UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Trabalho de Conclusão de Curso

Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Nova Natal, Natal/RN

Rafaela Menezes Souza Pessoa

Pelotas, 2015

Rafaela Menezes Souza Pessoa

Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Nova Natal,Natal, RN

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família Modalidade EAD da Universidade Federal de Pelotas realizado pela Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Saúde da Família

Orientadora: Érica Almeida Coelho

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P475a Pessoa, Rafaela Menezes Souza

Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Nova Natal, Natal/RN / Rafaela Menezes Souza Pessoa; Erica Almeida Coelho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Coelho, Erica Almeida, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho à Célia Maria de Menezes e Dailor Bezerra Pessoa, meus pais, maiores incentivadores dos meus sonhos.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente e em especial a Deus, em segundo aos meus pais e terceiro aos meus irmãos, pelo apoio incondicional durante o período do curso, sempre incentivando a me tornar uma pessoa melhor.

“Se os seus sonhos são pequenos, a sua visão será pequena,
as suas metas serão limitadas, os seus alvos serão
diminutos, a sua estrada será estreita,
a sua capacidade de suportar as tormentas será frágil.”
Augusto Cury

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. ..... **Erro! Indicador não definido.**

Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. ..... **Erro! Indicador não definido.**

Figura 3 –Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. 56

Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....56

Figura 4 –Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....57

Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....57

Figura 5 –Proporção de hipertensos com avaliação odontológica 57

Figura 6 -Proporção de diabéticos com avaliação odontológica 57

Figura 7 –Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. 58

Figura 8 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. 58

Figura 9 –Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. 59

Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.....59

Figura 10 -.Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....60

Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.....60

Figura 11 –Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....60

Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal...60

Figura 12 –Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....61

Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....61

Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. .....**Erro! Indicador não definido.**

Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.**Erro! Indicador**

Figura 15 -.Proporção de hipertensos com avaliação odontológica**Erro! Indicador não definido**

Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica**Erro! Indicador não definido.**

Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....**Erro! Indicador não definido.**

Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....**Erro! Indicador não definido.**

Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular. .....**Erro! Indicador não defir**

Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.....**Erro! Indicador não definido.**

Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....**Erro! Indicador não definido.**

Figura 22 – Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....**Erro! Indicador não definido.**

Lista de abreviaturas e siglas

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA -	Programa de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação.....
Erro! Indicador não definido.

1Análise Situacional.....
Erro! Indicador não definido.

***1.1Texto inicial sobre a situação da ESF/APS*..... 12**

***1.2Relatório da Análise Situacional*..... 14**

***1.3Texto comparativo*..... 15**

2. Análise Estratégica: projeto de intervenção..... **25**

***2.1Justificativa*..... 25**

***2.2Objetivo Geral*..... 27**

***2.2.1Objetivos específicos*..... 27**

***2.2.2Metas*..... 27**

***2.3Metodologia*..... 29**

***2.3.1Ações*..... 29**

***2.3.2Indicadores*..... 38**

***2.3.3Logística*..... 42**

***2.3.4Cronograma*.....**

3.Relatório da Intervenção.....

4.Avaliação da Intervenção..... **54**

***4.1Resultados*..... 54**

***4.2Discussão*..... 66**

***4.3Relatório da Intervenção para os Gestores*..... 67**

***4.4Relatório da Intervenção para Comunidade*..... 70**

5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação daintervenção.....71

Referências.....***72***

Anexos.....***73***

Resumo

PESSOA, Rafaela Menezes Souza. **Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade de Nova Natal, Natal/RN**. 2015. 90f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo teve como objetivo aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção prestada ao usuário hipertenso e diabético da Unidade de Nova Natal, localizada na cidade de Natal, Rio Grande do Norte.Para realizar o projeto de intervenção, adotamos o Caderno de Atenção Básica, números 36 e 37 “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus” e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica”, respectivamente, ambos do ano de 2013, do Ministério da Saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se a ficha-espelho disponibilizada pelo curso, a qual era preenchida e atualizada sempre que os usuários hipertensos e diabéticos compareciam a unidade, posteriormente, estas informações eram digitadas na planilha de coleta de dados, permitindo fazer avaliação do andamento da intervenção e dos indicadores, ao longo de doze semanas.Com a realização do projeto, conseguimos alcançar valores interessantes em relação à cobertura de tais usuários. Atingimos a meta de 40%, a partir do segundo mês de intervenção, finalizando com 74,5% dos hipertensos cobertos e 85% dos diabéticos. Foram desenvolvidas ações nos eixos temáticos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, prática clínica e engajamento público.Apresentamos muitos fatores positivos com a intervenção, contribuindo para dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. Apesar do fim das doze semanas do projeto, a intervenção já foi incorporada à unidade, com grande apoio da equipe e funcionários.

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

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Iniciamos com uma avaliação da situação da área de abrangência, seguida de uma análise estratégica dos indivíduos portadores de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, em Nova natal, Natal-RN.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; o relatório da intervenção com descrição das ações; o relatório dos resultados e reflexão crítica do processo de aprendizagem.A partir da constatação que os hipertensos e diabéticos representam o grupo de menor cobertura e qualidade na assistência prestada em minha unidade de saúde, pude perceber a importância de se realizar um projeto de intervenção visando melhorar tais índices. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para a doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação, postagem em 04/04/2014.

Antes de aprofundar sobre as principais características da ESF em meu serviço, parabenizo a escolha da tarefa da semana. Acredito que resolver só uma parte do problema não irá nos fazer crescer profissionalmente. Com isso, na verdade, afirmo que apenas capacitar os profissionais não é o suficiente para garantir a efetividade da atenção básica. Outros pontos também devem ser melhorados, como a estrutura física que garante esse encontro entre profissionais e usuários do Sistema de Saúde e a melhora do relacionamento entre eles.

Estou alocada em um dos bairros mais carentes da cidade de Natal-RN, Nova Natal, localizada na Zona Norte da cidade, apresentando muita carência, drogas e violência. Na minha UBS funcionam seis ESF, apresentando três médicos provabianos, dois Mais Médicos (uma médica cubana e um espanhol) e mais uma médica com contrato municipal.

Antes de se transformar em unidade com ESF, o prédio fornecia atendimentos médicos especializados (AME). Escuto constantemente dos pacientes que, no antigo local, havia obstetras, endocrinologistas, cardiologistas, otorrinolaringologistas, pediatras e muitas outras especialidades, o que facilitava o acesso da população a tais especialidades, já que sabemos a dificuldade atualmente em se conseguir tais atendimentos pela população carente, com longas filas de espera. Os encaminhamentos são extremamente longos, dificultando o correto acompanhamento do paciente. O motivo que levou ao encerramento da AME não souberam me informar.

Por ser uma antiga AME, a estrutura física é completamente bem cuidada e organizada. Todos os médicos e enfermeiros possuem uma sala própria, composta por maca, mesa, cadeiras, armário e todas as salas são refrigeradas. Um ponto que deixar a desejar é a presença de apenar um sonar na UBS para todos os seis médicos e seis enfermeiros, atrapalhando e atrasando os atendimentos de pré-natal, porém a diretoria garante que tal transtorno se resolverá em breve. Além disso, não há praticamente nenhuma medicação na farmácia da unidade, além de material para realizar curativos, e não nos é fornecido meio de transporte para a realização das visitas domiciliares. Temos que utilizar nossos próprios meios, sem ajuda de custo.

Todos os pacientes passam inicialmente por uma sala de preparo, para aferição da pressão arterial e pesagem, antes dos atendimentos, além disso, há a realização de uma triagem.

A minha equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista e seis agentes comunitários. Ao chegar ao serviço, já fui apresentada às características da área. Quantidade de hipertensos, diabéticos, gestantes, pacientes com transtorno mental, crianças e acamados que são acompanhados, todos afixados na parede da minha enfermeira, a qual é bastante competente e interessada em ajudar.

Pude perceber que, apesar da pobreza da região, a quantidade de crianças e gestantes que buscam atendimento é inferior ao esperado pela quantidade desses grupos etários na região. Ao investigar o motivo, descobri que boa parte das crianças possui plano de saúde privado, o que contrasta com a situação humilde do local. A região apresenta menos de uma dezena de gestantes, o que também não é comum para uma área desfavorecida sócio-economicamente. Talvez as orientações de proteção da minha ESF (Estratégia de Saúde da Família) estejam auxiliando nesses dados.

A minha equipe é bastante empenhada em ajudar a população de todas as formas possíveis. Realizamos, nesta semana, uma palestra sobre Tuberculose Pulmonar na Unidade de Saúde, devido aos crescentes números no país e na nossa própria cidade, fornecendo panfletos educativos sobre os principais sinais e sintomas da doença, alertando quando é necessário buscar o servido de saúde. Além disso, há o cadastramento na unidade de todos os diagnosticados com a doença e quem está realizando o tratamento adequado.

De acordo com o que foi relatado, considero a minha UBS (Unidade Básica de Saúde) muito adequada para realizar os atendimentos de saúde básica e aprimoramento da relação com a comunidade. Possuo uma equipe bastante empenhada em transformar a vida das pessoas, sendo assim, acredito que teremos um bom ano de convivência e de serviços prestados.

1.2 Relatório da Análise Situacional postagem em 30/05/2014

Ao iniciar um processo de trabalho que busca identificar as falhas do sistema de saúde pública de um determinado local para posteriormente intervir de forma satisfatória, devemos inicialmente conhecer os dados da região. Integro uma equipe de saúde localizada na cidade de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte. A cidade de Natal possui 817.590 habitantes, segundo o Departamento de Atenção Básica, em abril de 2014. Apresenta200 Equipes de Saúde da Família cadastradas no Ministério de saúde, sendo apenas 79 implantadas. Há 12 NASF tipo 1 cadastrados no Ministério de saúde, porém apenas 2 implantados, e, até o momento, não há NASF 2 e NASF 3 cadastrados e implantados até o momento. Temos ainda três CEO implantados no ano de 2005.

Contamos em nossa cidade com o apoio de serviços secundários e terciários. Desta forma, o serviço hospitalar encontra-se disponível para as situações em que há necessidade de intervenção, não havendo dificuldade na transição do paciente da atenção primária para a terciária. O serviço de atendimento especializado também proporciona apoio, porém há a demora no agendamento das consultas, o que dificulta o seguimento do paciente e o retardo na instituição do tratamento, podendo levar a consequências graves. Assim como o atendimento especializado, os exames complementares costumam demorar para a sua realização, trazendo possíveis complicações no acompanhamento do paciente.

O Setor de Informática é responsável pela disponibilização, administração e manutenção dos recursos de Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. O parque tecnológico de informática da SMS, conta com 371 computadores, distribuídos nas unidades de saúde, nos distrito sanitários e no nível central da SMS. Além disso, o setor de informática possui 03 servidores de redes e 08 switch para gerenciar a rede. Muitos dos equipamentos das unidades são antigos e necessitam de manutenção

constante.

A Central de Marcação de Consultas tem atualmente 31 especialidades médicas agendadas pela Central de Regulação para 20 prestadores de serviços. Uma média de 30.000 consultas mensais são ofertadas nas seguintes especialidades: Angiologista, Alergologista, Consulta em Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Consulta em Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geneticista, Geriatria, Gastroenterologia, Homeopatia, Hematologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Psiquiatria, Proctologia, Pneumologia, Reumatologia, e Urologia.A Central de Exames de Média Complexidade tem 32 procedimentos, um elenco de Ultrassonografias, Raio X simples e contrastados pertencentes à Tabela SIA, que em seu sistema agendam uma média de 11.000 procedimentos mês. Além destes são autorizados os seguintes exames: Teste Ergométrico, Endoscopia digestiva, Mamografias, Eletroencefalograma, Holter, PAAF, Ecocardiogramas. A Central de Internação Hospitalar encaminha para cirurgias de Urgência/emergência e eletivas com um fluxo assim distribuído: São reguladas as internações nas especialidades de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, otorrinolaringologia (implante Coclear), buco-maxilo facial, obstetrícia e psiquiatria.

Após a análise do município de atuação, o conhecimento do processo de trabalho implantado na unidade de saúde e suas características são fundamentais para a determinação das falhas e dos pontos que necessitam de mudança. Estou alocada em um dos bairros mais carentes da cidade de Natal-RN, Nova Natal, localizada na Zona Norte da cidade, área urbana. O modelo de atenção se constitui em Estratégia de Saúde da Família, apresentando seis equipes de saúde, sendo três médicos provabianos e três médicos do Programa Mais Médicos. Cada equipe possui um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um auxiliar odontológico, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes não estão completas, havendo umas falhas, como por exemplo, a ausência de cirurgião-dentista em minha equipe há dois anos, dificultando o acompanhamento da saúde bucal dos

pacientes. Outra dificuldade encontrada é a não vinculação de nossa UBS com um Núcleo de Apoio de Saúde da Família.

Antes de se transformar em unidade com ESF, o prédio fornecia atendimentos médicos especializados (AME). No antigo local, havia obstetras, endocrinologistas, cardiologistas, otorrinolaringologistas, pediatras e muitas outras especialidades, o que facilitava o acesso da população a tais especialidades, já que sabemos a dificuldade atualmente em se conseguir tais atendimentos pela população carente, com longas filas de espera.

O prédio possui diversas salas, onde todos os enfermeiros e médicos das seis ESF's possuem sala com ar-condicionado, maca, mesa, cadeira e armário, porém o negatoscópio da minha sala se encontra quebrado. Além disso, há outras faltas, como balança antropométrica, esfigmomanômetro, otoscópio, Biombo e Glicosímetro, o que atrapalha bastante a consulta, já que há a necessidade de parar constantemente para completar o atendimento em sala próxima.

Sabemos que cada Estratégia de Saúde da Família deve comportar 15 pessoas em sua sala de espera, desta forma, a minha UBS deveria dispor de 90 lugares disponíveis para o aguardo dos atendimentos, o que não chega nem perto da realidade. A sala de vacinação fica próxima à sala de preparo dos pacientes (local em que os mesmos são pesados e as pressões artérias são aferidas), o que torna o local intransitável e extremamente barulhento, atrapalhando as consultas. Nossa UBS não dispõe também de um Espaço destinado à administração de medicação inalatória em pacientes, com sala que comporte cadeiras ou bancos que servirão para a acomodação confortável dos pacientes durante o procedimento, essencial para situações de emergência.

A minimização de tais deficiências pode ser realizada a partir da aquisição dos materiais, através de relatório entregue à Secretaria de Saúde. Após isso, devemos acrescentar em nosso atendimento todos estes equipamentos, avaliando o paciente como um todo e fornecendo saúde de qualidade.

Apesar das dificuldades, principalmente no que se refere à reposição de materiais de trabalho, como para a realização de curativos, assim como a ausência quase completa de medicações, a minha equipe é comprometida com o trabalho e busca ajudar os pacientes de todas as formas.

Os agentes comunitários por fazerem parte da comunidade, compreendem as angústias dos usuários de sérico e por isso se empenham em auxiliar sempre, fazendo visitas além das recomendadas e fora de horário de trabalho. A enfermeira encontra-se atualizada com os dados da equipe e nas reuniões quinzenais ressalta os pontos negativos encontrados e sugestões de resolução.

O ponto negativo se refere a dificuldade na triagem dos pacientes, devido ao despreparo da equipe. Por falta de conhecimento e orientação, a triagem é feita de forma errônea e pacientes que não possuem nenhum tipo de urgência, como mostrar um simples exame bioquímico por um paciente assintomático, é passado na frente de um paciente com pico hipertensivo de PA 220x120mmHgm, na demanda de urgência. O retardo no tratamento adequado deste paciente pode custar uma vida, pois em caso de AVC, “tempo é cérebro” e tal paciente pode apresentar seqüelas intensas sem recuperação devido a este atraso.

Na UBS de Nova Natal, há 22.000 habitantes cadastrados, sendo 53,7% de mulheres, 11.814 no total, e 46,3% de homens, totalizando 10.186 usuárias do sexo feminino. Temos que 51% das mulheres encontram-se na faixa etária entre 20-49 anos e 36,5% acima dos 50 anos. Os homens entre 20-49 anos representam 51,4% do total e 20,64% acima de 50 anos. O Ministério da Saúde recomenda equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes. Como em minha UBS temos seis equipes, o recomendado seria atender a 18.000 habitantes, sendo o máximo 24.000 habitantes. Desta forma, não estamos ultrapassando o limite recomendado, podendo ser fornecido um atendimento de qualidade.

Segundo o Ministério da Saúde o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente,que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e

escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Em minha UBS de atuação, o acolhimento é realizado de forma adequada, por todos os profissionais de saúde e mesmo que haja horários definidos, tendo o período de acolhimento sido encerrado, o acolhimento é realizado e o paciente atendido quando há gravidade e necessidade.

