAS e DM, com o registro das informações e entrega dos exames pelo enfermeiro, o médico responsável pelos atendimentos clínicos, solicitação de exames de rastreamento, tratamento e orientações sobre condutas de saúde, o dentista e auxiliar ficaram responsáveis também pelos atendimentos clínicos e orientação sobre saúde bucal, a realização do cadastramento, verificação no cumprimento das ações solicitadas em consultas, assim como a busca ativa dos usuários faltosos pelos ACS e o administrador que providenciou materiais e insumos necessários para a realização de cada atividade a ser realizada. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como o contato da ESF com a comunidade mediante os encontros com grupos de

usuários com hipertensão e diabetes, para o conhecimento das dúvidas e opiniões, referentes à intervenção.

Antes da intervenção as atividades de atenção nesse grupo populacional eram concentradas só pelo médico. A intervenção reviu-se essa situação, colocando em pratica as atribuições de cada membro da ESF viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários com HAS e DM viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

No começo da intervenção, quando ainda não estava bem esclarecida a nossa proposta de intervenção a população e comunidade em geral que apresentou-se um pouco impaciente e desesperadas, sobretudo, durante os atendimentos, pelo fluxo de usuários que tinham que aguardar para serem atendidos. Mas depois que a comunidade foi entendendo todo nosso objetivo percebeu a importância da intervenção e também participou da motivação no cumprimento das atividades. Também os usuários com HAS e DM demonstram satisfação com os atendimentos. Apesar da ampliação da cobertura do programa consideramos importante sempre melhorar nossos atendimentos, para que a população toda se sinta sempre protegida pela nossa ESF.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a ESF. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a ESF está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários com HAS e DM, em especial os de alto risco. Apesar de ter bons resultados nossos indicadores medidos pela intervenção, consideramos que poderíamos adequar ainda mais as fichas de coleta de dados dos usuários com hipertensão e diabetes para

poder coletar e monitorar da melhor forma todos os indicadores a avaliar. Além disso, consideramos oportuna a colocação de um dia fixo, só para consultas agendadas para usuários com hipertensão e diabetes, além das urgências médicas que chegarem no dia. Acredito que isso seja uma boa estratégia, já que permite uma diminuição no fluxo de usuários com outras patologias crônicas, eliminando também a demora na espera dos atendimentos.

A partir do próximo mês, pretendemos por em pratica os atendimentos dos usuários com HAS e DM por consultas agendadas como parte da rotina diária dos atendimentos. Além disso, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar a ação no programa câncer de colo de útero e mama, para melhorar a qualidade no serviço na UBS.

5. Relatório da intervenção para gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde

Sr^a: Andrea Lucia Cordeiro do Nascimento

O cuidado aos usuários com HAS e DM tem grande relevância no contexto da saúde pública, seja por seu aspecto epidemiológico, social ou financeiro. Representando umas das principais causas de morbimortalidade de todo o mundo e sendo um problema de saúde com consequências devastadoras, com um elevado risco de doenças coronárias. Por isso nosso empenho na realização de uma intervenção nesse grupo populacional, com o objetivo de diminuir riscos e a ocorrência de complicações na população vulnerável.

Por ser a atenção básica a responsável pelo cuidado da rede de atenção à saúde, onde trabalham as ESFs, foi realizada esta intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. de nossa UBS. Para isso trabalhamos em primeiro lugar na ampliação da cobertura dos usuários com HAS e DM, conseguindo o cadastramento no 100% de nossa população. Além de melhorar a qualidade dos atendimentos aos usuários com HAS e DM, melhorando a adesão através da busca ativa de usuários faltosos às consultas, melhorando o registro das informações, mapeando os usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular e realizando ações de promoção à saúde voltada a esse grupo populacional.

Para a realização de nossa intervenção nos auxiliamos no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013) e livro de registros dos usuários com hipertensão e diabetes. Durante quatro meses nossa ESF teve envolvida verdadeiramente com o trabalho em equipe, para cumprir os objetivos da intervenção. Foram experiências novas para todos nós, já que não se acreditava na possibilidade de ter os resultados obtidos. Desde o início trazíamos um cronograma de atividades, que nos permitia organização no

trabalho. Cumprindo com todas as ações propostas, além do estabelecimento das atribuições de cada profissional. Fato este que demonstra que com organização se pode alcançar grandes resultados. Ressaltando o importante apoio oferecido pela secretaria de saúde, especialmente pelo nosso gestor de saúde.

É importante dizer que antes da intervenção o total de usuários com hipertensão e diabetes que estavam cadastrados em nossa UBS era muito inferior a média nacional para nossa população. Tendo no início um total de 96 usuários com hipertensão cadastrados e 26 com diabetes, representando 49% e 46%, respectivamente. E hoje temos outros resultados graças à intervenção implementada, cadastrando um total de 219 usuários com hipertensão e 65 com diabetes. Podemos expor que aumentamos nossa cobertura para 100% de nossa população. Conseguiu-se realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes, assim como a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos, priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários cadastrados. Outras das atividades importantes foram as ações de promoção à saúde. Para compreender a importância de uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Outro dos ganhos obtidos foi conseguir que a ESF toda se envolvesse na intervenção e fizessem parte da intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto e no cadastramento de todos os usuários da área.