O acolhimento não tem hora certa a se cumprir, é um dever de todos os profissionais e direito dos usuários. Acolhimento e triagem são coisas distintas: "O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde." Então, apesar do acolhimento ser realizado de forma satisfatória, a triagem deixa muito a desejar. A equipe não possui conhecimento adequado de triagem, desta forma situações simples, como mostrar um exame bioquímico por um paciente assintomático é colocado como urgência, passando na frente de crianças com febre e picos hipertensivos, apenas por ter algum grau de intimidade com os agentes de saúde.

A principal ferramenta de mudança é a educação e orientação, tanto dos profissionais que irão realizar a triagem, quanto dos próprios pacientes em compreender o que seria situação de urgência e situações que podem aguardar atendimento. Um projeto voltado para esta conscientização traria inúmeros benefícios à unidade de saúde, a qual desafogaria por não mais comportar pacientes que não deveriam estar ali, e à equipe de saúde, que trabalharia fornecendo a devida atenção aos seus pacientes, sem haver interrupções de seus atendimentos por pacientes irritados e frustrados. Os usuários não são os culpados, e sim nós que falhamos no acolhimento e orientação.

A saúde da criança é realizada em um turno específico durante a semana e pontos como primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, monitoramento de crescimento e desenvolvimento, vacinas em dia, teste do pezinho e orientações para o aleitamento materno exclusivo são acompanhadas de perto pela equipe de saúde. Todas as orientações são

seguidas de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, a quantidade de consultas em cada faixa etária do Crescimento e Desenvolvimento (CD). Além disso, todos os profissionais estão envolvidos na realização e qualidade do atendimento prestado à criança. Infelizmente, a falha apresentada se refere à forma de registro destes dados, os quais não possuem prontuário específico, desta forma, as informações ficam acumuladas em prontuários clínicos e dificultam a coleta de dados e acompanhamento do paciente, o que permitiria a avaliação de atraso de vacinas e consultas com maior facilidade, por exemplo.

Constata-se que o número de crianças que frequentam o CD é inferior ao total cadastrado, devido a um elevado índice de planos de saúde para as crianças, os quais apresentam um baixo valor. Ao se consultar exclusivamente com o pediatra do plano de saúde, a mãe evita realizar o acompanhamento na UBS, o que prejudica a evolução da criança na unidade de saúde e possíveis dados para eventos futuros. Como forma de alterar tal dado, devemos buscar orientar às mães da importância de se realizar o seguimento da criança na unidade de saúde, da facilidade do acesso e da qualidade do atendimento. A implantação de prontuário específico de CD também facilitaria o processo de trabalho e de grupos de orientação, com esclarecimento de dúvidas.

Em relação ao pré-natal, apresentamos aproximadamente 180 gestantes acompanhadas na UBS Nova Natal. O atendimento às gestantes também é realizado em um turno específico da semana, buscando-se sempre iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, solicitar os exames laboratoriais de acordo com a fase da gestação, manter as consultas em dia, orientar em todas as consultas a importância do aleitamento materno exclusivo, exame ginecológico e vacinação, a partir do recomendado pelo Ministério da Saúde.

A gestante realiza seu acompanhamento com a enfermeira e a médica, recebendo as orientações adequadas. O ponto negativo que dificulta o processo de trabalho é a demora na realização de exames como a ultrassonografia obstétrica e morfológica, atrapalhando o acompanhamento do feto e da placenta de forma adequada. Há apenas 1 sonar na unidade, o que atrapalha as consultas, já que há seis médicos em atendimento. Além disso, os registros do pré-natal não são realizados em prontuário específico, o que

dificulta à consulta dos dados. O grupo de gestante, como gincanas e palestras deverá ocorrer quinzenalmente, trazendo benefícios, desmitificando dúvidas e fornecendo orientações sempre para que a gestação seja uma fase maravilhosa na vida daquela usuária.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. O governo propõe como metas aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

A área de cobertura de Câncer de colo uterino apresentada pela área foi baixa, de acordo com o proposto pelo Caderno de Ações Programáticas, atingindo apenas 25%. Desta forma, concluímos que há uma falha na busca ativa das pacientes entre 25 e 64 anos e o rastreio necessário para acompanhamento do câncer de colo de útero. Apesar da baixa cobertura, aquelas pacientes que são acompanhadas, possuem atendimento de qualidade e acompanhamento correto, pois 90% das pacientes apresentam exames em dia e 100% possuem avaliação de risco para câncer de colo uterino e orientações sobre DST´s. Apresentamos também 75% de exames coletados com amostra satisfatória, representando um bom índice de coleta adequada do material para análise, assim como 80% de exames com JEC representadas (Junção escamocolunar), dado fundamental para avaliação correta do estado de saúde da paciente.

Poderíamos aumentar tal valor, realizando uma busca ativa das pacientes entre 25 e 64 anos que nunca realizaram a citopatologia oncótica, assim como as que se encontram atrasadas, orientando-as, nas visitas domiciliares de outros parentes e palestras educativas na unidade para todas as mulheres, por exemplo, a importância de realizar o exame regular e a prevenção de câncer de colo uterino, o qual é o único tipo de câncer que pode se evitado, pois a sua evolução longa de 10 anos permite o rastreio de pacientes com alterações iniciais e tratamento, evitando o desenvolvimento do câncer. Sendo assim, a orientação é a melhor ferramenta para se aumentar a cobertura do controle de câncer de colo uterino, orientando sempre os fatores

de risco e prevenção de DST, juntamente com os esforços do profissional de saúde, o qual deve se manter sempre atualizado nas recomendações do Ministério, solicitando os exames no período recomendado e seguindo os protocolos.

A cobertura da população em relação à mamografia foi muito satisfatória, atingindo 73%. Desta forma, temos que a o rastreamento de câncer de mama está sendo realizado adequadamente. Além da boa cobertura, temos índices excelentes como 100% das mulheres com avaliação de risco para câncer de mama, assim como recebendo orientações referentes à prevenção. As mamografias em dia atingiram 60%, principalmente devido a demora da paciente em conseguir realizar o exame, o que retarda o acompanhamento no tempo correto e recomendado pelo Ministério.

Assim como deve ser realizado para o acompanhamento e seguimento das pacientes para o câncer de colo uterino, poderíamos utilizar prontuários específicos para as anotações das mamografias, com os resultados alterados e sem alterações, o que facilitaria o acompanhamento mais específico daquela paciente, até mesmo para avaliar a gravidade, em caso de evoluções rápidas da doença, comparando-se com exames anteriores e suas datas corretas. Para atingir uma maior área de cobertura, devemos realizar busca ativa das pacientes entre 50 e 69 anos, buscando-se detectar aquelas que possuem elevado risco, para realizar o exame a partir dos 35 anos. Além disso, durante as consultas médicas e das enfermeiras, devemos sempre examinar as mamas da paciente, naquela assintomática pelo menos 1 vez ao ano, ensinando-as a realizar o auto-exame a partir dos 40 anos, aumentando assim o rastreio e a busca precoce pelo médico em caso de alterações. Todos os fatores de risco devem ser relatados nas consultas e palestras.

Os hipertensos e diabéticos são acompanhados em turnos específicos durante a semana, representando 1746 usuários hipertensos e 510 usuários diabéticos. Como percebido, tais pacientes são extremamente prevalentes e devem receber atenção e cuidados específicos, devido às graves complicações de suas doenças. Dos pacientes hipertensos acompanhados temos valores excelentes em relação à estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre a prática de atividades físicas e nutricionais, todos obtendo 100% de avaliação, como também a solicitação de exames complementares

em dia e avaliação da saúde bucal, ambos com 80%. Outro dado importante também para o seguimento adequado do paciente hipertenso é em relação ao atraso da consulta em mais de 7 dias, obtendo apenas 23%, pois a adequada correção dos valores tensionais o mais rápido possível reduz consideravelmente a morbimortalidade em eventos cardiovasculares.

Devemos realizar uma busca ativa de possíveis pacientes hipertensos, tanto em consultas clínicas, aferindo sempre, em todas as ocasiões, a pressão arterial do paciente. O rastreamento deve ser feito em todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. Tanto o rastreamento quanto a verificação nem sempre são realizados de forma correta, recomendados pelo Ministério da Saúde, sendo assim, devemos seguir o Protocolo, tanto do rastreio e diagnóstico, quanto do seguimento do paciente, solicitando adequadamente os exames complementares, em busca de lesões em órgãos-alvo e diminuindo as sérias complicações.

Em relação aos pacientes diabéticos, o acompanhamento possui pontos positivos e negativos. Situações como a estratificação de riscos cardiovasculares, orientações sobre atividades físicas e nutricionais, solicitação de exames complementares em dia e saúde bucal obtiveram índices positivos, variando de 88% a 100%. Certos tópicos que se concentram principalmente no exame físico voltado para avaliar as complicações da diabetes, como a palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, exame físico dos pés e sua sensibilidade, apresentaram valores que variam de 20% e 69%.

Assim como no paciente hipertenso, o diabetes deve ser rastreado ativamente pelos profissionais de saúde. Todos devem conhecer os principais fatores de risco para saber informar aos pacientes, assim como também para saber quando solicitar os exames adequados. Os principais fatores de risco são:

Excesso de peso (IMC >25 kg/m2) e um dos seguintes fatores de risco:

• História de pai ou mãe com diabetes;

• Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);

• História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;

• Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);

• Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;

• Obesidade severa, *acanthosis nigricans*;

• Síndrome de ovários policísticos;

• História de doença cardiovascular;

• Inatividade física;

OU

Idade ≥ 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado

Após a correta detecção dos fatores de risco, realizados numa anamnese bem feita e com tempo adequado, tais indivíduos deverão ser encaminhados para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. O exame físico deve atentar para situações como a palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e exame físico dos pés e sua sensibilidade, situações as quais apresentaram os piores valores da unidade saúde. Sendo assim, a principal ferramenta para mudar tais índices é o conhecimento sobre o assunto, aprofundando nos guias do Ministério da Saúde e artigos recentes, para que tais protocolos sejam colocados em prática e realizados por todos os profissionais de saúde em toda consulta do paciente diabético. Não devemos apenas solicitar a glicemia de jejum, sem nem sequer avaliar o pé de um paciente diabético, local comum de infecções, que posteriormente podem ocasionar amputação do membro e diminuição severa da qualidade de vida do paciente. Podemos com medidas simples como esta, alterar a vida do paciente diabético para melhor, buscando prevenir as

complicações, ao invés de apenas medicar quando a enfermidade já se encontra instalada.

Em relação à saúde do usuário idoso, apresentamos na área de atuação da unidade 2111 idosos acompanhados. Avaliando-se os índices encontrados, temos que todos os idosos acompanhados possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa. Há um elevado índice no acompanhamento das principais doenças como HAS e DM, devido a sua alta prevalência, principalmente HAS (72%). Todos são orientados nas consultas com os profissionais de saúde sobre a importância de realizar atividades físicas e manter uma dieta saudável, sendo avaliados multidimensionalmente e em dia. Um valor que chama atenção em relação aos demais seria o da atenção bucal, pois há uma deficiência em materiais e profissionais. Em minha área de atuação, a qual assiste 3698, não há um profissional cirurgião-dentista há mais ou menos 2 anos. Desta forma, apenas as urgências são atendidas pelos poucos profissionais de outras equipes, o que não supre completamente a necessidade da população. As crianças e idosos, os quais precisam deste acompanhamento de forma mais regular, ficam desassistidas, proliferando a má-higiene bucal e suas complicações.

Os índices de cobertura e qualidade da assistência prestada ao paciente idoso demonstraram que este está sendo muito bem acompanhado na região. Porém, sempre é possível melhorar. Uma forma de orientar e estimular práticas saudáveis, como exercícios físicos e mentais, seria a realização de um grupo de idosos, o qual já deveria existir, pois há uma prevalência alta de idosos. Devemos estimular a busca ativa de pacientes idosos, em especial os pacientes com dificuldade de deambulação e acamados, para que as consultas domiciliares sejam realizadas de forma programada e regular, mesmo que o paciente não solicite uma consulta, assim como a administração das vacinas. Devemos realizar um exame multidimensional do paciente durante as consultas, como também o mini exame do estado mental, o qual avalia, de forma rápida, a cognição do paciente. Todos os profissionais devem conhecer e saber aplicar em suas consultas, facilitando um possível diagnóstico, rápida intervenção, se necessário, e acompanhamento adequado, reduzindo as morbidades.

Após análise e aprofundamento sobre todos os temas propostos, avaliando-se os aspectos do processo de saúde nos principais grupos assistidos pela atenção primária, podemos inferir que além das dificuldades relacionadas ao acesso à exames de alta complexidade e baixa e abastecimento de medicações nas farmácias, a equipe de saúde apresentou falhas que podem ser, com esforço e dedicação, revertidas.

Dentre os problemas listados ao longo do relatório, o que mais incomoda e dificulta o desenvolvimento de uma atenção qualificada no atendimento ao usuário é a falta de orientação na realização de acolhimento e triagem. O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais de saúde e sua abordagem determina o impacto que a UBS vai causar no paciente, sua vontade de permanecer sendo atendido no local e de seguir as orientações passadas. Um acolhimento mal realizado interfere em todas essas ações, diminuindo o desejo do usuário em cuidar de sua saúde. Com a aplicação do questionário, a triagem foi um tema debatido em reuniões de equipe, porém ainda não houve uma mudança perceptível, mas acredito que caminharemos ao longo do ano para a sua evolução.

A partir dos cadernos de ações programáticas, me surpreendi com o baixo valor de cobertura dos pacientes hipertensos, atingindo apenas 38% do estipulado. Como a doença é de alta em prevalência em nosso meio, acreditava que os índices de cobertura seriam excelentes, pois a hipertensão arterial é uma doença que causa alerta nos profissionais e pacientes.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e análise situacional

Ao longo da evolução e maturação do processo trabalho, aliado sempre aos ensinamentos passados nos fóruns, textos, conversas com o orientador e supervisor, através da especialização, pude perceber que a minha visão no início do ano era pobre e não enxergava a magnitude do trabalho que estamos realizando. Podemos realmente causar impacto na vida da população, trazendo saúde e apoio. Relatei na segunda semana de ambientação o empenho da minha equipe e os baixos valores de crianças e gestantes acompanhadas, assim como também da ótima estrutura do prédio e pobreza da região. Todos os pontos permanecem os mesmos, mas tenho certeza que o

desejo dos profissionais das equipes em melhorar o serviço prestado só aumentou. Faremos um excelente trabalho ao longo do ano.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1Justificativa

A partir da constatação que os hipertensos e diabéticos representam o grupo de menor cobertura e qualidade na assistência prestada em minha unidade de saúde, pude perceber a importância de se realizar um projeto de intervenção visando melhorar tais índices. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para a doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples e possíveis de serem realizadas na atenção primária são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de dano aos órgãos-alvos, como coração, cérebro e rins.

Em relação à estrutura que irá prestar os serviços, acredito que não teremos problemas, pois por ser uma antiga AME, a estrutura física é completamente bem cuidada e organizada. Todos os médicos e enfermeiros possuem uma sala própria, composta por maca, mesa, cadeiras, armário e todas as salas são refrigeradas. A minha equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, seis agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem, todos presentes e empenhados na elaboração de metodologias para elevar à assistência prestada aos usuários. Apresentamos uma unidade grande e capaz de comportar os 22.000 habitantes que são acompanhados pela mesma, através de 6 equipes de saúde de família, sendo 2.256 destes, sabidamente hipertensos e diabéticos.

De acordo com a estimativa fornecida pelo Caderno, atingimos apenas o valor de 38% de hipertensos na área, sendo este um valor baixo, levando em consideração a área de cobertura da UBS. Este valor demonstra a

necessidade de uma maior busca ativa, correto diagnóstico de hipertensão e seu acompanhamento. Dos pacientes hipertensos acompanhados temos valores excelentes em relação à estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre a prática de atividades físicas e nutricionais, todos obtendo 100% de avaliação, como também a solicitação de exames complementares em dia e avaliação da saúde bucal, ambos com 80%. Outro dado importante também para o seguimento adequado do paciente hipertenso é em relação ao atraso da consulta em mais de 7 dias, obtendo apenas 23%, pois a adequada correção dos valores tensionais o mais rápido possível reduz consideravelmente a morbimortalidade em eventos cardiovasculares. De acordo com a estimativa fornecida pelo Caderno, atingimos apenas o valor de 38% de diabéticos na área, sendo este também um valor baixo. Acredito que tais valores subestimam a quantidade correta de pacientes portadores de Diabetes, devido a um cadastramento não efetivo dos pacientes**.** Tal dado aponta que, apesar de uma qualidade no acompanhamento destes pacientes com orientação adequada e exames complementares corretos, há uma falha na cobertura, seja por uma subestimação deste valor, por um cadastramento e busca ativa ineficazes, ou devido a região realmente apresentar tais valores. Tendo em vista que a doença é de alta incidência, tendemos a acreditar que os baixos valores decorrem de uma detecção e cadastramento incorretos da população.

Como justificado ao longo do texto, percebemos a necessidade de desenvolvermos um projeto que traga benefícios à vida de hipertensos e diabéticos, com o seu adequado acompanhamento, orientação, detecção precoce de lesão em órgãos-alvos e prevenção de complicações. A equipe é comprometida e realiza a busca ativa de pacientes sabidamente hipertensos e diabéticos que faltam às suas consultas regulares. Há, porém, dificuldades no que se refere à correta triagem dos pacientes, em relação à aferição da pressão arterial, sendo esta realizada uma única vez e em um único membro do indivíduo, e no fato da glicemia capilar não ser realizada no acolhimento e triagem dos pacientes, perdendo assim a oportunidade de identificar o usuário que necessita de acompanhamento e daquele já em uso de medicação que encontra-se com valores alterados. O tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial inclui orientação e educação em saúde, modificações no

estilo de vida e, se necessário, o uso de medicações. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações. Esta será nossa meta neste projeto de intervenção e espero alcançá-la com êxito.

Através da avaliação da planilha apresentada sobre hipertensão e Diabetes, traçamos os objetivos e metas que orientarão o projeto de intervenção ao longo do ano.

Atualmente, os hipertensos e diabéticos não possuem ficha espelho de cadastro individualizado, que permita uma fácil avaliação de situações pertinentes para o adequado acompanhamento do mesmo, como as medicações em uso, resultado de exames bioquímicos, risco de complicações cardiovasculares, aferições de PA, etc. Além disso, em situações de elevações de PA, os mesmos não têm prioridade no atendimento, não sendo considerado como uma situação de atendimento imediato.

Com a instituição da ficha espelho, acredito que facilitará a avaliação do paciente. Todos devem ter suas pressões verificadas de rotina e em caso de valor superior a 140x90mmHg, o atendimento com prioridade deverá ser realizado. Além disso, orientações sobre dieta, exercícios físicos, risco de complicações e importância das medicações devem ser realizadas rotineiramente, tanto nas consultas de HiperDia, quanto no grupo do mesmo, com realização periódica. O exame físico deverá ser detalhado, abordando situações pouco lembradas em consultas clínicas, como o valor da cintura abdominal, o qual é um importante marcador para o risco de doenças cardiovasculares futuras e de simples realização, como também o exame físico do pé do paciente diabético, prevenindo neuropatias periféricas e o conhecido “pé diabético”, evoluindo para amputações traumáticas e preveníveis.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a Atenção em Saúde para Hipertensos e/ou Diabéticos da Unidade de Saúde da Família Nova Natal, RN

2.2.2 Objetivos Específicos

1) Ampliação da a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS

2) Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

3) Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

4) Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos.

5) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

2.2.3 Metas

Objetivo 1: Ampliação da a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS

Meta 1: Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Objetivo 2: Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

Meta 3:Realizar busca ativa de 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosas às consultas

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos.

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

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6: Promoção da saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

2.3 Metodologia

Detalhamento das Ações

1. Objetivo: Ampliar a cobertura do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (Hiperdia) na UBS.

1.1 Meta: Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Monitoramento e avaliação:

Ações: monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde; monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde, por meio do registro das informações e coleta de dados nas fichas-espelho. O monitoramento será realizado uma vez por semana.

Organização e gestão do serviço:

Ações: garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa; melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfignomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa; melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes; garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: garantir o registro dos pacientes hipertensos e diabéticos no programa, como também melhorar o acolhimento dos mesmos, por meio da capacitação da equipe e melhora do acesso à unidade. Entrar-se-á em contato com o gestor para solicitar esfignomanômetros e aparelho de hemoglicoteste para a correta verificação da pressão arterial e glicemia.

Engajamento público:

Ações: informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes *Mellitus* em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: para a realização destas ações, serão realizadas conversas com a população durante os grupos de hiperdia, informando-lhes sobre a importância de manter o acompanhamento da sua saúde. Os pacientes maiores de 18 anos que comparecerem a unidade terá sua pressão arterial e glicemia verificadas, bem como serão informados sobre a importância de realizar tal acompanhamento na unidade.

Qualificação da prática clínica:

Ações: capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado domanguito. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento: ao longo dos três meses de intervenção serão realizadas capacitações com a equipe para correta forma de averiguar a pressão arterial desses pacientes, bem como a verificação da glicemia. Assim, será possível classificar o nível de hipertensão arterial dos pacientes e tomar as condutas adequadas quanto à medicação a ser prescrita.

2. Objetivo: melhorar a atenção a hipertenso e/ou diabéticos.

Objetivo específico 02: melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Metas 2 :

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

2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação:

Ações: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: de acordo com o protocolo adotado para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção (BRASIL, 2006a 2006b; 2013a 2013b), as fichas espelhos serão monitoradas uma vez por semana para monitorar os pacientes com consultas em dia e identificar os faltosos para realizar busca ativa.

Organização e gestão do serviço:

Ações: organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares; organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: com o registro nas fichas-espelho poderei fazer uso da busca ativa para ir à residência dos pacientes faltosos, saber as causas das mesmas ou agendar consulta na unidade conforme a disponibilidade para o deslocamento do paciente. Além disso, contarei com o apoio dos ACS de agendar as visitas e estabelecer a prioridade das mesmas.

Engajamento público:

Ações: informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos); ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: mostrar a importância do correto acompanhamento tanto para hipertensos como diabéticos é essencial. Informações sobre importância da realização das consultas, número de consultas preconizadas e evitar faltar as consultas serão passadas à comunidade ou pessoalmente não só por mim, como também pelos ACS e outros membros da equipe.

Qualificação da prática clínica:

Ações: treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: durante as reuniões de equipe os ACS serão capacitados para a orientar os hipertensos e diabéticos em relação ao número de consulta e periodicidade. Atuarei também buscando reduzir os principais motivos desses pacientes não se apresentarem nos dias da consulta.

Monitoramento e avaliação:

Ações: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos; monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos; monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a

periodicidade recomendada; monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento: durante as consultas será realizado o exame clínico apropriado em todos os pacientes, bem como serão solicitados os exames complementares de acordo com o protocolo da unidade e as necessidades dos pacientes. Procurarei, sempre que possível, prescrever medicamentos da farmácia popular, para que estes pacientes tenham um melhor controle da sua saúde. Procurarei fazer um levantamento nas características desses pacientes podendo assim ter meios para atuar e tentar reduzir o surgimento de novos casos.

Organização e gestão do serviço:

Ações: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados; realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde; manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: para tal, procurarei atender e realizar exame físico completo em todos os pacientes cadastrados, em tempo adequado, para que possa colher todos os dados necessários para avaliar a saúde desses pacientes. Será impresso uma versão atualizada dos protocolos utilizados na intervenção para que os profissionais possam tirar suas dúvidas. Com base nas medicações disponíveis na farmácia da unidade, a solicitação é realizada mensalmente, e estão sendo disponibilizados medicamentos em menor quantidade que a solicitada, mas mesmo assim organizamos estes medicamentos a fim de que

pacientes que não podem se locomover ou apresentem alguma deficiência possuam sempre a medicação.

Organização e gestão do serviço:

Ações: priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: com os dados colhidos na história clínica poderei priorizar o atendimento dos pacientes considerados de alto risco, assim, a agenda será organizada de forma a contemplar estes pacientes e será possível atuar de forma a controlar tais fatores de risco. Para tal, havia uma certa quantidade de vagas reservadas a estes pacientes, em que caso houvesse um caso, estaria disponível uma vaga para atendimento, dentre as disponíveis que temos a cada dia de atendimento.

Engajamento público:

Ações: orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: durante as reuniões do Hiperdia e atendimentos irei informar à população sobre o pode gerar risco a sua saúde no seu dia a dia e como os mesmos podem reduzi-los. Informar a população sobre a importância da prática de atividades físicas com responsável e a necessidade de manter uma dieta adequada.

Qualificação da prática clínica:

Ações: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: durante as reuniões de equipe, os profissionais serão capacitados para realizar corretamente a estratificação de risco e quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Da mesma forma

será abordada a importância de manter os registros adequados nos prontuários dos pacientes.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos

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

Ações: Realizar o cadastro de 100% dos hipertensos e diabéticos, com o auxílio da equipe e acompanha periodicamente, em busca de faltosos. Os registros deverão ser claros, permitindo sua utilização futura.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Com o auxílio da equipe, principalmente da enfermeira, realizamos a avaliação semanal dos registros em fichas espelhos, a fim de acompanhar se o paciente apresenta exames clínicos e laboratoriais em dia, assim como avaliação de suas complicações.

Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: Todos da equipe deverão realizar a ação de manter as informações do SIAB atualizadas. Semanalmente, todos os hipertensos e diabéticos atendidos e cadastrados naquele período deverão ser

introduzidos no sistema. Na presença de atrasos, o sistema deverá indicar a alteração.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: Utilizar as atividades coletivas, consultas individuais e sala de espera para esclarecer a comunidade sobre o seu direito de acesso aos registros de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: Todos os funcionários da unidade deverão ser instruídos sobre triagem, focando nas medidas de aferição a pressão arterial e glicemia capilar. Deverão ser capazes de identificar situações de emergência que demandam atendimento imediato, como também orientar os usuários sobre situações ambulatoriais, remarcando-os.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular (Mesmo problema – estava sem ações e detalhamento – inclui as ações para adiantar)

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

Eixos

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: Através do acompanhamento da ficha-espelho, quantificar aqueles que estão sendo estratificados periodicamente, realizando uma comparação dos valores encontrados. Os indivíduos que apresentam atraso nesta avaliação deverão ser convocados pela busca ativa a comparecer a uma consulta médica.

Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda na periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação: Os pacientes de alto risco deverão ser identificados através da ficha espelho e dados do SIAB, para que sejam convocados à uma consulta médica a cada 3 meses. Tal ação deverá ser realizada pelos agentes de saúde, técnicos e enfermeira e na reunião semana da equipe, a agenda deverá ser realizada.

Engajamento público:

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação: O grupo de hipertensos e diabéticos deverá ocorrer de forma semanal, par que todas as orientações e dúvidas sejam esclarecidas, alertando sobre os principais fatores de risco e complicações.

Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação: O médico será responsável pela capacitação de sua equipe. Na semana que antecede o início do projeto, todos deverão receber capacitação, tendo como base o Caderno do Ministério.

Objetivo específico 06: Promoção da saúde

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

6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ações: monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista; monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista; monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos; monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos; monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos; monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos; monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos; monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: atuarei junto aos profissionais de educação física, odontologia e nutricionista para que os pacientes hipertensos e diabéticos tenham um acompanhamento integral da sua saúde, após uma aliança ter sido

estabelecida com o apoio do NASF, para tal fim. Além disso, avaliarei o registro das fichas-espelho para saber se os pacientes estão realizando o acompanhamento com estes profissionais. Com relação a prática de atividades físicas, levantarei na anamnese se os mesmos já as realizam e, se não, irei mostrar a importância de talprática. Quanto ao tabagismo, procurarei informar a todos os pacientes sobre os malefícios que o uso pode trazer a sua saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ações: organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes; organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: o atendimento a estes pacientes quanto a saúde bucal, estava sendo realizado baseado no atendimento médico, em que após a consulta, o paciente era orientado a procurar a equipe de odontologia da equipe, para que realiza-se uma avaliação e recebesse orientações sobre como manter uma boa higiene bucal. Quanto às práticas de atividades coletivas, os pacientes foram orientados em consulta a realizarem caminhadas, como também a participarem de um grupo organizado por um educador físico, nas proximidades da unidade para que as realizassem com orientação. Com o registro da frequência da prática de atividades físicas, poderei avaliar se os mesmos estão tendo resultados positivos na melhoria da qualidade da sua saúde.

Engajamento público:

Ações: buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; mobilizar a comunidade para demandar

junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo; orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: por meio dos encontros do grupo de hiperdia e durante os atendimentos no consultório procurarei avaliar e informar os pacientes sobre a importância da pratica de atividades físicas, alimentação saudável e a cessação do tabagismo.

Qualificação da prática clínica:

Ações: capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso; capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente diabético; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; capacitar aequipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: durante as capacitações da equipe será abordada a forma correta de avaliação e tratamento da saúde bucal, práticas de alimentação saudável, atividade física regular e cessação do tabagismo para os pacientes cadastrados. Além disso, durante as reuniões, os membros da equipe serão incentivados a participar da intervenção e proporem novas formas de abordagem para a população alvo. Ainda, com o levantamento de dados, atuarei informando os pacientes para que os mesmos possam realizar atividades físicas, manter uma saúde bucal adequada e para que possam deixar de fumar.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS

Meta 1 Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

Indicador 1. 1Proporção da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Indicador 1.2 Proporção de Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 2 Melhorar a Qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos na unidade de Saúde

Metas 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.1 Proporção hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo
Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo

com o protocolo.
Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

Meta 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

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

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

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

Meta 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e Diabéticos ao programa

Meta 3 Realizar busca ativa de 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosas às consultas de pré-natal

Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre o acompanhamento aos Hipertensos e Diabéticos

Meta 4 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de

saúde.

Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 Promoção a Saúde

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta.6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação

sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar o projeto de intervenção que visa melhorar a cobertura do paciente hipertenso e diabético, assim como melhorar à assistência prestada aos mesmos, adotaremos o Caderno de Atenção Básica, números 36 e 37 “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus” e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica”, respectivamente, ambos do ano de 2013, do Ministério da Saúde. Não apresentamos no serviço uma ficha específica que comporte todos os dados necessários para uma avaliação completa do paciente hipertenso e diabético, desta forma, iremos elaborar uma ficha espelho, a qual deverá conte: medicações em uso; fluxograma de exames laboratoriais; resultados de pressão arterial e glicemia capilar; estratificação de risco (Framingham e lesões em órgãos-alvo); exame físico minucioso; orientações prestadas sobre dieta, atividade física, tabagismo e complicações; data da próxima consulta.

Com o objetivo de organizar o registro específico do programa, inicialmente, a enfermeira juntamente com os agentes comunitários irão identificar os pacientes hipertensos e diabéticos que não realizam consulta médica há mais de 6 meses, apenas renovando a receita dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, em prontuário clínico. A partir destes dados, realizaremos uma busca ativa dos mesmos, para que agendem uma consulta, anotando-se os valores encontrados na ficha específica. Aliado a busca ativa dos pacientes, programaremos o grupo do HiperDia que encontra-se atualmente desligado, para atrair pacientes de uma forma divertida, fornecendo palestras com orientações sobre as doenças, a importância do uso da medicação e da dieta, e eventuais complicações, de forma regular mensal.

A Intervenção será iniciada com a capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre o Manual Técnico do paciente hipertenso e diabético, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes com tais comorbidades. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento e triagem do paciente sabidamente hipertenso e diabético serão realizados pela técnica de enfermagem. Através dos protocolos seguidos, no caso o Manuel técnico do Ministério da Saúde, em situações de valores alterados de glicemia capilar ou pressão arterial, o paciente será prontamente atendido. Neste momento inicial, preencheremos a ficha específica e solicitaremos os exames necessários, com a próxima consulta já devidamente agendada. Em casos de situação de emergência, na triagem e avaliação de risco, todos serão prontamente encaminhados para atendimento médico. Os procedimentos iniciais serão realizados e, em seguida, o paciente será removido para uma UPA, a qual se encontra no mesmo bairro.

O tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial inclui orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicações. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações, desta forma, contaremos com o apoio da população para aumentar a captação destes pacientes.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos pacientes hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso, estima--se 6 por semana, totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca, já agendará o paciente para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha

eletrônica e discutidas nas reuniões de equipe para avaliação do projeto de intervenção.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus e aspectos gerais do projeto de intervenção												
Estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção												
Cadastramento de todos os indivíduos hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa												
Estabelecer parceria com a Gestão Municipal												
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos												
Grupo de												

hipertensos e diabéticos												
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas												
Monitoramento da intervenção												
Atualização de dados do SIAB												
Reunião com a equipe												
Acolhimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos												

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

As ações que visavam melhorar a cobertura dos usuários, assim como a qualidade do atendimento, foram realizadas. Realizamos o cadastro de 87,5% dos usuários hipertensos e 74,5% diabéticos. Monitoramos o cadastro de tais indivíduos, acompanhamentos seu registro e melhoramos o atendimento de triagem da unidade.