Intervenções como esta são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela ESF. Por isso consideramos importante que ditas ações façam parte da rotina do serviço. Além da implementação de novas ações programáticas como para o programa câncer de colo de útero e mama, para melhorar a qualidade no serviço na UBS. Trazendo melhoras na saúde da população camarense. Consideramos importante destacar que através da Senhora, se incentivam outras UBSs do

nosso município, para obterem melhorias nos serviços, melhorando a qualidade de vida da população de João Câmara/RN. Nossa ESF está disposta em apresentar nosso trabalho, mostrando nossos resultados, para assim incentivar outras UBSs para realização de projetos de intervenção nas comunidades de nossa cidade.

6. Relatório da intervenção para a comunidade.

Ao longo de quatro meses nossa ESF desenvolveu uma intervenção de saúde dirigida aos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência. Sendo que os usuários alvos foram todos os usuários com hipertensão e diabetes residentes em nossa área de atuação. Tendo como principal objetivo a melhoria da saúde dos usuários com HAS e DM na ESF do município de João Câmara/RN. Para iniciar nossa intervenção criamos um cronograma para uma melhor organização de nossas atividades de saúde. Durante esse período foram cumpridas 100% das ações planejadas. Além de uma preparação de excelência para cada profissional sobre os Protocolos do Ministério da Saúde para os usuários com HAS e DM.

Tivemos como objetivo durante os quatros meses de intervenção a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM de nossa UBS. Trabalhando na ampliação da cobertura conseguimos o cadastramento no 100% dos usuários com HAS e DM de nossa população. Além de melhorar a qualidade dos atendimentos, melhorando a adesão através da busca ativa de usuários faltosos as consultas, melhorando o registro das informações, pesquisa nos usuários de risco para doença cardiovascular e a realização de ações de promoção à saúde voltada a esse grupo populacional.

Temos que ressaltar o apoio da comunidade em cada uma das ações desenvolvidas. Já que durante cada um dos encontros sempre mostraram seu entusiasmo com a intervenção participando e colaborando em cada uma das atividades realizadas na comunidade. Desde o inicio conheceram as propostas de nossa intervenção e cada uma das ações a serem desenvolvidas. Sendo incentivo para que os usuários com hipertensão e diabetes assistissem as atividades planejadas. Por isso é meritório os elogios, o grande apoio que nossa ESF teve com a comunidade durante estes quatros meses de intervenção foi importantíssimo. E muitos dos resultados obtidos são também graças ao trabalho da comunidade com os grupos de usuários com hipertensão e diabetes. Também não quero deixar de destacar o trabalho realizado pelos agentes de saúde nas comunidades que trabalharam intensamente convidando e incentivando a presença dos usuários as atividades desenvolvidas.

Conseguiu-se atingir todas as metas planejadas, concluindo no final da intervenção com o cadastramento de 219 usuários com HAS e 65 com DM, 100% da população estimada para nossa população. Além de ampliar a cobertura para 100%, conseguiu-se realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes, assim como a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos, priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários cadastrados. Conseguiu-se realizar busca ativa em 100% dos usuários faltosos às consultas, acompanhamento na UBS com registro adequado através de fichas de acompanhamento, além de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em 100% dos usuários com hipertensão e diabetes. Outras das atividades importantes foram as ações de promoção à saúde. Para compreender a importância de uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Mesmo assim, a ESF continua trabalhando na melhoria das ações a serem desenvolvidas na UBS, em relação com a comunidade. Além de que pretendemos estender o trabalho para outros grupos populacionais.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Refletindo sobre meu processo de aprendizagem durante todos estes meses do curso, posso dizer que no início foi um pouco difícil, principalmente pelo idioma. Foram semanas de muito estresse com respeito a todas as atividades a serem realizadas, mas considero que valeu a pena e serviu muito para minha aprendizagem. Quero ressaltar que realmente no início me senti muito preocupada e estressada na realização de cada uma das atividades e tarefas a serem cumpridas. Mas foi o espaço que realmente me motivou e ajudou na melhora de minha linguagem, idioma e a interação com meus clientes. Além disso, posso dizer que a ESF também esteve envolvida no processo de aprendizagem, servindo para melhorar nas condutas de trabalhos em vista do bem da população. Por isso, considero que toda a ESF se favoreceu durante todo o curso sempre com experiências positivas, nunca antes experimentadas.

Além de tudo foi importante no meu enriquecimento como profissional na área clínica. Já que nos permitiu manter-nos atualizados com cada um dos protocolos utilizados no Brasil, mediante a realização dos Testes de Qualificação Cognitiva (TQC), estudos da prática clínica, assim como com a solução dos casos clínicos fornecidos. Permitindo a adaptação de condutas adequadas ante a avaliação dos usuários atendidos no dia-a-dia do trabalho. Quero ressaltar que realmente no início me senti muito preocupada, mas consegui seguir adiante e vencer as barreiras, conseguindo apoio da ESF, também no processo de aprendizagem.