Durante três meses, realizamos a intervenção de melhoria a atenção ao usuário hipertenso e diabético da unidade Nova Natal no município de Natal. A intervenção tinha dentro da sua programação as seguintes ações: aumentar a cobertura do usuário hipertenso e diabético, assim como melhorar os cuidados prestados, com avaliação integral do indivíduo, exames bioquímicos,

físico e de estratificação de risco em dia. Buscamos também cadastrar todos os usuários em fichas-espelhos para organizar tais ações. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas podemos dizer que a intervenção teve um saldo positivo para a comunidade e para os profissionais envolvidos.

Os Cadernos do Ministério da Saúde de 2013 foram apresentados à equipe. No período destinado ao atendimento de hipertensos e diabéticos, realizamos a medida da pressão arterial em todos os pacientes, pelo menos duas medidas. Além disso, pacientes acima de 18 anos, mesmo sem comorbidades, eram diariamente examinados em relação à sua pressão arterial, a fim de se diagnosticar novos casos. Iniciamos também o cadastro de todos nas fichas-espelho e na planilha de coleta de dados. Como não possuímos computadores no local, realizamos as anotações em caderno e passamos posteriormente para a forma digital.

Introduzimos também no serviço, um cronograma de todos os funcionários para a realização da triagem dos pacientes. Todos foram instruídos corretamente.Em relação à equipe, contei com o apoio dos meus agentes de saúde, fundamentais para a concretização do projeto, pois os mesmos possuíam a função de realizar a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas regulares, assim como também, durante suas visitas domiciliares, informar à todos a existência do projeto e a importância de buscar atendimento médico, para aqueles acima de 18 anos, permitindo a verificação de pressão arterial e realização de exames bioquímicos.

Além do imenso apoio dos agentes, recebi auxílio da enfermeira, a qual ajudava na triagem dos pacientes e realizava o encaminhamento para o atendimento médico, a fim de acompanharmos o paciente recém-diagnosticado para as comorbidades, como também fazer o seguimento adequado dos já portadores da doença.

Em relação à implementação da intervenção, contei com o apoio de duas equipes de saúde, além da nossa, as quais apresentam também médicas provabianas. Infelizmente, outras três equipes, que apresentam médicos estrangeiros dos Mais Médicos, se recusaram a colaborar no cadastro dos pacientes e preenchimento da planilha, o que dificultou o acompanhamento adequado de todos os indivíduos assistidos pela nossa UBS e gerou resultados menores que o proposto pela meta inicial do projeto. Temos um relacionamento

profissional de coleguismo, porém os mesmo preferiram não fazer parte do Projeto.

Organizamos uma palestra na unidade para os usuários hipertensos e diabéticos, sobre prevenção das complicações e a importância de alimentação saudável e prática regular de exercícios clínico. Realizamos o grupo de hipertensos e diabéticos de três equipes da unidade. Contei com o apoio das outras equipes, incluindo o auxílio das médicas provabianas, seus enfermeiros, técnicos e agentes.

Após a realização da atividade coletiva com os usuários hipertensos e diabéticos ocorreu uma reunião com todos da equipe para discutirmos os pontos favoráveis do encontro e os pontos que necessitavam de melhora.

Após contabilizar os usuários participantes e os valores encontrados de pressão arterial, glicemia capilar, altura e circunferência abdominal, contamos com a presença de 43 usuários. Destes, 21 possuíam alteração nos valores tensionais e 11 nos valores de glicemia capilar, apesar de todos afirmarem que estavam tomando a medicação. Os mesmo ainda não haviam, em sua maioria, sido cadastrados em nosso projeto. A maioria que compareceu estava ausente no acompanhamento clínico e, devido a isso, foram convidados para a reunião, a fim de estimularmos a sua participação. Com tal ação tivemos oportunidade de realizar o cadastro e acompanhamento dos mesmos.

Com o apoio dos agentes comunitários e saúde, tais pacientes que apresentaram as alterações foram convidados para uma consulta na semana seguinte, a fim de analisarmos os motivos para os resultados, se os mesmos não estavam fazendo uso correto da medicação ou se há necessidade de trocar/aumentar a medicação.

Além de discutirmos a importância da atividade coletiva, momento em que realizei uma breve explicação sobre os limites recomendados pelo Ministério da Saúde de valores tensionais e glicemia capilar, pois os agentes e técnicos são constantemente questionados pelos pacientes sobre tais tópicos, orientando-os sobre a conduta correta, ou seja, tranqüilizar o paciente e orientar a necessidade de uma consulta médica. Além disso, todos estão orientados sobre a importância de exames bioquímicos a cada três meses e

exames para avaliação nefrológica e oftalmológica anual, para prevenção das principais complicações.

Como programado durante o período de elaboração do projeto, permanecemos, durante a implantação da intervenção, realizando o cadastro de todos os usuários hipertensos e diabéticos e o atendimento clínico completo, focando no indivíduo, e não somente em sua doença. A busca ativa aos faltosos foi realizada com o apoio das minhas seis agentes comunitárias e todos os indivíduos foram acolhidos.

Fui aderida ao Núcleo de Saúde de minha unidade, juntamente com outra médica, duas auxiliares de enfermagem e a diretora da unidade. Tivemos nosso primeiro encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no setor de Saúde coletiva. Na reunião, estavam gestores do município, demais colegas de outras unidades e alunos do curso de Gestão em Saúde. Diversos tópicos foram discutidos, como, por exemplo, a integração do cuidado à saúde entre a vigilância epidemiológica, sanitária e dos Núcleos de Saúde de cada unidade. Em certo momento, os profissionais apresentaram algumas atividades de suas unidades, no nosso caso foram apresentados os projetos de intervenção das três médicas provabianas.

Tal encontro foi importante para obtermos o apoio da secretaria em diversos setores, como o financeiro, facilitando à realização dos exames que necessitam de insumos como as fitas de hemoglicoteste, a calibragem dos tensiômetros, entre outros. Esta primeira parceria foi o início de uma parceria que tende a contribuir para o projeto e para a melhoria da qualidade de saúde oferecida aos usuários.

A partir da ficha-espelho, acompanhamos os usuários que se encontravam ausentes da unidade por muito tempo, sem acompanhamento adequado, exame físico, orientações nutricionais e avaliação das complicações. Como previsto, realizamos a reunião de equipe com a enfermeira, agentes de saúde e técnicas, para a discussão de tais casos. Infelizmente, a dentista da nossa área, a qual estava há pouco tempo no cargo, mais ou menos 2 meses, pediu demissão. Por conta disso, os usuários ficaram descobertos em saúde bucal, mas as orientações cabíveis a nós estão sendo realizadas, em relação à higienização bucal.

Neste período, conseguimos colocar em prática muito do que foi planejado, como o grupo de hipertensos e diabéticos, o qual estava inativo há mais de um ano. Tivemos uma dificuldade inicial em encontrar um espaço que comportasse todos os usuários, já que convidamos hipertensos e diabéticos de três equipes. Com o apoio da direção, essa dificuldade foi vencida. Felizmente, todo o equipamento necessário para a palestra foi fornecido pela UBS. Todos os profissionais arcaram com os custos adicionais, como o lanche, demonstrando o empenho e a vontade de ajudar de todos.

Todos os profissionais foram capacitados e orientados, tendo como base o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, assim como ocorria, regularmente, reuniões em que eram discutidas vulnerabilidades dos casos, nos quais era necessário uma atenção especial e busca ativa.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Algumas barreiras foram encontradas ao longo do caminho, pois sabemos que a saúde depende e muito de uma parte burocrática. Recebemos as fitas de glicemia capilar apenas ao longo de uma semana do nosso projeto, não sendo mais repostas desde então. Além do mais, os aparelhos de tensiômetro têm de ser anualmente calibrados para receber um selo do Inmetro. A regra é válida independente da marca, ano ou tipo, sejam os medidores compostos de coluna de mercúrio, os com mostrador aneróide (tipo relógio analógico), ou os digitais, semiautomáticos e de pulso. Porém, tal regra não está sendo seguida na unidade, pois há tempos a calibragem não é feita, fato que dificulta a veracidade dos valores obtidos. Solicitei juntamente com a administração sua aferição, mas permanecemos aguardando os profissionais do IPEM (Instituto de Pesos e Medidas) para o recolhimento do material.

Outro ponto que dificulta a triagem é a ausência de aparelhos tensiômetros para a aferição de crianças e adolescentes. Apesar da hipertensão não ser rotineira nesta faixa etária, a sua presença facilitaria o diagnóstico de outras possíveis patologias, como, por exemplo, uma injúria renal, síndrome nefrótica, o qual manifesta-se através, principalmente, da

pressão arterial elevada. Ao questionar à direção sobre tais aparelhos, os mesmos responderam que o município não fornece e que a alternativa seria adquirir por meios próprios.

Mesmo com algumas dificuldades técnicas, acredito compensamos em esforço não-material, através do nosso empenho em buscar os usuários faltosos e no atendimento humanizado a todos que buscavam orientação na unidade, através do acolhimento adequado.

Infelizmente, o material fornecido para a coleta de HGT (Hempglicoteste) dos usuários acabou na primeira semana e não houve reposição. Desta forma, a triagem e o acolhimento não estavam sendo realizados de forma completa. Apenas a tensão arterial era verificada adequadamente. Além disso, o material para preenchimento da ficha-espelho não estava sendo fornecido pela unidade, sendo confeccionado por insumos próprios.

Outra dificuldade que prejudicou o acompanhamento adequado e completo dos usuários foi a demora na marcação de exames mais complexos, como o eletrocardiograma e fundoscopia, o que acarretou em atrasos para o indivíduo, pois as complicações acabavam sendo diagnosticadas mais tardiamente, impedindo um tratamento precoce e favorecendo a evolução da gravidade.

Infelizmente, a triagem foi prejudicada pela ausência de material para a sua realização, como aparelhos de verificação de glicemia capilar e pressão arterial suficientes para suprir a demanda. A busca ativa de pacientes faltosos também sobre desfalque devido ao período de férias e doenças de alguns agentes de saúde, o que eu dificultou um pouco atingir as metas.

As dificuldades citadas não impediram a continuidade do projeto de intervenção. Acredito que fizemos um bom trabalho, com o apoio de toda a equipe e adesão da população, a qual se mostrou bastante participativa e grata com a iniciativa.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Algumas dificuldades foram encontradas na realização da planilha. Por falta de material disponibilizado pela unidade, utilizei de recursos próprios para a impressão do material. Em relação ao cálculo dos indicadores, apresentei dificuldades na interpretação, porém obtive ajuda de minha orientadora.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Ao longo das semanas, seguindo o cronograma, pude perceber uma mudança na dinâmica na UBS e em seus funcionários. Com o fim da intervenção, posso garantir que o que foi implementado não será esquecido pelos profissionais e que os usuários continuarão sendo acompanhados de forma correta, linear e contínua, o que me trouxe muita alegria, pois o projeto não morrerá após essas doze semanas. Representou apenas o início de uma mudança.

Todas as ações desenvolvidas durante o projeto podem ser facilmente aderidas à rotina da unidade, necessitando apenas de empenho da equipe multiprofissional. Com tais mudanças, a triagem e o atendimento clínico sofrerão mudanças positivas, pois todos os pacientes receberão orientação no momento da entrada da unidade, sendo encaminhados para o atendimento de urgência ou ambulatorial, de acordo com a sua necessidade.

Analisando o resultado da intervenção implementada na UBS Nova Natal, apresentamos dados bastante satisfatórios, em nossa área de atuação. Possuíamos a meta de alcançar a cobertura mínima de 40% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos uma melhora progressiva ao longo das semanas. A cobertura dos usuários hipertensos ao longo de cada mês obteve os seguintes valores: 21,2%, 45% e 74,5%, enquanto os indivíduos diabéticos apresentaram 20%, 63,3% e 85%. Tal progressão demonstra o comprometimento da equipe em melhorar sua cobertura e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

Em relação aos valores que avaliam a qualidade, temos que a porcentagem de indivíduos hipertensos que obtiveram exames clínicos e complementares são, respectivamente, 87,5%, 88,2% e 90,7%/ 84,4%, 86,8%

e 89,8%. Já os usuários diabéticos obtiveram as seguintes taxas, respectivamente, 87,5%, 89,5% e 89,5%/ 87,5%, 89,5% e 89,5%. Apesar da nossa meta ser de 100%, acredito que tais valores demonstram um avanço na qualidade da atenção de tais pacientes, estando todos sempre acima de 70%. Considero uma vitória de toda a equipe.

A grande maioria dos indivíduos hipertensos e diabéticos, assim como os diagnosticados recentemente, foi cadastrada e acompanhada regularmente. A busca ativa foi realizada sempre que necessário. Compensamos em esforço próprio a ausência de alguns materiais.

Obtivemos sempre uma resposta positiva e satisfatória da população, a qual demonstrou o desejo que as iniciativas realizadas com o projeto perdurassem. Tal satisfação é que faz com que todo o trabalho tenha valido a pena. Como relatado semanalmente, contei com o apoio fundamental da minha equipe, administração e direção, apesar da dificuldade de ajuda dos profissionais mais médicos estrangeiros. As barreiras representaram apenas as dificuldades que o SUS enfrenta habitualmente em todo país. Então, levando em consideração as limitações do sistema de saúde, acredito que realizamos um trabalho exemplar, com muita dedicação e amor.

GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

ADMINISTRADORA DA UBS NOVA NATAL

HORTA DO CENTRO DE IDOSOS, LOCAL ONDE ACONTECE A REUNIÃO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

ENFERMEIRA CRISTINA

4.1 Resultados

Analisando o resultado da intervenção implementada na UBS Nova Natal, apresentamos dados bastante satisfatórios, em nossa área de atuação. Possuíamos a meta de alcançar a cobertura mínima de 40% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos uma melhora progressiva ao longo das semanas. A cobertura dos usuários hipertensos ao longo de cada mês obteve os seguintes valores: 21,2%, 45% e 74,5%, enquanto os indivíduos diabéticos apresentaram 20%, 63,3% e 85%. Tal progressão demonstra o comprometimento da equipe em melhorar sua cobertura e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (Hiperdia) na UBS

Meta1.1 e 1.2 Alcançar a cobertura mínima de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS

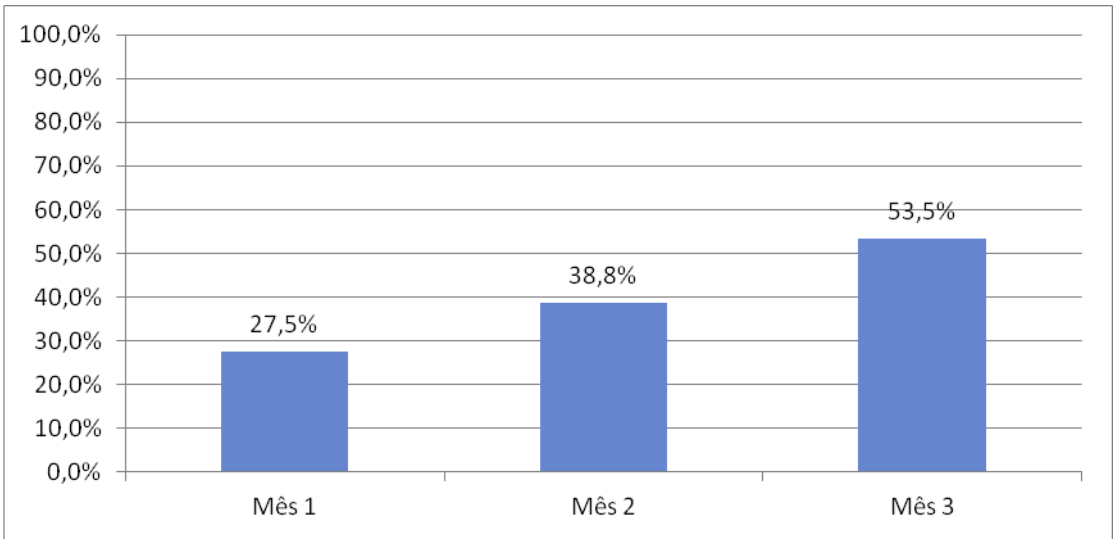

Figura 3:Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

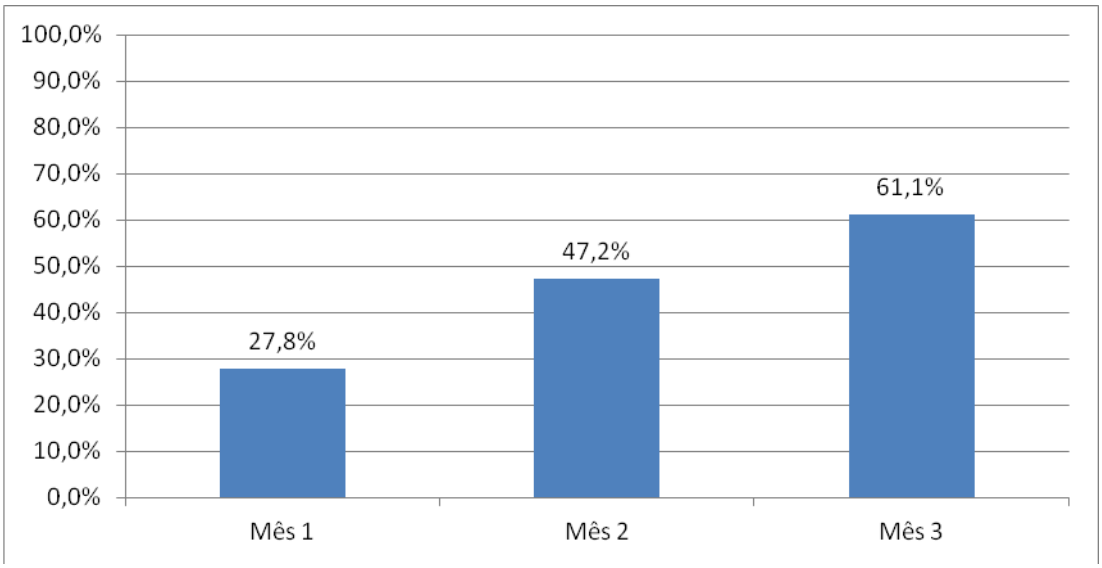

Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Em relação aos valores que avaliam a qualidade, temos que a porcentagem de indivíduos hipertensos que obtiveram exames clínicos e complementares são, respectivamente, 87,5%, 88,2% e 90,7%/ 84,4%, 86,8% e 89,8%. Já os usuários diabéticos obtiveram as seguintes taxas, respectivamente, 87,5%, 89,5% e 89,5%/ 87,5%, 89,5% e 89,5%. O Objetivo específico é o de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa. As metas são as seguintes:

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

2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Apesar de a nossa meta ser de 100%, acredito que tais valores demonstram um avanço na qualidade da atenção de tais pacientes, estando todos sempre acima de 70%. Considero uma vitória de toda a equipe.

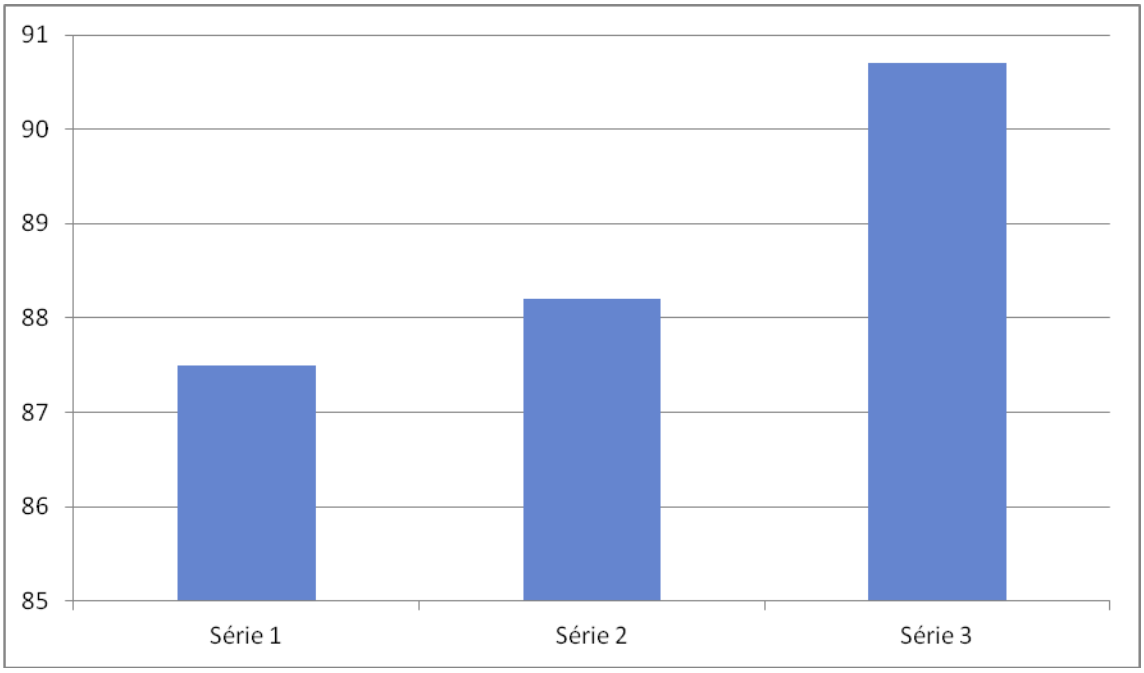

Figura 4: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

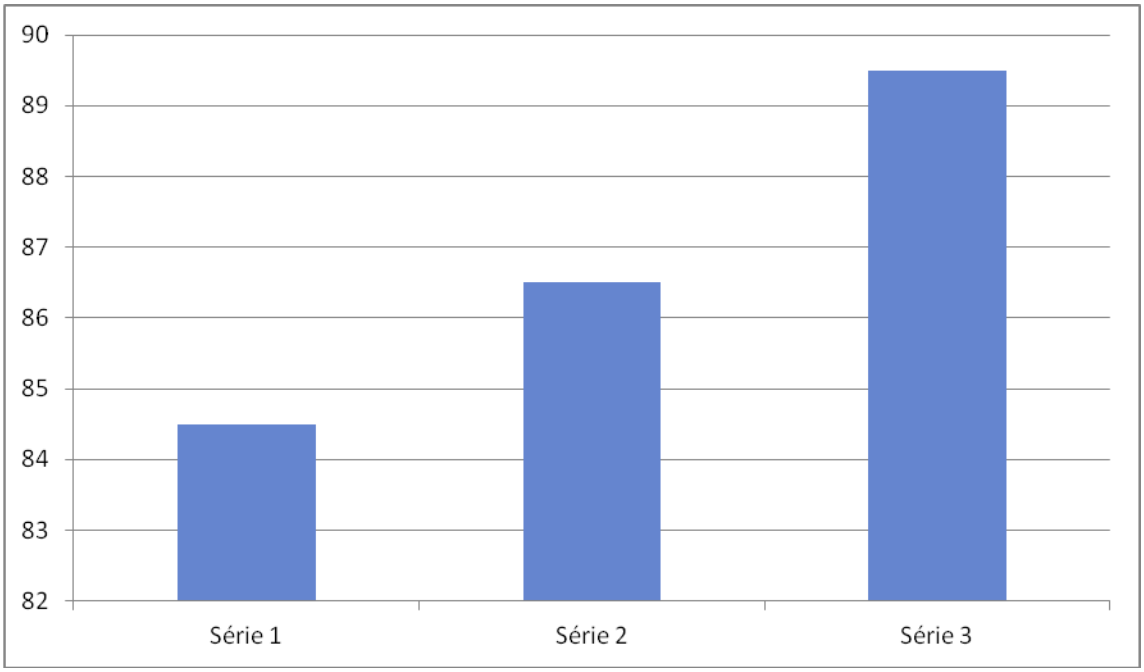

Figura 6: Proporção de hipertensos com s complementares em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

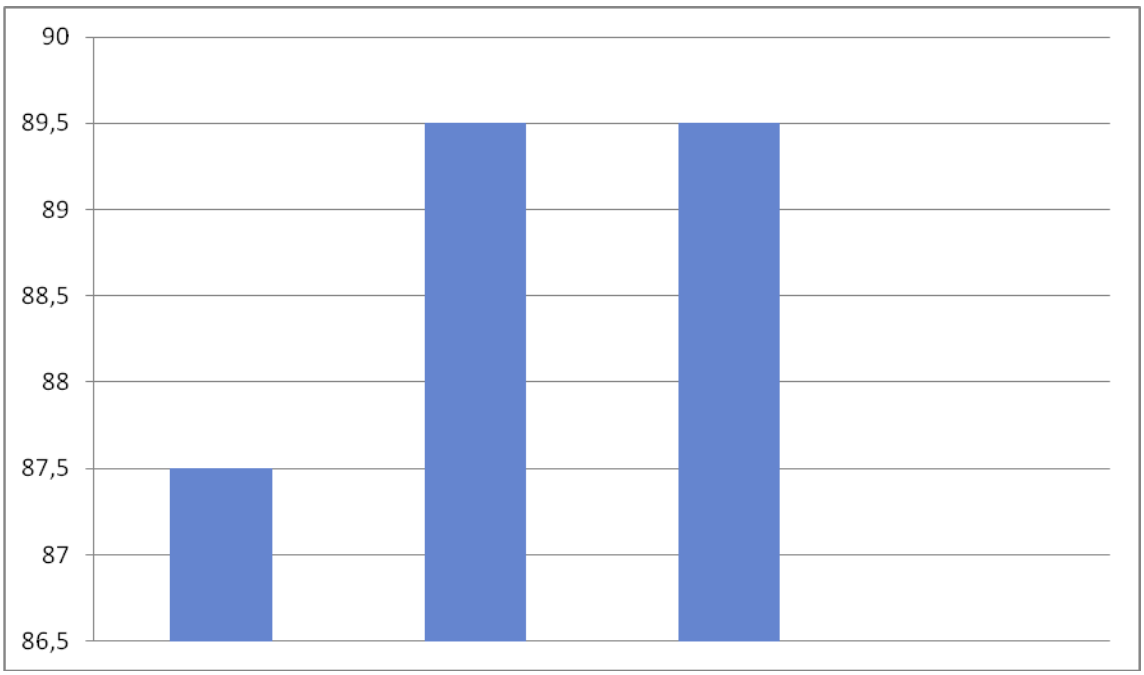

Figura 6: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

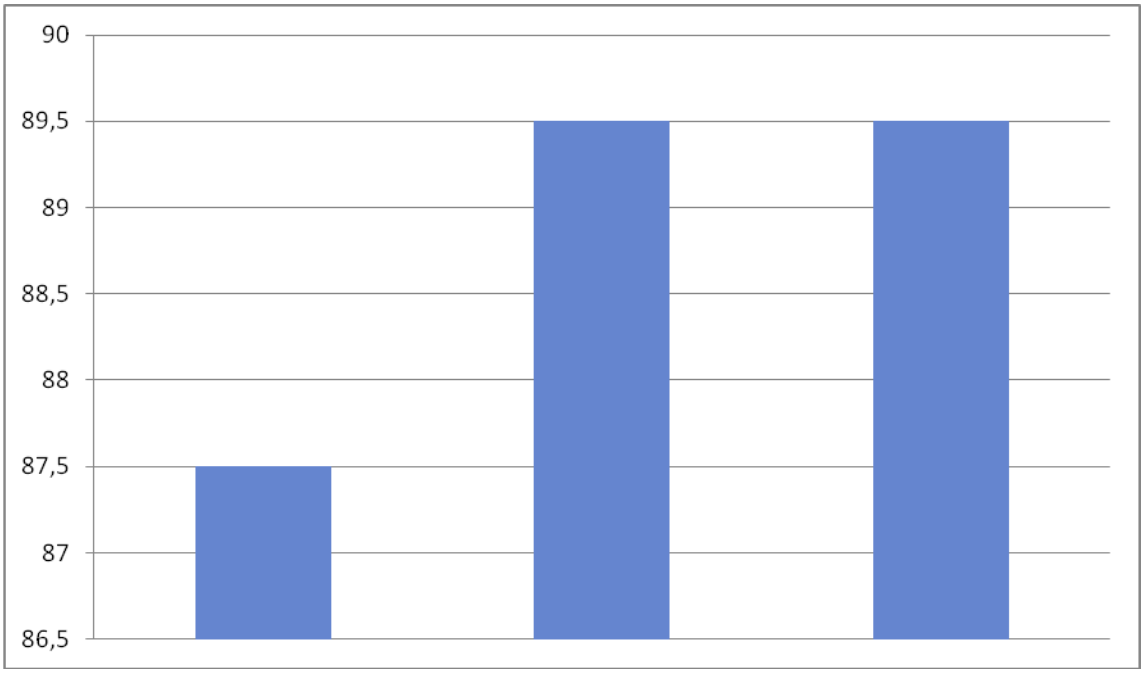

Figura 7: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Em relação a avaliação de atendimento odontológico, todos os indivíduos foram analisados, atingindo assim a meta de 100%. Em relação aos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, os valores seguiram de 100%, 87,5% e 90,5%. Já os diabéticos, obtiveram os seguintes valores: 33,3%, 100% e 100%. Apesar da meta não ter sido alcançada em sua totalidade, os valores foram muito significativos e de impacto bastante positivo.

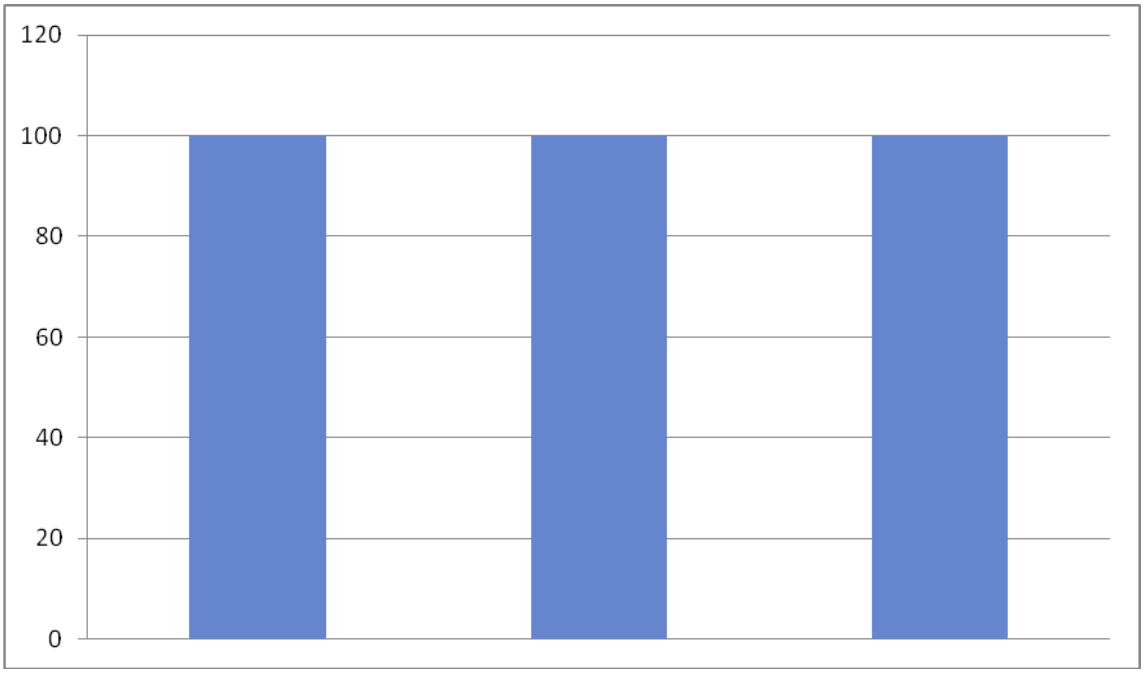

Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

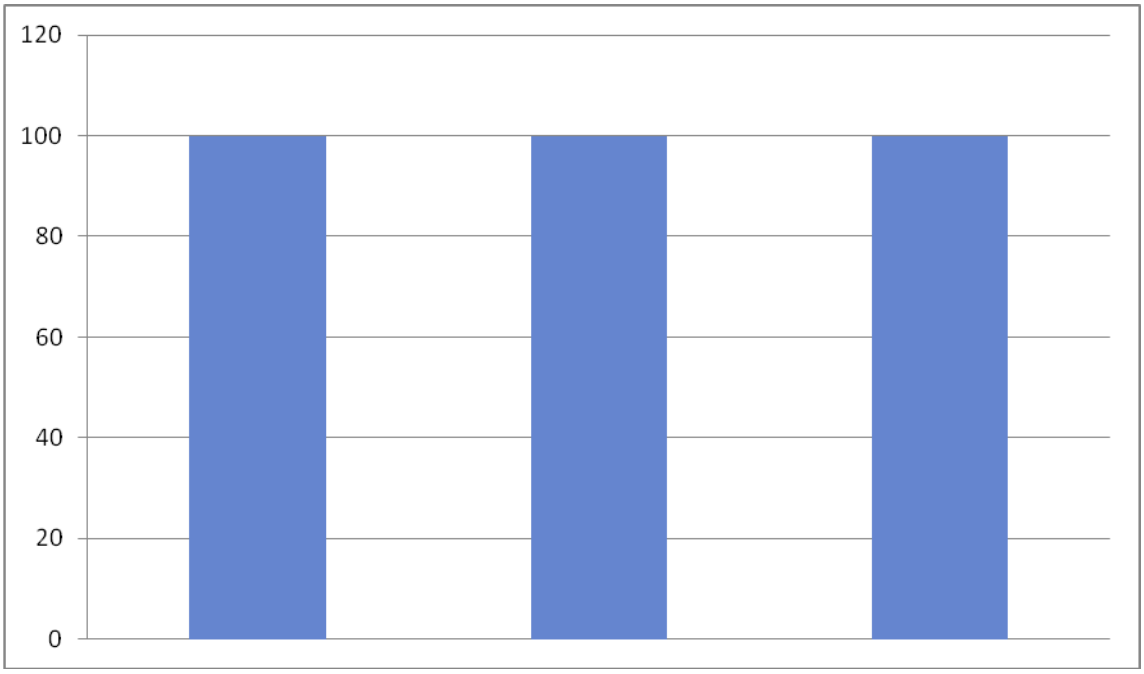

Figura 9: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Apesar da meta ser realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e termos alcançado 93,8%, 97,1% e 98,2%, tais valores devem ser encorajados a continuar crescendo. Em relação aos diabéticos, conseguimos atingir a meta de 100%.