Durante todo esse período o mais relevante no meu processo de aprendizagem foi ver a importância do planejamento de cada ação de saúde a ser desenvolvida com cada usuário e a importância das reuniões da ESF. Já que permitem o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, permitindo uma maior organização no trabalho, conseguindo os objetivos propostos. Além disso, serviu para que todos os membros da ESF trabalhassem segundo os protocolos para doenças crônicas. Permitindo que ações de saúde semelhantes possam ser implementadas em outros grupos populacionais em melhora de sua saúde e qualidade de vida. Nos permitiu reconhecer a análise situacional, realizada mediante ações de intervenção de saúde, nota-se que

esse instrumento constitui uma verdadeira ferramenta no diagnóstico de saúde da população.

Outra situação que encontrei muito interessante foi a diversidade de materiais para serem utilizados, proporcionando uma informação mais ampliada em nossa aprendizagem. A realização do projeto de intervenção também foi uma ferramenta de ajuda no meu processo de aprendizagem. Ressaltando que no início da intervenção não acreditei que a intervenção teria uma repercussão positiva, tanto na população abrangente, como na ESF e comunidade. Já que foram momentos de muito trabalho e sacrifício, redobrando os esforços no dia-a-dia, durante os atendimentos. Mas é válido ressaltar que cada uma das orientações recebidas pelo curso e de minha orientadora fizeram se tornar possível o bom desenvolvimento a cada semana das atividades realizadas, melhorando os atendimentos e conseguindo atingir cada uma das metas propostas, para a intervenção. Por tudo isso, considero que tanto o curso como a intervenção serviram muito para meu processo de aprendizagem. Sobretudo com relação ao meu idioma que foi melhorado muito com o curso, assim como o conhecimento de protocolos para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes implementados aqui no Brasil.

Por último agradeço muita minha orientadora Mônica Bergmann Correia Vohlbrecht, que foi a pessoa mais importante em todo esse tempo de aprendizagem, guiando e orientado com muita paciência cada uma das minhas atividades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

Apêndices

Apêndice A - Ficha de Cadastramento

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

FICHA DE CADASTRAMENTO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Nº. Prontuário: _____
Cartão SUS _____
Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/_____
Endereço: _____

Sexo: (a) Masculino (b) Feminino

Nacionalidade:

Situação conjugal:

(a) Solteiro (b) Casado (c) Divorciado (d) viúvo (e) outra

Nível escolar:

- (a) Ensino fundamental
- (b) Ensino médio
- (c) Ensino fundamental completo
- (d) Ensino médio Especial
- (e) Ensino fundamental especial
- (f) Ensino médio EJA
- (g) Ensino Fundamental EJA
- (h) Superior
- (i) Nenhum

Tem alguma deficiência?

(a) Sim (b) Não

Se sim, qual?

(a) Auditiva (b) visual (c) intelectual (d) física (e) outra

Sobre seu peso, você se considera:

(a) Abaixo do peso (b) Peso adequado (c) Acima do peso

Esta fumando?

(a) Sim (b) Não

Consume bebidas com álcool?

(a) Sim (b) Não

Teve AVC?

Apêndice B – Estratificação do Risco Cardiovascular

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

No. Prontuário: _____
Cartão SUS _____
Nome completo: _____
Data de nascimento: ___ / ___ / _____
Endereço: _____
Telefones de contato: _____

Riscos não modificáveis

- | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Idade > 55 anos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. Sexo Masculino | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Riscos Modificáveis

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Tabagismo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. Sedentarismo | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. Obesidade | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. Estresse | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. Colesterol total > 3,5 mmol/l(> 135 mg/dl) | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6. Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7. Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 8. Uso de anticoncepcionais orais | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 9. Doenças vasculares | | |
| - Antecedentes de infartos | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| - Antecedentes de anginas | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| - Antecedentes de AVC | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de Coleta de Dados

2014.11.05 Coleta de dados HAS e DM-UBS (Modo de Compatibilidade) - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Calibri | 11 | Quebrar Texto Automaticamente | Mesclar e Centralizar | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Trabalho | Fonte | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
Defensor Civil	Nome do paciente	Nome do assistente	Idade do paciente	Quantos hipertensos?	Quantos diabéticos?	Quantos com controle satisfatório da pressão arterial?	Quantos com controle satisfatório da glicemia?	Tomar medicamento regularmente?	Quantos hipertensos com controle satisfatório da pressão arterial?	Quantos diabéticos com controle satisfatório da glicemia?	Realizar exames de rotina (colesterol, glicemia, creatinina, etc.)?	Quantos hipertensos com controle satisfatório da pressão arterial?	Quantos diabéticos com controle satisfatório da glicemia?
Orientação e de prevenção	Atualizado	Novo	Em uso	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

Pronto | Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores | 50% | 13:22 | 13/08/2015

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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