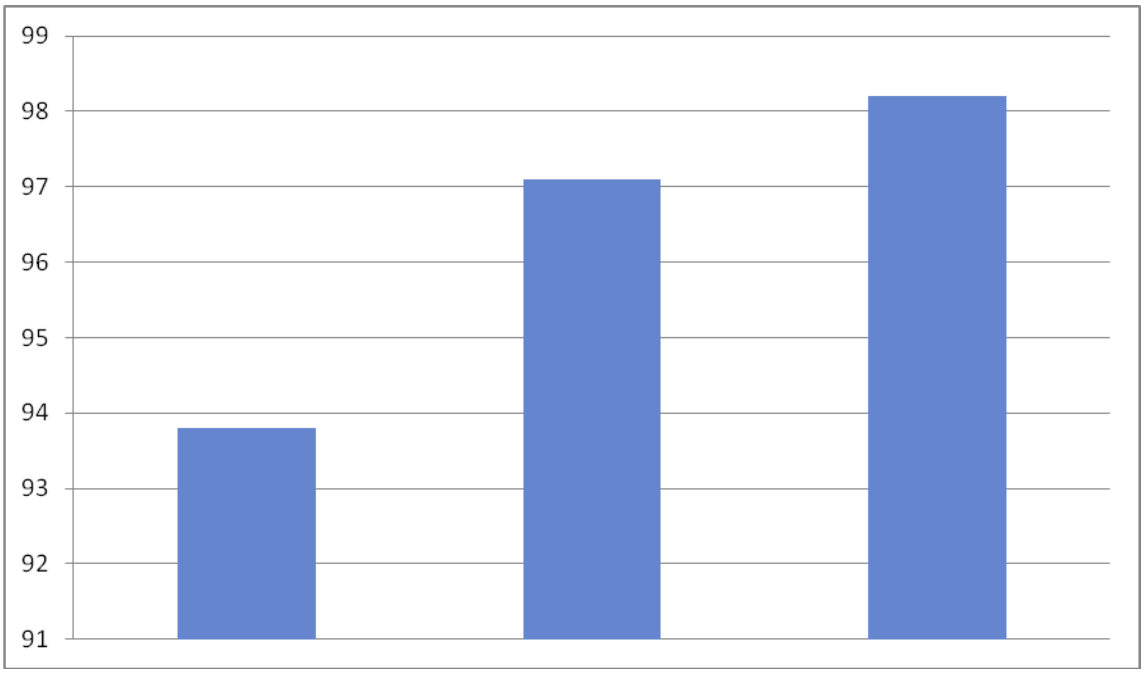

Figura 10: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

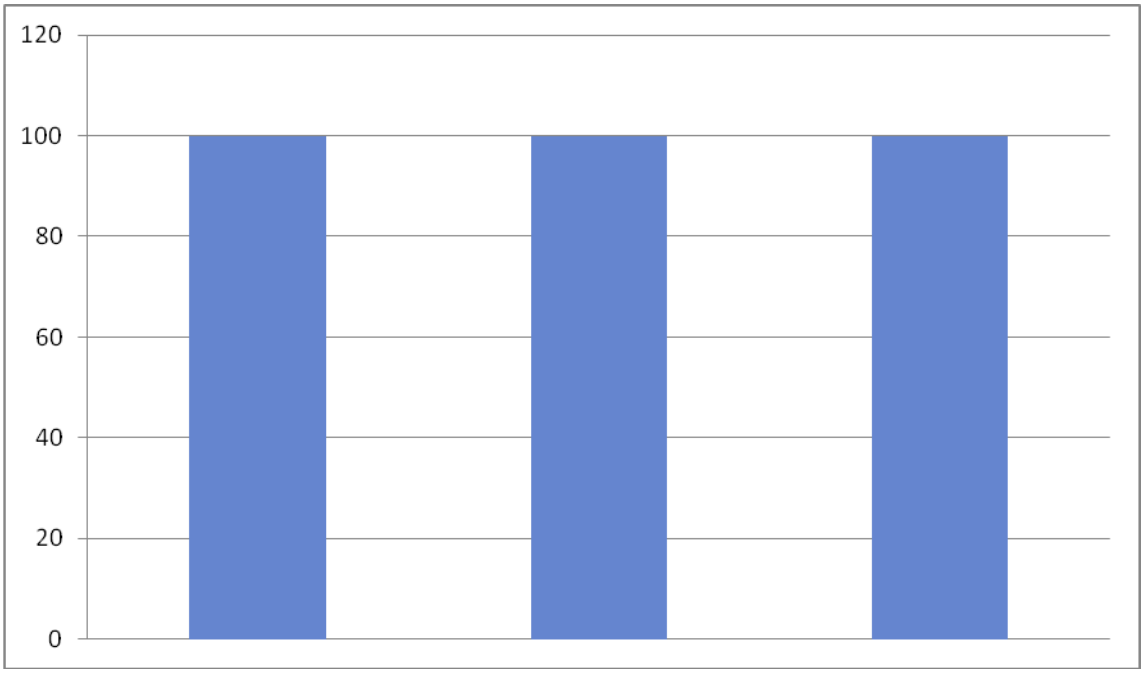

Figura 10: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Apesar da importância de uma cobertura satisfatória, os valores qualitativos, envolvendo a característica do atendimento e sua qualidade são dados que engrandecem ainda mais o trabalho, pois de nada vale atingir 100% de atendimento, se este for realizado em cinco minutos e sem a atenção que o usuário merece.

Conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, atingindo assim a meta inicial. Tais índices são os que mais trazem satisfação pelo trabalho prestado à comunidade, pois pude garantir um atendimento clínico de qualidade, fornecendo um tempo adequado para o usuário tirar suas dúvidas, além de promover saúde, pois mais importante que remediar é prevenir. Sinto que realizamos o nosso papel de profissionais da saúde de área básica, sempre priorizando o indivíduo e não sua doença.

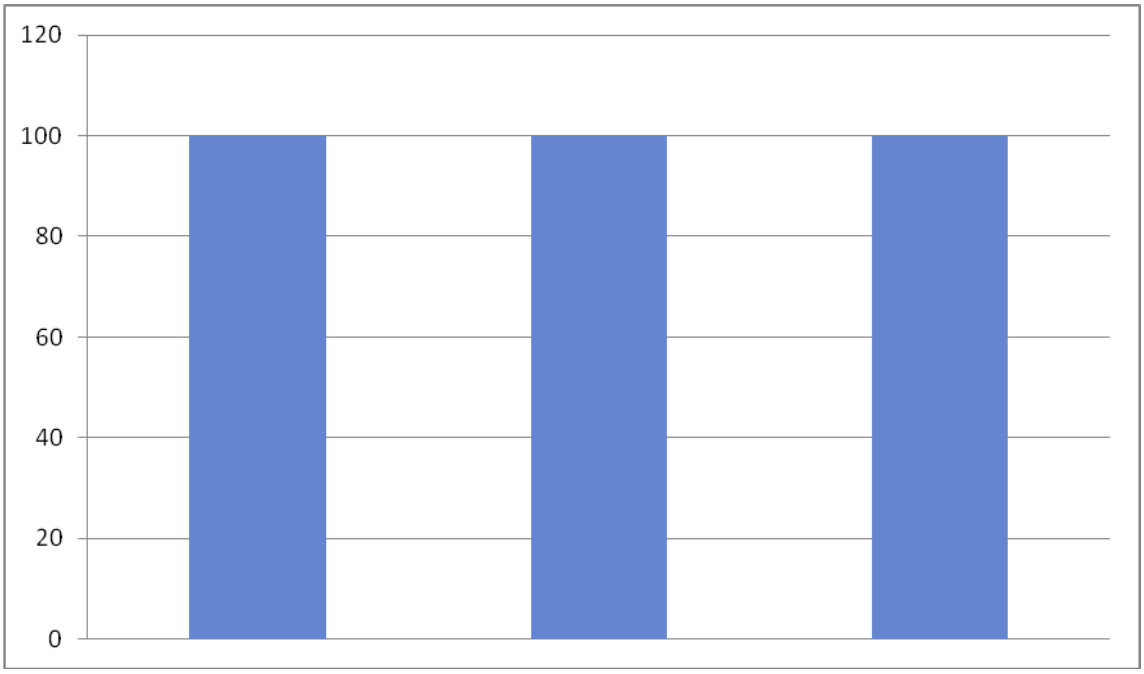

Figura 11: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

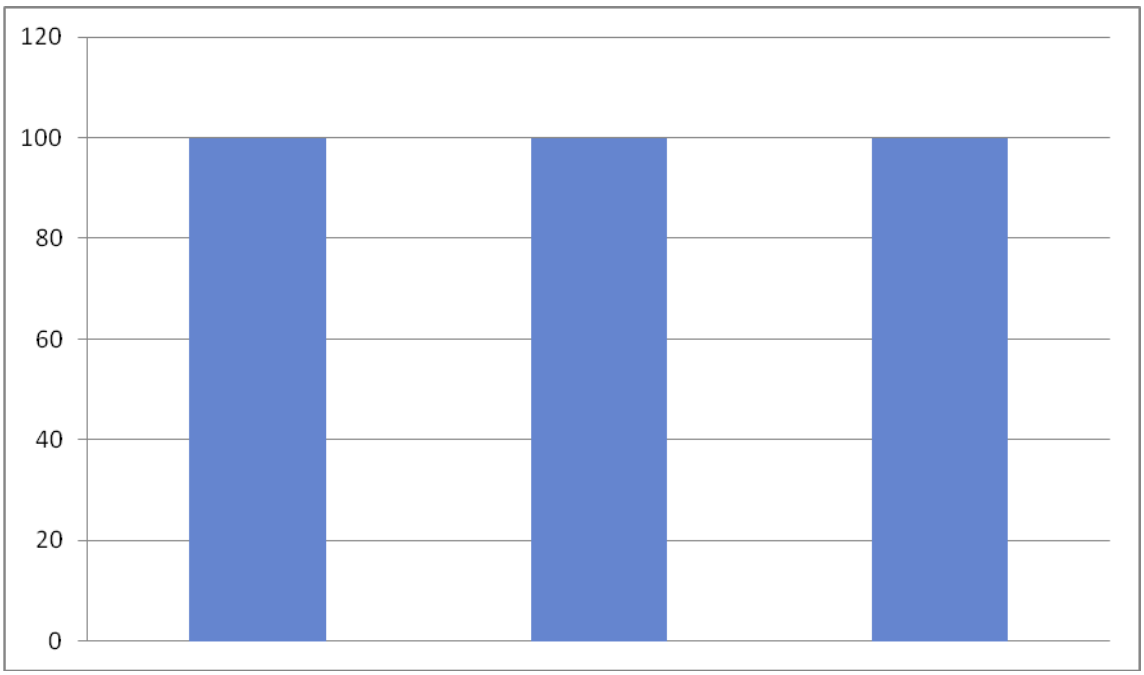

Figura 12: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

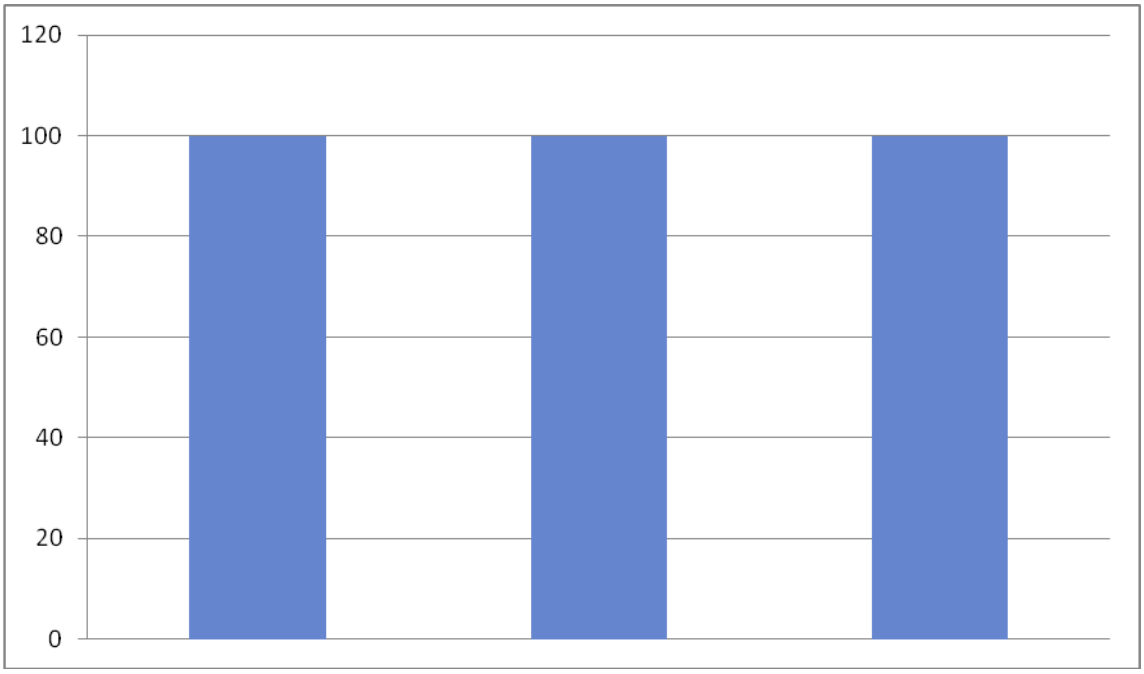

Figura 13: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

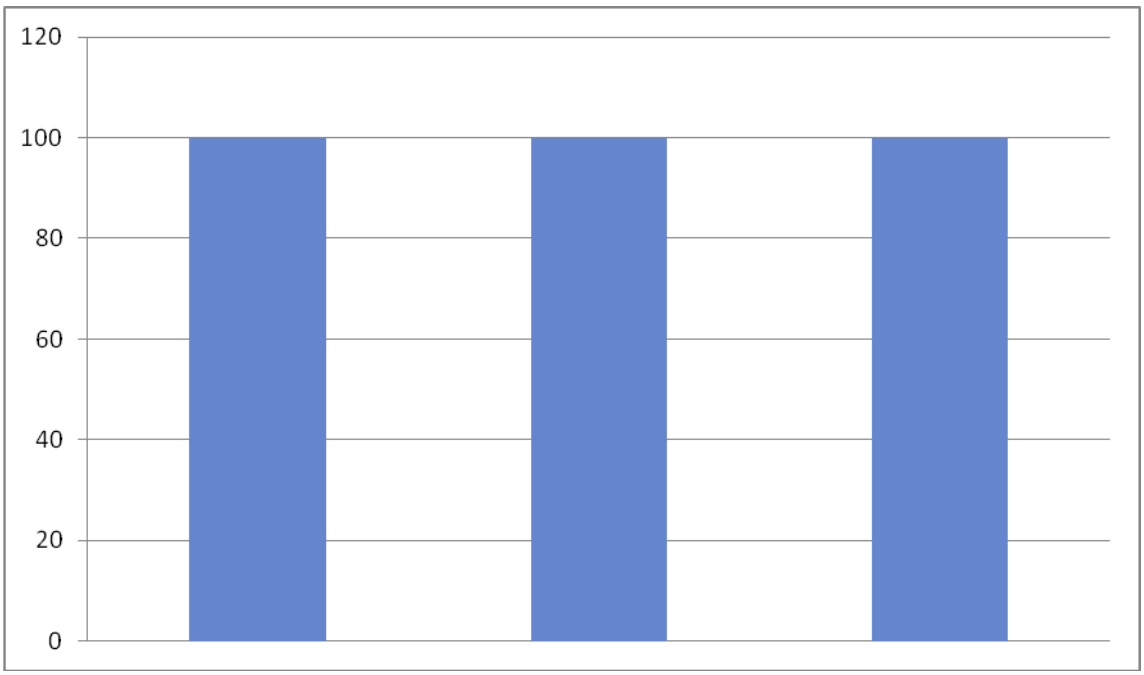

Figura 14: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

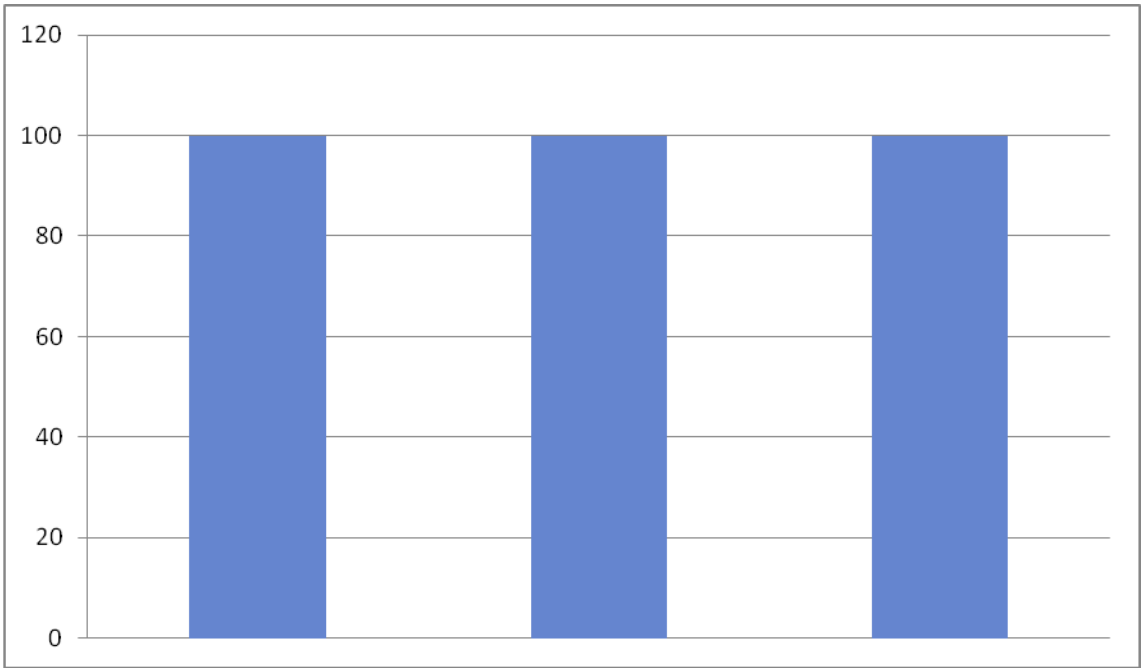

Figura 15: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

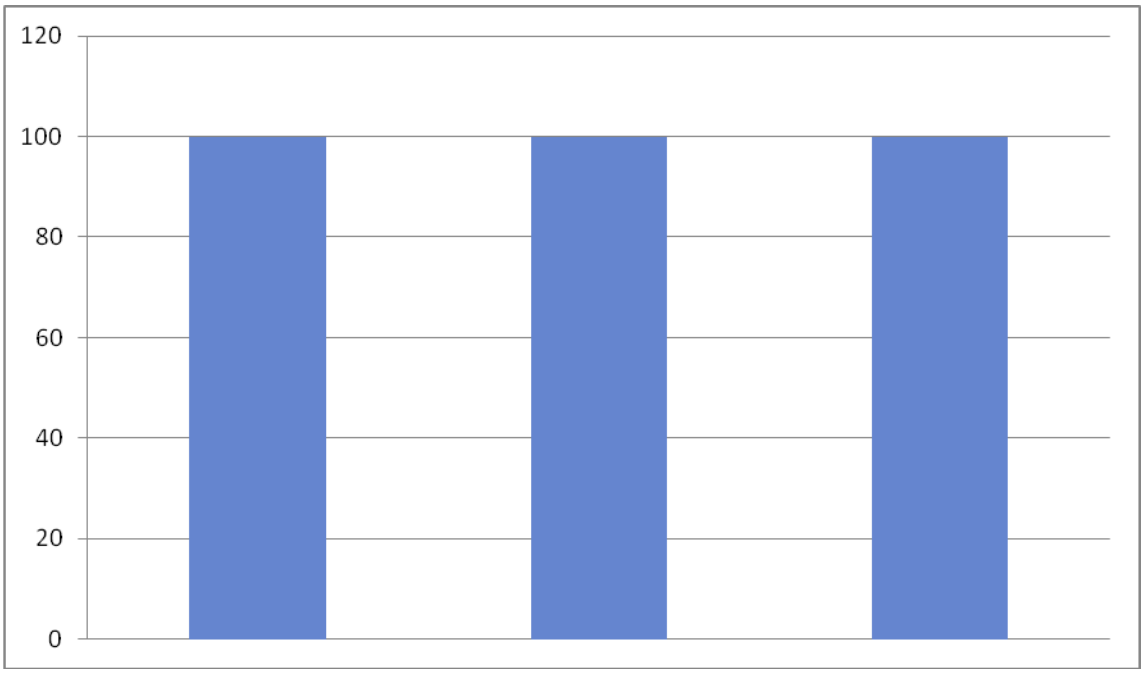

Figura 16: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

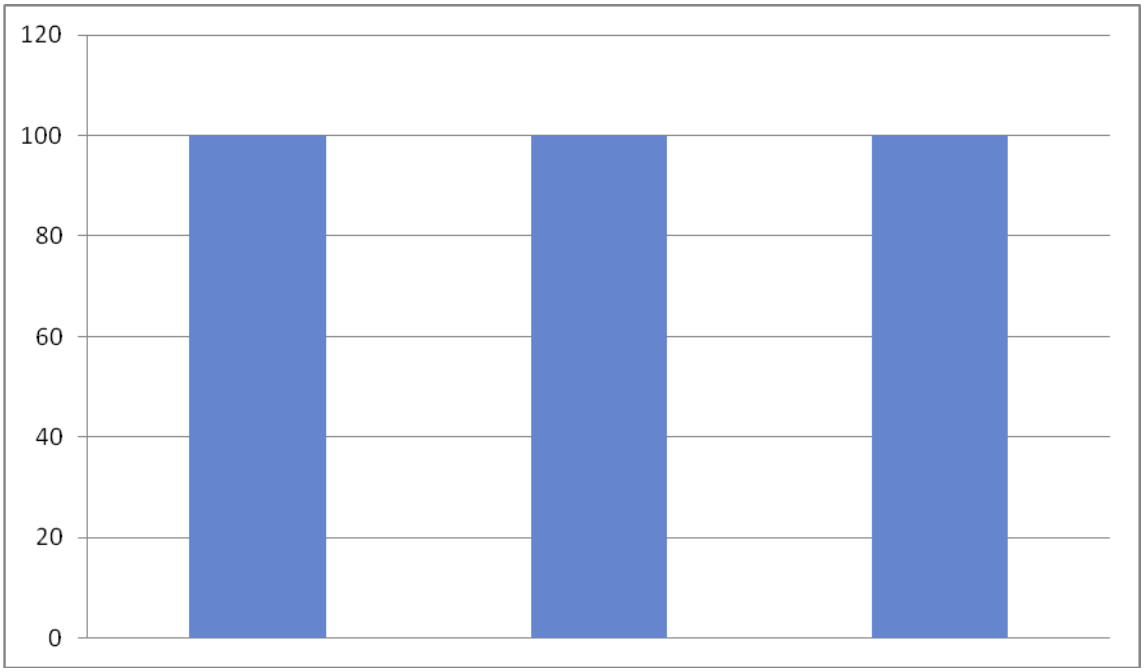

Figura 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Nova Natal, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

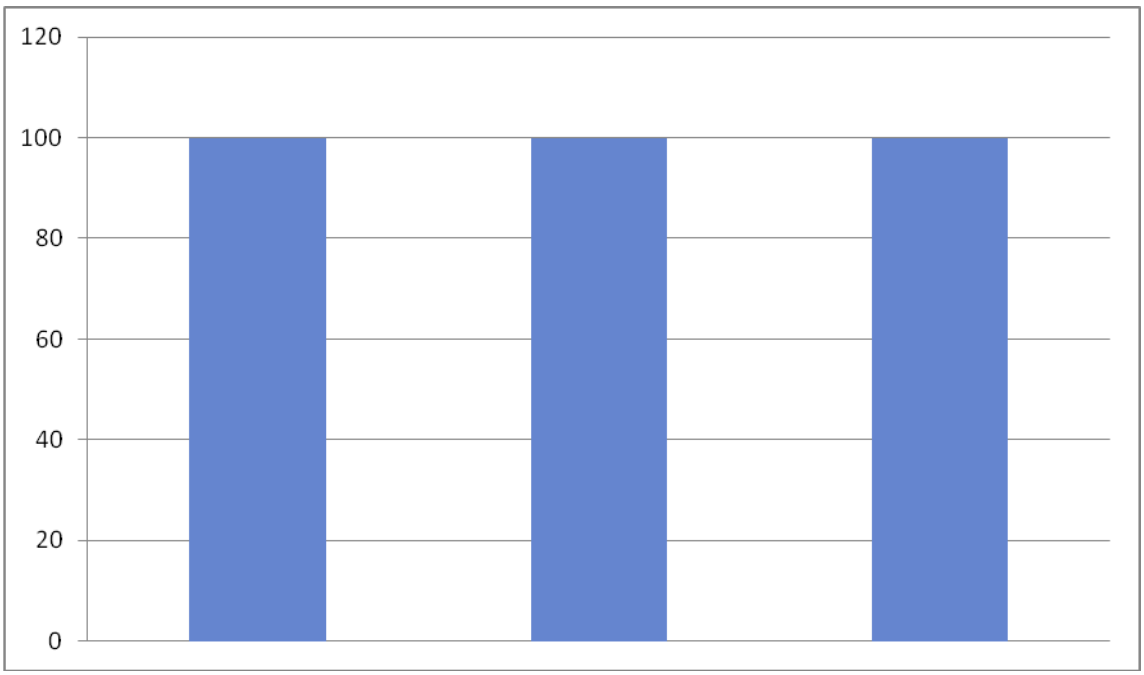

Figura 18: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Nova Natal, 2014.

Fonte: planilha de coleta de dados, Natal, 2014

Com a intervenção realizada focando os indivíduos hipertensos e diabéticos, acredito que conseguimos alcanças valores interessantes em relação à cobertura de tais usuários. Atingimos a meta de 40%, a partir do segundo mês de intervenção, finalizando com 74,5% dos hipertensos cobertos e 85% dos diabéticos. Alcançamos ainda excelentes valores em relação aos exames clínicos e complementares em dia, assim como também orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Apresentamos muitos fatores positivos com a intervenção, contribuindo para dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. Todos os integrantes da equipe foram capacitados de acordo como o Manual do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, sendo assim, conseguimos transferir conhecimento para o reconhecimento de situações de urgência, emergência, triagem com aferição adequada da pressão arterial e glicemia capilar. Dentre as funções, os agentes foram responsáveis por realizar a busca ativa dos usuários faltosos, assim como ficaram encarregados de manter os pacientes atualizados sobre as datas futuras de suas consultas, buscando manter um acompanhamento regular. As técnicas de enfermagem realizavam as aferições de valores de pressão e glicemia, reconhecendo as situações que necessitavam de atendimento médico imediato, orientando aqueles que necessitavam apenas de acompanhamento ambulatorial, sem urgência. Já a enfermeira era responsável pela organização dos grupos coletivos, realizando a marcação do local e a dinâmica que seria desenvolvida no dia, além disso, a mesma supervisionava o trabalho realizado pelos agentes e técnicos, orientando-os sobre o que fosse necessário.

Após a intervenção, além das melhorias de conhecimento teórico para a equipe, o serviço também se beneficiou. Todos os usuários passarem a ter um registro adequado em ficha-espelho com os seus principais dados, além de um maior controle das suas taxas e complicações. Os grupos coletivos, que estavam suspensos, foram retomados, ocorrendo a cada mês com novas dinâmicas.

Como já comentado, nem todas as metas foram atingidas, mas acredito que realizamos um impacto positivo na comunidade. Apesar de ter sido necessário um maior esforço da equipe para que o trabalho fosse fielmente realizado, a gratidão dos pacientes nos gera uma alegria imensa. Os mesmos se sentem bem acolhidos e valorizados, podendo ter a oportunidade de tirar suas dúvidas e compartilhar as angústias nos grupos, além de serem examinados e acompanhados de forma integral.

Acredito que, caso fosse possível iniciar a intervenção neste momento, destinaria um pouco mais de tempo para a elaboração do projeto e seria mais firme nas solicitações de ajuda à secretaria de saúde, cobrando os insumos que temos direito para uma intervenção adequada. Em relação ao apoio de equipe e trabalho, não tenho queixas.

Apesar do fim das doze semanas do projeto, a intervenção já foi incorporada à unidade, com grande apoio da equipe e funcionários. Algumas melhorias já foram realizadas desde então, no que se refere à triagem dos pacientes na porta de entrada da unidade. Como possuímos 6 equipes e diversos pacientes necessitam desta triagem inicial, apenas 2 funcionários não estavam conseguindo cumprir com os objetivos. Sendo assim, criamos uma escala com todos os funcionários das 6 equipes para que todos se revezassem na triagem dos usuários que adentram a unidade, permitindo uma agilidade destas ações. Acreditamos que a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos pode ainda ser aumentada, por isso estamos nos esforçando para alcançarmos as metas que, até o momento, não atingiram os valores propostos.

Realizamos a intervenção de melhoria a atenção ao usuário hipertenso e diabético da unidade Nova Natal no município de Natal. A intervenção tinha dentro da sua programação as seguintes ações: aumentar a cobertura do usuário hipertenso e diabético, assim como melhorar os cuidados prestados, com avaliação integral do indivíduo, exames bioquímicos, físico e de estratificação de risco em dia. Os Cadernos do Ministério da Saúde de 2013 foram apresentados à equipe, a fim de orientar sobre aspectos importantes de triagem e conduta.

Introduzimos também no serviço, um cronograma de todos os funcionários para a realização da triagem dos pacientes. Todos foram

instruídos corretamente. Em relação à equipe, contei com o apoio dos meus agentes de saúde, fundamentais para a concretização do projeto, pois os mesmos possuíam a função de realizar a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas regulares, assim como também, durante suas visitas domiciliares, informar à todos a existência do projeto e a importância de buscar atendimento médico, para aqueles acima de 18 anos, permitindo a verificação de pressão arterial e realização de exames bioquímicos.

Além do imenso apoio dos agentes, recebi auxílio da enfermeira, a qual ajudava na triagem dos pacientes e realizava o encaminhamento para o atendimento médico, a fim de acompanharmos o paciente recém-diagnosticado para as comorbidades, como também fazer o seguimento adequado dos já portadores da doença.

Organizamos uma palestra na unidade para os usuários hipertensos e diabéticos, sobre prevenção das complicações e a importância de alimentação saudável e prática regular de exercícios clínico. Realizamos o grupo de hipertensos e diabéticos de três equipes da unidade.

Como programado durante o período de elaboração do projeto, permanecemos, durante a implantação da intervenção, realizando o cadastro de todos os usuários hipertensos e diabéticos e o atendimento clínico completo, focando no indivíduo, e não somente em sua doença. A busca ativa aos faltosos foi realizada com o apoio das minhas seis agentes comunitárias e todos os indivíduos foram acolhidos.

Fui aderida ao Núcleo de Saúde de minha unidade, juntamente com outra médica, duas auxiliares de enfermagem e a diretora da unidade. Tivemos nosso primeiro encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no setor de Saúde coletiva. Na reunião, estavam gestores do município, demais colegas de outras unidades e alunos do curso de Gestão em Saúde. Diversos tópicos foram discutidos, como, por exemplo, a integração do cuidado à saúde entre a vigilância epidemiológica, sanitária e dos Núcleos de Saúde de cada unidade.

Neste período, conseguimos colocar em prática muito do que foi planejado, como o grupo de hipertensos e diabéticos, o qual estava inativo há mais de um ano. Tivemos uma dificuldade inicial em encontrar um espaço que comportasse todos os usuários, já que convidamos hipertensos e diabéticos de

três equipes. Com o apoio da direção, essa dificuldade foi vencida. Felizmente, todo o equipamento necessário para a palestra foi fornecido pela UBS. Todos os profissionais arcaram com os custos adicionais, como o lanche, demonstrando o empenho e a vontade de ajudar de todos.

Todos os profissionais foram capacitados e orientados, tendo como base o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, assim como ocorria, regularmente, reuniões em que eram discutidas vulnerabilidades dos casos, nos quais era necessário uma atenção especial e busca ativa.

Infelizmente, o material fornecido para a coleta de HGT dos usuários acabou na primeira semana e não houve reposição. Desta forma, a triagem e o acolhimento não estavam sendo realizados de forma completa. Apenas a tensão arterial era verificada adequadamente. Além disso, o material para preenchimento da ficha-espelho não estava sendo fornecido pela unidade, sendo confeccionado por insumos próprios. Desta fora, conto com o apoio da gestão em contribuir para a resolução de tais problemas.

Outra dificuldade que prejudicou o acompanhamento adequado e completo dos usuários foi a demora na marcação de exames mais complexos, como o eletrocardiograma e fundoscopia, o que acarretou em atrasos para o indivíduo, pois as complicações acabavam sendo diagnosticadas mais tardiamente, impedindo um tratamento precoce e favorecendo a evolução da gravidade.

Ao longo das semanas, seguindo o cronograma, pude perceber uma mudança na dinâmica na UBS e em seus funcionários. Com o fim da intervenção, posso garantir que o que foi implementado não será esquecido pelos profissionais e que os usuários continuarão sendo acompanhados de forma correta, linear e contínua, o que me trouxe muita alegria, pois o projeto não morrerá após essas doze semanas. Representou apenas o início de uma mudança.

Analisando o resultado da intervenção implementada na UBS Nova Natal, apresentamos dados bastante satisfatórios, em nossa área de atuação. Possuíamos a meta de alcançar a cobertura mínima de 40% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos uma melhora progressiva ao longo das semanas. A cobertura dos usuários

hipertensos ao longo de cada mês obteve os seguintes valores: 21,2%, 45% e 74,5%, enquanto os indivíduos diabéticos apresentaram 20%, 63,3% e 85%. Tal progressão demonstra o comprometimento da equipe em melhorar sua cobertura e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

Em relação aos valores que avaliam a qualidade, temos que a porcentagem de indivíduos hipertensos que obtiveram exames clínicos e complementares são, respectivamente, 87,5%, 88,2% e 90,7%/ 84,4%, 86,8% e 89,8%. Já os usuários diabéticos obtiveram as seguintes taxas, respectivamente, 87,5%, 89,5% e 89,5%/ 87,5%, 89,5% e 89,5%. Apesar da nossa meta ser de 100%, acredito que tais valores demonstram um avanço na qualidade da atenção de tais pacientes, estando todos sempre acima de 70%. Considero uma vitória de toda a equipe.

Obtivemos sempre uma resposta positiva e satisfatória da população, a qual demonstrou o desejo que as iniciativas realizadas com o projeto perdurassem. Tal satisfação é que faz com que todo o trabalho tenha valido a pena.

4.2 Discussão

Apresentamos muitos fatores positivos com a intervenção, contribuindo para dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. Todos os integrantes da equipe foram capacitados de acordo como o Manual do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, sendo assim, conseguimos transferir conhecimento para o reconhecimento de situações de urgência, emergência, triagem com aferição adequada da pressão arterial e glicemia capilar. Dentre as funções, os agentes foram responsáveis por realizar a busca ativa dos usuários faltosos, assim como ficaram encarregados de manter os pacientes atualizados sobre as datas futuras de suas consultas, buscando manter um acompanhamento regular. As técnicas de enfermagem realizavam as aferições de valores de pressão e glicemia, reconhecendo as situações que necessitavam de atendimento médico imediato, orientando aqueles que necessitavam apenas de acompanhamento ambulatorial, sem urgência. Já a enfermeira era responsável pela organização

dos grupos coletivos, realizando a marcação do local e a dinâmica que seria desenvolvida no dia, além disso, a mesma supervisionava o trabalho realizado pelos agentes e técnicos, orientando-os sobre o que fosse necessário.

Após a intervenção, além das melhorias de conhecimento teórico para a equipe, o serviço também se beneficiou. Todos os usuários passarem a ter um registro adequado em ficha-espelho com os seus principais dados, além de um maior controle das suas taxas e complicações. Os grupos coletivos, que estavam suspensos, foram retomados, ocorrendo a cada mês com novas dinâmicas.

Como já comentado, nem todas as metas foram atingidas, mas acredito que realizamos um impacto positivo na comunidade. Apesar de ter sido necessário um maior esforço da equipe para que o trabalho fosse fielmente realizado, a gratidão dos pacientes nos gera uma alegria imensa. Os mesmos se sentem bem acolhidos e valorizados, podendo ter a oportunidade de tirar suas dúvidas e compartilhar as angústias nos grupos, além de serem examinados e acompanhados de forma integral.

Acredito que, caso fosse possível iniciar a intervenção neste momento, destinaria um pouco mais de tempo para a elaboração do projeto e seria mais firme nas solicitações de ajuda à secretaria de saúde, cobrando os insumos que temos direito para uma intervenção adequada. Em relação ao apoio de equipe e trabalho, não tenho queixas.

Apesar do fim das doze semanas do projeto, a intervenção já foi incorporada à unidade, com grande apoio da equipe e funcionários. Algumas melhorias já foram realizadas desde então, no que se refere à triagem dos pacientes na porta de entrada da unidade. Como possuímos 6 equipes e diversos pacientes necessitam desta triagem inicial, apenas 2 funcionários não estavam conseguindo cumprir com os objetivos. Sendo assim, criamos uma escala com todos os funcionários das 6 equipes para que todos se revezassem na triagem dos usuários que adentram a unidade, permitindo uma agilidade destas ações. Acreditamos que a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos pode ainda ser aumentada, por isso estamos nos esforçando para alcançarmos as metas que, até o momento, não atingiram os valores propostos.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Realizamos a intervenção de melhoria a atenção ao usuário hipertenso e diabético da unidade Nova Natal no município de Natal. A intervenção tinha dentro da sua programação as seguintes ações: aumentar a cobertura do usuário hipertenso e diabético, assim como melhorar os cuidados prestados, com avaliação integral do indivíduo, exames bioquímicos, físico e de estratificação de risco em dia. Os Cadernos do Ministério da Saúde de 2013 foram apresentados à equipe, a fim de orientar sobre aspectos importantes de triagem e conduta.

Introduzimos também no serviço, um cronograma envolvendo todos os funcionários para a realização da triagem dos pacientes. Todos foram instruídos corretamente. Em relação à equipe, contei com o apoio dos meus agentes de saúde, fundamentais para a concretização do projeto, pois os mesmos possuíam a função de realizar a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas regulares, assim como também, durante suas visitas domiciliares, informar sobre a existência do projeto e a importância de buscar atendimento médico, para aqueles acima de 18 anos, permitindo a verificação de pressão arterial e realização de exames bioquímicos.

Além do imenso apoio dos agentes, recebi auxílio da enfermeira, a qual ajudava na triagem dos pacientes e realizava o encaminhamento para o atendimento médico, a fim de acompanharmos o paciente recém-diagnosticado para as comorbidades, como também fazer o seguimento adequado dos já portadores da doença.

Organizamos uma atividade coletiva na unidade para os usuários hipertensos e diabéticos, sobre prevenção das complicações e a importância de alimentação saudável e prática regular de exercícios clínico. Realizamos o grupo de hipertensos e diabéticos de três equipes da unidade.

Como programado durante o período de elaboração do projeto, permanecemos, durante a implantação da intervenção, realizando o cadastro de todos os usuários hipertensos e diabéticos e o atendimento clínico completo, focando no indivíduo, e não somente em sua doença. A busca ativa aos faltosos foi realizada com o apoio das minhas seis agentes comunitárias e todos os indivíduos foram acolhidos.

Fui aderida ao Núcleo de Saúde de minha unidade, juntamente com outra médica, duas auxiliares de enfermagem e a diretora da unidade. Tivemos nosso primeiro encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no setor de Saúde coletiva. Na reunião, estavam gestores do município, demais colegas de outras unidades e alunos do curso de Gestão em Saúde. Diversos tópicos foram discutidos, como, por exemplo, a integração do cuidado à saúde entre a vigilância epidemiológica, sanitária e dos Núcleos de Saúde de cada unidade.

Neste período, conseguimos colocar em prática muito do que foi planejado, como o grupo de hipertensos e diabéticos, o qual estava inativo há mais de um ano. Tivemos uma dificuldade inicial em encontrar um espaço que comportasse todos os usuários, já que convidamos hipertensos e diabéticos de três equipes. Com o apoio da direção, essa dificuldade foi vencida. Felizmente, todo o equipamento necessário para a palestra foi fornecido pela UBS. Todos os profissionais arcaram com os custos adicionais, como o lanche, demonstrando o empenho e motivação.

Todos os profissionais foram capacitados e orientados, tendo como base o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, assim como ocorria, regularmente, reuniões em que eram discutidas vulnerabilidades dos casos, nos quais era necessário uma atenção especial e busca ativa.

Infelizmente, o material fornecido para a coleta de HGT dos usuários acabou na primeira semana e não houve reposição. Desta forma, a triagem e o acolhimento não estavam sendo realizados de forma completa. Apenas a tensão arterial era verificada adequadamente. Além disso, o material para preenchimento da ficha-espelho não estava sendo fornecido pela unidade, sendo confeccionado por insumos próprios. Desta fora, conto com o apoio da gestão em contribuir para a resolução de tais problemas.

Outra dificuldade que prejudicou o acompanhamento adequado e completo dos usuários foi a demora na marcação de exames mais complexos, como o eletrocardiograma e fundoscopia, o que acarretou em atrasos para o indivíduo, pois as complicações acabavam sendo diagnosticadas mais tardiamente, impedindo um tratamento precoce e favorecendo a evolução da gravidade.

Ao longo das semanas, seguindo o cronograma, pude perceber uma mudança na dinâmica na UBS e em seus funcionários. Com o fim da intervenção, posso garantir que o que foi implementado não será esquecido pelos profissionais e que os usuários continuarão sendo acompanhados de forma correta, linear e contínua, o que me trouxe muita alegria, pois o projeto não morrerá após essas doze semanas. Representou apenas o início de uma mudança.

Analisando o resultado da intervenção implementada na UBS Nova Natal, apresentamos dados bastante satisfatórios, em nossa área de atuação. Possuíamos a meta de alcançar a cobertura mínima de 40% dos hipertensos e/ou diabéticos da área sendo cadastrados e acompanhados no programa Hiperdia na UBS. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos uma melhora progressiva ao longo das semanas. A cobertura dos usuários hipertensos ao longo de cada mês obteve os seguintes valores: 21,2%, 45% e 74,5%, enquanto os indivíduos diabéticos apresentaram 20%, 63,3% e 85%. Tal progressão demonstra o comprometimento da equipe em melhorar sua cobertura e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

Em relação aos valores que avaliam a qualidade, temos que a porcentagem de indivíduos hipertensos que obtiveram exames clínicos e complementares são, respectivamente, 87,5%, 88,2% e 90,7%/ 84,4%, 86,8% e 89,8%. Já os usuários diabéticos obtiveram as seguintes taxas, respectivamente, 87,5%, 89,5% e 89,5%/ 87,5%, 89,5% e 89,5%. Apesar da nossa meta ser de 100%, acredito que tais valores demonstram um avanço na qualidade da atenção de tais pacientes, estando todos sempre acima de 70%. Considero uma vitória de toda a equipe.

Obtivemos sempre uma resposta positiva e satisfatória da população, a qual demonstrou o desejo que as iniciativas realizadas com o projeto perdurassem. Tal satisfação é que faz com que todo o trabalho tenha valido a pena.

.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Durante três meses, realizamos a intervenção de melhoria a atenção ao usuário hipertenso e diabético da unidade Nova Natal no município de Natal. A

intervenção tinha dentro da sua programação as seguintes ações: aumentar a cobertura do usuário hipertenso e diabético, assim como melhorar os cuidados prestados, com avaliação integral do indivíduo, exames bioquímicos, físico e de estratificação de risco em dia.

Ao longo do período destinado à intervenção, acredito que realizamos diversas melhorias no atendimento aos indivíduos hipertensos e diabéticos da comunidade. Na entrada da unidade de saúde, todos eram recepcionados por uma triagem que havia sido adequadamente orientada. Desta forma, não havia insatisfação em ser “mal-orientado” ou “mal tratado” no primeiro contato. Urgências eram prontamente atendidas, enquanto situações que não demandavam pronto-atendimento recebiam orientação e retornos agendados.

Além do contato inicial, acredito que construímos uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e os seus usuários, ou seja, todos se sentiam à vontade em buscar atendimento e retirar suas dúvidas, fosse com uma agente de saúde, enfermeira ou médica, sem o sentimento de pré-julgamentos. A boa relação médico-paciente foi enfatizada e praticada ao máximo, pois a longitudinalidade do atendimento é um dos princípios do SUS. A atenção básica possui em um dos seus pilares, a importância do acompanhamento à longo prazo do usuário, permitindo assim conhece os usuários em todos os seus aspectos, sociais e econômicos.

Priorizamos o atendimento clínico aliado a uma busca ativa de qualidade aos usuários faltosos. Todos aqueles que estavam há bastante tempo apenas renovando suas receitas de medicações para adquiri-las nas farmácias, foram orientadas a buscar uma consulta médica. Desta forma, sensibilizamos os usuários para que buscassem atendimento mesmo sem um problema de saúde, trabalhando não só no tratamento e sim na prevenção e promoção da saúde.

Um dos principais pedidos da comunidade foi o retorno do grupo de hipertensos e diabéticos, com rodas de conversas e orientações. Realizamos palestras educativas sobre as doenças e os seus riscos, orientando pontos importantes como a alimentação e exercícios físicos. Na roda, todos tinham a

oportunidade de expressar seus pensamentos, angústias, dúvidas e desejos. Acredito que o grupo foi uma das coisas mais prazerosas para nós, profissionais de saúde, assim como para vocês, da comunidade de Nova Natal.

O projeto representou uma melhoria da unidade que buscou sempre evoluir no atendimento aos seus usuários. Tivemos alguns pontos que não conseguimos concretizar, como as fitas de glicemia capilar, mas que com a progressão do projeto em prática é possível alcançar. Espero que tenha sido tão proveitoso para todos vocês, assim como foi para nós da equipe 43. Sinto que cresci como pessoa e profissional e os ensinamentos que aprendi com vocês farão sempre parte da minha vida médica. Obrigada!

5 Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção

O desenvolvimento do projeto ao longo deste período me permitiu crescer como indivíduo e profissional. O meu maior objetivo sempre foi o de melhorar a assistência à saúde da população, iniciando com uma mudança inicialmente em nosso processo de trabalho.

Aumentar os índices e atingir 100% das metas não é o primordial do projeto, como sempre foi lembrado pela direção do curso. Modificar nossa forma de entender a colocar em prática saúde primária, focando a prevenção, é o objetivo principal.

Acredito que contribuí para um avanço na dinâmica da unidade de saúde, estimulando uma triagem e atendimentos mais voltados para o ser humano como um todo, levando em consideração todas as suas peculiaridades, como também para o meu próprio crescimento. Ao longo deste ano, me envolvi com os meus pacientes, sofri suas angústias na espera por exames que demoravam mais de seis meses, como também vibrei com suas vitórias. Apesar de não termos atingido todas as metas, considero nosso projeto uma vitória e espero que o mesmo permaneça como parte integral da

unidade. Como dizia Mahatma Gandhi, “A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido e não na vitória propriamente dita.”

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus. Brasília**: Ministério da Saúde, 2006b. 64p.

OPEZ-JARAMILLO, Patricio et al. **Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2014, vol.58, n.3, pp. 205-225. ISSN 0004-2730.

Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

Anexos:

Anexo A - Ficha espelho

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___ /___ / ___ ___ ___ ___ Número do Prontuário:_____ Cartão SUS _____

Nome completo:_____ Data de nascimento: ___ /___ / ___ ___ ___ ___

Endereço:_____ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato:_____/_____/_____

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM?_____ HAS e DM? _____ Estatura: ___ ___ ___ cm Perímetro Braquial: ___ ___ cm

Medicações de uso contínuo							
Data							
	Apresentação						
Hidroclorotiazida 25mg							
Captopril 25mg							
Propranolol 40 mg							
Enalapril 10 mg							
Atenolol 25 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclamida 5mg							
Insulina NPH							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCM						
CHCM						
Plaquetas						

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m^2)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

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 Srª
Profª 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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL