

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBSF Planície das Mangueiras, Natal / RN**

**PAOLA OLIVIA TAPIA BALCAZAR
Pelotas, 2015**

PAOLA OLIVIA TAPIA BALCAZAR

Melhoria da atenção a usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBSF Planície das Mangueiras, Natal / RN

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

Orientadora: Marina Azevedo

Pelotas, 2015

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

B174m Balcazar, Paola Olivia Tapia

Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Ubsf Planície das Mangueiras, Natal/RN / Paola Olivia Tapia Balcazar; Marina Sousa Azevedo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

73 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. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Quero agradecer primeiramente a Deus por esta experiência;

Ao meu esposo e minha filha que me colaboraram muito com a paciência e a compreensão;

E ao Curso de Especialização em Saúde da Família na figura de suas orientadoras ao longo da caminhada.

Resumo

BALCAZAR, Paola Olivia Tapia. **Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBSF Planície das Mangueiras, Natal / RN. 2015.** 2015. 72f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema de Saúde Pública importante e causam impacto na morbimortalidade de indivíduos e populações. Na Unidade Básica de Saúde Planície das Mangueiras, foi realizada uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção e assistência direcionadas aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes *mellitus* (DM). A intervenção ofertou ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço; qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação e por fim, engajamento público. Na área da equipe, temos uma estimativa de 590 usuários com HAS e 169 usuários com DM, de acordo com os dados do Caderno de Ações Programáticas. Antes da intervenção, tínhamos 187 usuários com HAS sendo acompanhados na USF, o que corresponde a 32 % e a cobertura de DM era de 34% o que corresponde a 58 usuários. Dessa forma, tínhamos baixos indicadores de cobertura. Os instrumentos utilizados foram a ficha espelho, a planilha de coleta de dados e os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Além da necessidade de aumento das coberturas, em geral, também havia lacunas referentes à atenção, principalmente, ofertas de orientação e realização de exames condizentes com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Após os três meses (12 semanas) de intervenção, conseguimos assistir a 113 usuários com HAS que corresponde a 26,1% de cobertura e 58 usuários com DM o que corresponde a um 54,2%. A intervenção conseguiu atingir 100% em todas as metas propostas para qualificação da assistência. A importância da intervenção reflete na melhoria significativa da qualidade de atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos assim como um cadastro atualizado dos mesmos, o serviço ficou mais organizado e com maior resolutividade ante as demandas dos usuários. Além disso, a intervenção colaborou muito com a integração da equipe.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica; Diabetes *Mellitus*, Hipertensão

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	47
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	48

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
PMM	Programa Mais Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Relatório de Análise Situacional
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSLP	Unidade Básica de Saúde da Lagoa da Palha
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	14
2 Análise Estratégica	15
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	16
2.2.1 Objetivo geral	16
2.2.2 Objetivos específicos e metas	16
2.3 Metodologia	18
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma	36
3 Relatório da Intervenção	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	42
4 Avaliação da intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão	55
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	63
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	66
Referências	67
Anexos	68

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com HAS e/ou DM no município de Natal, RN, intitulada “**Melhoria da Atenção a Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBSF Planície das Mangueiras, Natal / RN**”.

O volume está organizado em unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na **Unidade 1 -Análise Situacional** foi realizada o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados. Na **Unidade 2 - Análise Estratégica** que tem o objetivo de elaborar um projeto de intervenção de acordo com o foco escolhido na Unidade 1. Na **Unidade 3- Avaliação da intervenção** com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente [relatório da intervenção]. Na **Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção** expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Nas Unidades 5 e 6, há a Apresentação do Relatório para os Gestores e da Comunidade, respectivamente e na **Unidade 7**, temos a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem em que a estudante aponta de forma reflexiva a influência e impacto do curso.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndices.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Planície das Mangueiras na zona norte de Natal, Rio Grande do Norte, do distrito Sanitário Norte II. A área de abrangência tem uma população, de aproximadamente, 10,228 pessoas residentes, a unidade tem três Equipes da Saúde da Família (ESF). Cada equipe é composta por médico generalista, odontólogo e auxiliar de saúde bucal, enfermeira e técnica de enfermagem e agentes comunitários de Saúde (ACS). Todas as equipes atuam com ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças.

A estrutura física de minha unidade é boa, mas precisa de melhorias, como por exemplo mais consultórios e refrigerador para armazenamento de vacinas. Na semana passada, choveu bastante e tivemos inundação da Farmácia, prejudicando a distribuição de medicamentos. Além disso, o território apresenta inúmeros problemas, tais como, falta de segurança e saneamento básico, alto índice de violência e acúmulo de lixo nas ruas.

Minha unidade tem 3 consultórios médicos, um consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativos, 1 sala de vacinas, 1 sala de nebulização, 1 sala de arquivos e farmácia.

Gosto muito de minha equipe, porque eles me ensinam muito, são acolhedores e conhecem bem a população. Tenho agenda marcada e atendo menos de 20 usuários por dia, faço visita domiciliar com prioridade, principalmente, a idosos, crianças, gestantes e puérperas.

Outra dificuldade da Unidade de Saúde é a falta de conexão e internet, o que compromete os agendamentos para os usuários.

Gostaria de todo coração que minha unidade melhore para um bom atendimento aos usuários; além disso, seria importante que tivéssemos

equipamentos e instrumentos de trabalho, tais como eletrocardiograma, otoscópio e tensiômetro. Isso facilitaria o trabalho de todos, uma vez que nós teríamos uma melhor estrutura para o atendimento.

As palestras ainda não estão bem organizadas, os médicos das outras equipes estavam de férias e não há espaços para estas atividades, então, não temos atividades de educação em saúde ainda.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A população de Natal, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, é de 862,044 habitantes. Natal é um municípiobrasileiro, capital do estado do Rio Grande do Norte, Região Nordeste do país. Pertence à Mesorregião do Leste Potiguar e à Microrregião de Natal.

Em relação a estabelecimentos de saúde, o número de UBS é de 18, sendo 3 delas mistas; tem 38 ESF, há a presença de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 2 Centros de Especialidade Odontológica (CEO).

A Unidade Básica de Saúde da família (UBSF) Planície das Mangueiras localiza-se na zona norte de Natal, Rio Grande do Norte, do distrito Sanitário Norte II, é urbana e vinculada ao Sistema único de Saúde (SUS), sob gestão municipal e está vincula à instituição de ensino. A população adstrita à UBS é de 10,228 pessoas residentes, o modelo de atenção é Estratégia de Saúde da Família (ESF). A unidade possui três equipes da saúde da família, cada uma tem um médico generalista, um odontólogo e auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira e um técnico de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todas as equipes atuam com ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças.

A estrutura física de minha unidade é precária: possui 3 consultórios médicos, um consultório de enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativos, 1 sala de vacinas, 1 sala de nebulização, 1 sala de arquivos e farmácia. Mas, precisa ainda de muitas melhorias, e modificações como, por exemplo, mais consultórios, refrigerador pra vacinas, a área localizada no lado direito o teto está muito velho e quando chove, essa área é inundada, e o mais lamentável é que a área da farmácia também se inundou deixando a unidade sem medicação. Além disso o território tem

muitos problemas / riscos: falta de segurança, alto índice de violência, falta de saneamento básico e acúmulo de lixo. Em síntese, a estrutura física é precária, as janelas são pequenas, não tem circulação de ar, os ambientes são pequenos, estando em desacordo com as regulamentações básicas de segurança.

A UBS possui três equipes sendo as seguintes: área 85 com 1122 famílias e com uma população de 4,036 pessoas; a área 86 com 864 famílias e com uma população de 3,313 pessoas e finalmente minha equipe, a área 87, com 839 famílias e uma população de 2,850 pessoas. Pelo preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP), estima-se a população com as seguintes características: 943 mulheres em idade fértil (10-49 anos); 718 mulheres (de 25 a 64 anos); 215 mulheres (de 50 a 69 anos); 42 crianças com idade inferior a um ano; 84 crianças menores de cinco anos; 307 idosos; 590 usuários de 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 169 usuários com Diabetes mellitus (DM).

Quanto aos atendimentos realizados, há assistência, principalmente, à demanda espontânea, pré-natal, aos usuários com HAS e/ou DM e visita domiciliar. Atendemos uma média de 16 a 20 usuários por dia, sendo 12 consultas agendadas e 4 vagas para urgências, o que resulta em insuficiência para nossa população. Não há acolhimento efetivo e isso leva à formação de filas, os usuários acordam muito cedo para poder marcar consulta, expõem-se a riscos, já que a área é perigosa e isso acontece pela falta de um acolhimento implantado efetivo.

O que nós podemos fazer é buscar e organizar a agenda, capacitar a equipe para acolhimento, articulando-se também com as demais equipes da ESF. É importante também esclarecer a comunidade para que eles tenham conhecimento de nossas dificuldades, ter uma reunião com todos os trabalhadores da unidade para poder falar do agendamento e demanda.

Em relação ao atendimento especializado, de forma geral, os exames demoram muitos dias até meses para serem realizados e entregues, o que dificulta termos uma assistência mais qualitativa e resolutiva para o usuário do serviço de saúde. Por exemplo, para consulta com Cardiologista, pode demorar de 3 até 4 meses e para Ortopedista (mais de 160 dias).

Em relação às ações programáticas. Pré-Natal (PN) e Puerpério—segundo o CAP, temos 19 (44%) gestantes residentes e acompanhadas pela UBS. Em relação aos indicadores de qualidade, 19 (100%) iniciaram o PN no primeiro trimestre gestacional e 17 (89%) receberam suplementação de sulfato ferroso conforme

protocolo. Além disso, não fazemos exame ginecológico trimestral, só realizamos encaminhamentos para gestações de alto risco. Não temos grupos de gestantes porque não há espaço disponível para educação, prevenção e promoção de saúde. Fazemos orientações individuais sobre aleitamento materno, cuidados com recém-nascido, principalmente. Convém mencionar também que a gestante já sai da UBS com a próxima consulta agendada, permitindo assim, um controle mais efetivo. Uma importante consideração se refere ao seguinte: a maioria das usuárias desconhece e não visita previamente o serviço de saúde no qual elas darão à luz. Identifiquei que o problema principal é que em Natal, de forma geral, os hospitais que têm maternidade não cobrem toda a população; por exemplo, na zona norte, só tem um hospital porque a outra maternidade está em reforma. Além disso, pela possível falta de vagas, elas preferem realizar cesáreas para assegurar a vaga na maternidade. Isso é preocupante, uma vez que o parto normal é a melhor opção para a mãe e para a criança. Em relação às puérperas, das 42 estimadas, 19 (45%) são residentes e acompanhadas pela UBS. Destas assistidas, 100% recebem orientações sobre aleitamento materno exclusivo; 17 (89%) têm suas mamas examinadas; 7 (37%) realizaram a consulta antes dos 42 dias pós-parto e 2 (1%) tiveram exame ginecológico realizado.

Em relação à Saúde da Criança ou Puericultura—segundo estimativas do CAP, a cobertura do Programa é de 100% o que corresponde a 42 crianças menores de um ano. Das quais somente 15 (36%) tem atraso na consulta agendada em mais de sete dias; 30 (71%) estão com a vacinação em dia e não há triagem auditiva realizada na UBS. Realizamos consulta agendada respeitando o calendário do Ministério da Saúde, preenchendo a caderneta em cada consulta e realizamos o teste do pezinho; além disso fazemos orientação geral sobre o cuidado do recém-nascido e a prevenção de acidentes. Também consideramos na consulta, os dados antropométricos, rastreamento de displasia de quadril, não realizamos a avaliação da visão. Não temos um registro específico para as crianças e não há grupos para as mães.

Em relação à Detecção e Prevenção do Câncer de Colo Uterino e de Mama — temos 718 mulheres da faixa etária estimada para Prevenção do Câncer de Colo Uterino, mas somente 94 (13%) são residentes e acompanhadas pela UBS; já para o Câncer de Mama, a cobertura é de 189 (88%). Em relação aos indicadores de qualidade, 60 (64%) estão com exame citopatológico em dia e 100% recebem

orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. Para o Câncer de Mama, 90 (48%) tiveram avaliação para fatores de risco realizada; 67 (30%) estão com a mamografia em dia e 70 (37%) estão com mamografia por mais de três meses atrasada. Não temos registro específico, somente fazemos o uso de prontuários, muitas vezes, mal preenchidos, o que dificulta o efetivo e correto monitoramento. Também não temos grupos específicos para as mulheres. Para melhorar a situação, primeiro temos que criar um registro específico para os exames para que se possa realizar uma busca ativa das mulheres com exames alterados; segundo, propiciar a realização de atividades de educação envolvendo todos os membros da equipe.

Para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) – conforme estimativas do CAP, dos 590 estimados, 187 (32%) são acompanhados pela UBS; em 160 (86%), foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e 150 (80%) estão com atraso na consulta agendada em mais de sete dias. Para os usuários com DM, temos uma estimativa de 169 usuários no território e a cobertura é de 58 (34%), 50 (86%) com estratificação de risco cardiovascular, 48 (83%) com exames complementares em dia e somente 20 (34%) tiveram seus pés avaliados nos últimos 3 meses. Convém discutir que os % de cobertura não são precisos, o que pode gerar superestimação dos indicadores. Algumas características importantes são que não temos um registro específico para estes usuários na UBS; é preciso realizar atividades educativas sobre fatores de risco como alimentação e atividade física. Devemos estimular os usuários a realizarem caminhadas (atividades gratuitas); incentivar os ACS a realizarem educação continuada durante as visitas domiciliares e promover o cuidado ao pé diabético (tenho conhecimento em Dermatologia).

Em relação à saúde do idoso– temos 307 idosos na área, sendo que somente 114 (37%) são acompanhados pela UBS; 50 (44%) estão com acompanhamento em dia; 70 (61%) deles têm HAS e 26 (23%) têm DM. Somente 40 (36%) deles tiveram os indicadores investigados sobre fragilização na velhice. Realizamos visitas domiciliares para este grupo etário; não há um dia específico para atendimento e também precisamos melhorar na oferta de orientações sobre atividade física, por exemplo. Somente 35% dos idosos tiveram a sua avaliação bucal realizada. O que é preciso fazer para que haja o melhoramento dos usuários idosos é ter um bom registro de cada atendimento e atividade; temos que incentivar o uso da Caderneta do Idoso; e é preciso formar grupos com idosos (educação em saúde).

Em relação à saúde bucal—na UBS, há 3 equipes de saúde da família, sendo que há somente 2 dentistas. Existe falta de materiais, que tendem a prejudicar o atendimento dos usuários; não há caderno ou registro para a saúde bucal; não há a realização de atividades coletivas pela falta de espaço para isso, quando há possibilidade, há falta de escovas dentais para distribuição. O dentista tem participado dos atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM, gestantes e também realiza visitas domiciliares. De forma geral, os usuários com necessidades de urgência (dor dentária, necessidade de tratamento endodôntico) são encaminhados a outras unidades; quando possível, eles são atendidos na UBS (resolutividade).

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

Fazendo uma comparação do texto “Qual a situação da ESF e APS em seu serviço” e o relatório de análise situacional, a diferença essencial é que o relatório está mais completo e abrangente, uma vez que a UBS teve seu diagnóstico realizado, tanto em termos de Estrutura, quanto processo e resultados.

Considero muito importante o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, pois me forneceu uma idéia mais sistematizada da UBS e da equipe; não só focar em dificuldades estruturais e sim fomentar a qualidade da atenção e assistência.

Fiquei muito surpresa com os dados da UBS, pois o Brasil é uma potência mundial, porém a saúde tem que ser uma prioridade para o governo, município e demais entidades e infelizmente, ainda temos muito o que melhorar ainda.

Além disso, é preciso ter o apoio dos gestores e demais entidades para que realmente a população seja assistida de forma mais qualitativa.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Em 2010, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial; 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração (BRASIL, 2013). Em relação a DM, também temos resultados importantes, tais como na Região Norte, estimativas da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2012) mostraram que entre os adultos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, 24,8% referem diagnóstico médico de HAS em Natal (RN) e para DM o resultado foi de 9% (VIGITEL, 2013).

A Unidade de Saúde Planície das Mangueiras, localizada em Natal, RN assiste mais de 10,000 pessoas, sendo que a equipe 87 é responsável por 2850 indivíduos. As coberturas dos Programas para usuários com HAS e DM segundo o CAP dos 590 estimados são acompanhados 187 usuários de 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 58 usuários com Diabetes mellitus (DM). Além das baixas coberturas, há necessidade de melhorias importantes relacionadas à qualidade dos serviços ofertados à população temos só 80% (150) de usuários com HAS com estratificação do risco cardiovascular, 83% (43) dos usuários com DM tem exames complementares em dia, só de 20% dos diabéticos tiveram os pé avaliados. Há falta de registros bem preenchidos e adequados; não há realização de atividades de educação, prevenção e promoção de saúde e há necessidade de maior participação do dentista para o cuidado à saúde bucal e maior cuidado ao pé diabético também.

A equipe está formada por um médico, uma enfermeira, um odontologista, um técnico de enfermagem, uma técnica de odontológica e seis agentes de saúde. Como possíveis limitações à implementação da intervenção, destacam-se a estrutura precária da UBS para a realização de atividades de educação; falta de medicamentos para os usuários na unidade não tem drogaria; falta de materiais para verificação do hemoglicoteste, pois temos glicômetro mas sempre falta fita e temos só um esfigmomanômetro para as três equipes, lamentavelmente não temos farmácia dentro da unidade. Há dificuldades de adesão por parte dos usuários aos tratamentos propostos e temos que realizar de forma mais contínua a busca ativa por usuários e realizar visitas domiciliares também. Também temos que incentivar a participação de todos os membros da equipe para ofertarmos uma atenção e assistência mais completas.

Diante deste contexto, é fundamental a realização de uma intervenção focada nos usuários com HAS e/ou DM, com o objetivo de melhorar a atenção e assistência; principalmente pela presença de baixas coberturas, assim como há necessidade de qualificação das ações destinadas aos indivíduos e famílias. A realização da intervenção também propiciará, direta ou indiretamente, uma melhoria na qualidade de vida [redução das comorbidades e sequelas. Além disso é preciso melhorar o acolhimento da unidade para um melhor atendimento dos usuários, organizar o fluxo e itinerário terapêutico.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção e assistência prestada aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família na área de abrangência da Unidade Básica Planície das Mangueiras no município de Natal / RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- **Objetivo 01:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

- Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 65% dos diabéticos de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- **Objetivo 02:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- **Objetivo 03:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

- **Objetivo 04:** Melhorar o registro das informações.
- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Objetivo 05:** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.
 - Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
 - Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Objetivo 06:** Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.
 - Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
 - Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
 - Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.
 - Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.
 - Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos hipertensos.
 - Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos diabéticos.
 - Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.
 - Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) (Planície das Mangueiras), no Município de **(Natal - RN)**. Participarão da intervenção todos os indivíduos de 20 anos ou mais com HAS e/ou DM. O registro do trabalho está presente no ANEXO A.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação: o cadastro dos usuários será realizado pelos agentes comunitários de saúde, as fichas e o caderno de registro ficarão a cargo da Enfermeira da Equipe e haverá realização de visitas domiciliares. A equipe realizará ações e visitará as famílias para verificar se todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos estão cadastrados, contando assim com auxílio dos ACS para tal tarefa. o monitoramento da ação será realizado por meio da ficha espelho (ANEXO B) e da Planilha de Coleta de Dados (ANEXO C). O preenchimento da Planilha de Coleta de Dados e da ficha espelho serão realizados pela médica da UBS e o caderno para controle e registro será preenchido pela enfermeira da equipe às sextas feiras.

Eixo: Organização e gestão do serviço

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

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e garantir a realização do hemoglicotestena unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Na organização e gestão do serviço, seria importante garantir que todos os usuários fossem acompanhados corretamente pela equipe e isso propiciaria um melhor controle das condições; uma das formas de controle é por meio da Ficha Espelho, já citada anteriormente; o preenchimento será realizado por todos os profissionais envolvidos na intervenção. Os materiais necessários à intervenção serão solicitados à gestão.

Eixo: Engajamento público

- 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 DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento da Ação: teremos que trabalhar em conjunto com os ACS para atrair a comunidade para a Unidade de Saúde; realizaremos a procura dos líderes comunitários, formaremos parte do conselho local de saúde ou pelo menos participaremos das reuniões para explicar a importância da intervenção para a comunidade, iremos realizar atividades de educação, prevenção e promoção de saúde, mesmo sem ter locais adequados e coletivos, pelo menos, realizaremos as atividades individuais durante a consulta com a enfermeira e o médico além disso , durante as consultas além disso . As palestras serão dirigidas a todos os usuários de todas as áreas não só de nossa área porquê de essa forma aumentamos a quantidade de pessoas educadas

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou 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 manuseio adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação: pretendemos realizar reuniões com a equipe para ler os Manuais oficiais, para o atendimento de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde; os profissionais deverão averiguar se os aparelhos, tais como, os esfigmomanômetros estão em condições ideais para o uso e se outros profissionais, como os técnicos em enfermagem estão mensurando adequadamente a pressão arterial sistêmica.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento da Ação –primeiramente, devemos realizar o exame clínico dos usuários, com o exame de glicemia capilar (HGT), verificação dos sinais vitais realizados na pré-consulta e complementar com o exame físico realizado pela médica; devemos cuidar o acesso dos usuários aos medicamentos (acesso) – a cargo da enfermeira, caso não haja o medicamento, deveremos anotar isso na ficha; se o usuário estiver com a Carteira do Hipertenso e/ou Diabético, devemos adicionar informações sobre os exames necessários recomendados pelo protocolo de manejo das condições.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Contar, de preferência, com apoio da gestão e da prefeitura pela oferta de cursos, por exemplo.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares
- Garantir com o gestor municipal agilidade p 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 registros das necessidades de medicamentos.

Detalhamento da Ação – devemos realizar uma pré-consulta completa, focando em sinais vitais (checagem) e incluir informações sobre Pressão Arterial, peso, altura e a circunferência abdominal dos usuários. Esses dados deverão ser anotados na Ficha, no cartão dos Hipertensos e diabéticos e no prontuário médico

dos usuários. Em relação à capacitação, é preciso que haja reuniões e diálogos para atualização constante e conversar com o gestor sobre os Protocolos Oficiais (estarem impressos na UBS).

Eixo: Engajamento público

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e qual seria a periodicidade para a realização dos mesmos.

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

Detalhamento da Ação –a orientação será ofertada, inicialmente, durante as consultas. Alguns temas propostos incluirão atividade física, alimentação saudável, uso de medicações, etc.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade para solicitação de exames complementares;

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;

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

Detalhamento da Ação –deveremos ter diálogos frequentes e avaliações sobre a forma de medir pressão arterial, avaliar a glicemia capilar e os sinais vitais.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos às ações.

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação - Ação será realizada durante os meses da intervenção, sendo os agentes de saúde e a técnica de enfermagem responsáveis pelo agendamento dos exames de sangue, urina, etc. A coleta será realizada na unidade, uma vez na semana - geralmente são marcados 60 usuários das quais 15 vagas serão destinadas aos hipertensos e/ou diabéticos, os quais serão agendados com prioridade no caderno de pedido de exames - o usuário já tem que sair da unidade com a data marcada para a realização de exames, nos usuários faltosos o agente de saúde fará a visita domiciliar com enfermeira para a correspondente solicitação de exames.

Eixo: Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação – sempre que houver a identificação de um usuário faltoso à consulta, será realizada a busca ativa, geralmente, feita pelos ACS e a equipe deverá ter um espaço para atender aos faltosos, podendo-se usar o espaço da agenda diária, destinados à demanda espontânea, uma vez que essas consultas excepcionais, provavelmente, não serão frequentes.

Eixo: Engajamento público

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

Detalhamento da Ação - durante as consultas, caberá a equipe informar a população sobre a necessidade da realização das consultas de forma periódica, conforme o protocolo do Ministério da Saúde, para evitar as complicações cardiovasculares, entre outras, causadas por essas doenças, que poderão ser controladas caso haja interação e comprometimento entre os usuários e

a equipe. A equipe fará palestras e orientações em um calendário previamente definido com temas e os responsáveis por cada fala os responsáveis das palestras são o médico, odontólogo e a enfermeira. Além disso, serão realizadas ações na comunidade, com vistas a desenvolver espaços de orientação, informação e cuidado na comunidade (aferição da pressão arterial e glicose), sob a responsabilidade de toda a equipe buscando a participação conjunta da comunidade.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da Ação –há necessidade de se trabalhar, em conjunto, com os Agentes Comunitários de Saúde para a transmissão de informações sobre educação em saúde.

Objetivo 4: Melhorar e organizar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação – as consultas serão registadas no prontuário, na ficha espelho e no Caderno de Registro. Haverá verificação constante, para ver se os dados serão digitados corretamente.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento 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 - todas as consultas realizadas pela equipe deverão ser registradas no prontuário, nas fichas espelho e certos dados no livro de registro.

Eixo: Engajamento público

- Orientar os usuários 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 - Durante as visitas domiciliares, consultas e atividades em grupo, informar a população sobre seus direitos sobre o acesso a segunda via dos seus registros.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento da Ação – é importante manter-se atualizado para repassar aos outros membros da equipe informações sobre o cuidado realizado na UBS.

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

Eixo: Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da Ação –acompanhar efetivamente (médica e enfermeira) se estão sendo realizadas as ações destinadas à avaliação de risco para doença cardiovascular. Os usuários que não tiveram sua estratificação de risco feita deverão ser acionados pelos ACS para que compareçam à UBS para consultar e para ser avaliado num dia a combinar.

Eixo: Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento da Ação – usuários de alto risco deverão ter prioridade no atendimento.

Eixo: Engajamento público

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

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

Detalhamento da Ação - a equipe deverá informar a todos os usuários quais são os seus riscos e orientá-los sobre quais são as medidas saudáveis que cada um tem que aderir para diminuir os danos causados pela HAS e/ou DM.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- 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 –a capacitação da equipe será realizada pela médica para melhorar o conhecimento da equipe sobre o registro do escore de *Framingham* bem como os usuários (conversa) sobre os fatores de risco modificáveis (alimentação, atividade física).

Objetivo 6: Promover a saúde aos hipertensos e/ou diabéticos

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da Ação - ação acontecerá durante todo o período da intervenção, sendo realizada no momento das consultas, nos espaços de grupos e ações coletivas (se houver possibilidade), visitas domiciliares e em atividades de sala de espera, sendo que a médica e a enfermeira deverão orientar sobre os riscos e complicações da hipertensão e/ou diabetes e a importância da realização dos exames complementares em dia. Os agentes comunitários de saúde, durante a visita nos domicílios, realizarão orientação sobre os direitos dos usuários além da importância da verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste. As metas serão alcançadas mediante a organização de reuniões com a comunidade e a formação do grupo de hipertensão e diabetes onde participarão todos os integrantes

da equipe da unidade de saúde e que acontecerá pelo menos duas vezes ao mês, durante o tempo que dure a intervenção.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- 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 maiores consultas para grupos de usuários que querem deixar de fumar no Programa antitabaco e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento da Ação – será pedido ao gestor materiais para a realização de atividades.

Eixo: Engajamento público

- 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, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da Ação - durante todas as atividades e nas consultas orientaremos a comunidade e principalmente os diabéticos e/ou hipertensos sobre a importância do controle nutricional de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal (dentes e próteses) corretamente. Convidaremos uma nutricionista para participar da intervenção.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso / 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 a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento da Ação – realizaremos uma capacitação para a equipe para aumentar o conhecimento, favorecer o “empoderamento” de todos. Todos serão convidados a participar.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores descritos a seguir são para a mensuração de cada meta proposta para a intervenção.

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Numerador: número total de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Numerador: número total de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos diabéticos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao objetivo 05: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada sobre usuários com Hipertensão e/ou Diabetes e utilizaremos o Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde do ano de 2013 (Cadernos de Atenção Básica, respectivamente, 37 e 36), como principal fonte de informações.

Adotaremos a ficha de acompanhamento da hipertensão e diabetes, além disso, utilizaremos os prontuários dos hipertensos e diabéticos já registrados na unidade. Coletaremos todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira serão as responsáveis pelo preenchimento das Fichas. Faremos contato com diretora da unidade básica de saúde da família para solicitar a quantidade suficiente de fichas de acompanhamento. Para o acompanhamento mensal da intervenção serão utilizadas as planilhas de coleta de dados e olharemos os prontuários, já que não há sistema eletrônico.

Sobre a organização do registro específico do programa os profissionais faremos um livro de registro identificando todos os hipertensos e/ou diabéticos. Os profissionais localizarão os prontuários dos usuários e transcreverão todas as

3 Relatório da Intervenção

Após a finalização da intervenção (duração de 12 semanas), é importante e necessário refletir sobre as características relacionadas ao trabalho, tanto em termos de operacionalização, quanto do cumprimento ou não das ações previstas pelo cronograma.

Conforme o curso orienta, através da intervenção foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Dentre os resultados qualitativos gerados a partir da intervenção, pode-se destacar o aumento das coberturas para os usuários com HAS e com DM; além disso, houve a qualificação dos serviços ofertados à população.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O cadastro dos usuários foi realizado pelos agentes de saúde, a enfermeira e pela médica da equipe, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram preenchidas nas visitas domiciliares e nas consultas na UBS.

A capacitação foi realizada nas primeiras semanas da intervenção sob a responsabilidade do médico da equipe, no entanto ainda não conseguimos realizar os cursos de atualização que solicitamos ao gestor. Lamentavelmente nem tudo depende somente de nós profissionais.

O monitoramento e acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade e o monitoramento do material necessário para a intervenção foi realizada mensalmente durante a reunião da equipe e a colaboração

da Gestão Municipal se deu através da disponibilidade do material necessário para a intervenção, sendo que ainda temos material suficiente para alguns meses.

O SIAB foi atualizado pela enfermeira da equipe e pela Secretaria de Saúde do distrito norte II, a atualização no sistema é realizada pela gestão municipal com os dados enviados pela equipe de saúde.

Todos os integrantes da equipe melhoraram muito o acolhimento aos usuários e cumprimos com o fluxograma. O acolhimento foi melhorado por meio da capacitação da equipe decidimos em reunião da equipe que duas pessoas ficariam responsáveis do acolhimento por dia. As consultas foram realizadas com prioridade, buscando assistir ao usuário em suas necessidades. Atualmente temos mais resolutividade, a realizamos uma consulta completa (anamnese, exame físico, estratificação de risco e solicitação de exames), encaminhando – se necessário – a médicos especialistas do município. Além disso, o usuário sai da consulta bem orientado com respeito as complicações e riscos, também promovemos a educação continuada por meio dos grupos de hipertensão e diabetes. No princípio os usuários não estavam acostumados a esse tipo de atendimento, mas com o tempo eles gostaram e muito, a equipe constantemente recebe felicitações pela iniciativa, mas no princípio foi um pouco difícil.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a manutenção de um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde não foi completamente realizada. Todos os medicamentos foram perdidos em virtude de chuvas e queda do teto durante a intervenção. Contudo, realizamos as receitas dos medicamentos para eles pegar na farmácia popular o nas unidades próximas.

Realizamos muitas solicitações de apoio ao gestor municipal no que se refere ao material de apoio à intervenção. Temos ainda as fichas espelho para os novos cadastros, mas o que se refere a esfignomanômetro e fita para realização de hemoglicoteste não recebemos o apoio esperado. Chegaram as fitas, mas não eram para nosso glicômetro, solicitamos também os cursos de atualização mais tampouco

obtivemos resposta satisfatória em contrapartida, tivemos o apoio incondicional do NASF.

As reuniões com grupos de usuários com HAS e/ou DM não ocorreu de forma quinzenal como planejada. Ela foi realizada, de acordo com as possibilidades do cronograma.

Uma das dificuldades no princípio foi o cadastro dos usuários acamados que dependiam da visita domiciliar para serem cadastrados, os mesmos precisavam de um familiar na casa para receber ao agente comunitário de saúde ou a enfermeira e muitas vezes os familiares trabalham e não podiam ficar em casa dificultando o cadastro. Contudo a intervenção vai continuar e pretendemos cadastrar a todos usuários.

Uns dos problemas que não conseguimos melhorar ainda são as filas que os usuários fazem para marcar a consulta, os usuários hipertensos e diabéticos diagnosticados recentemente à primeira consulta era marcada dentro da semana, mas tivemos dificuldades com a demanda espontânea que se véu prejudicada.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início, tivemos dificuldades sim no registro e na sistematização dos dados. Depois, após conversa e melhor compreensão, os dados foram corretamente inseridos tanto na ficha espelho quanto na planilha de coleta de dados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com certeza, a intervenção será incorporada na rotina do serviço, pois as ações já ocorrem no nosso cotidiano com a participação de todos. Vamos fazer uma reunião de equipe, onde vou demonstrar as questões positivas que alcançamos durante a intervenção, confirmando que a intervenção é para a comunidade e para o serviço. Ampliaremos também o trabalho de conscientização da comunidade, explicando o porquê da necessidade de priorização da atenção de hipertensão e diabéticos em especial os de alto risco. Continuaremos com o cadastro dos usuários no programa de hipertensão e diabéticos e persistiremos com a ficha espelho, para dessa forma aumentarmos os indicadores de cobertura e fazermos correto

monitoramento. Precisamos ainda ter uma reunião com o gestor para solicitarmos uma atualização profissional em hipertensão e diabetes. Desejamos assim superar os problemas encontrados na intervenção e aspiramos implementar pouco a pouco os outros programas preconizados pelo Ministério de Saúde.

Para os próximos passos na atenção aos hipertensos e diabéticos, vou desenvolver o grupo de fumantes porque percebi que tem muitos fumantes na área e temos que prestar maior atenção a esses usuários porque é um fator de risco para muitas doenças. Gostaria ainda de fazer junto com a comunidade uma campanha de semana do pé diabético, onde ampliaremos a discussão sobre a importância do cuidado da pele e do pé dos usuários diabéticos. Ainda gostaríamos de ensinar como realizar o curativo correto das úlceras e feridas nos diabéticos, além de apresentarmos alimentos e receitas de comida saudável para os usuários hipertensos e diabéticos respeitando a condição econômica do território. Dessa forma, para continuidade da intervenção no serviço, temos outras ações que queremos implementar e dar prosseguimento com todas que já vínhamos realizando e contaremos com o apoio de toda a equipe e também no NASF, que foi grande parceiro durante toda a intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como propósito melhorar a atenção a saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes, na Unidade de saúde Planície das Mangueiras, localizada na zona norte do município de Natal/RN. As ações foram desenvolvidas pela equipe 87 e foi desenvolvida em 12 semanas.

Esse tema é de grande relevância para a comunidade local, visto que a Hipertensão e a Diabetes são doenças crônicas silenciosas que precisam ser constantemente trabalhadas pela equipe de saúde, na comunidade, para que não se torne negligenciada.

Nossa equipe abrange uma área de 2850 usuários com uma estimativa de 433 hipertensos e 107 diabéticos, ambos com 20 anos ou mais, de acordo com dados da Planilha de Coleta de dados que se baseia na Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Abaixo, trazemos a descrição dos resultados alcançados durante a intervenção, bem como a avaliação quantitativa e qualitativa.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 1.1: Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de Saúde.

Indicador 1.1– Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 65% usuários dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de

Saúde.

Indicador 1.2– Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na Unidade de Saúde.

Com o objetivo de melhorar a cobertura na atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, tínhamos a meta de cadastrar 65% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Foram cadastrados 113 hipertensos e 58 diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde, alcançando uma cobertura de 26,1% para hipertensos (Figura 1) e 54,2% para diabéticos (Figura 2), respectivamente ao final da intervenção.

Durante os meses da intervenção tivemos 40 hipertensos cadastrados no primeiro mês o que equivale a 9,2% de cobertura, no segundo mês 77 usuários (17,8%), no terceiro mês 113 usuários (26,1%) (Figura 1).

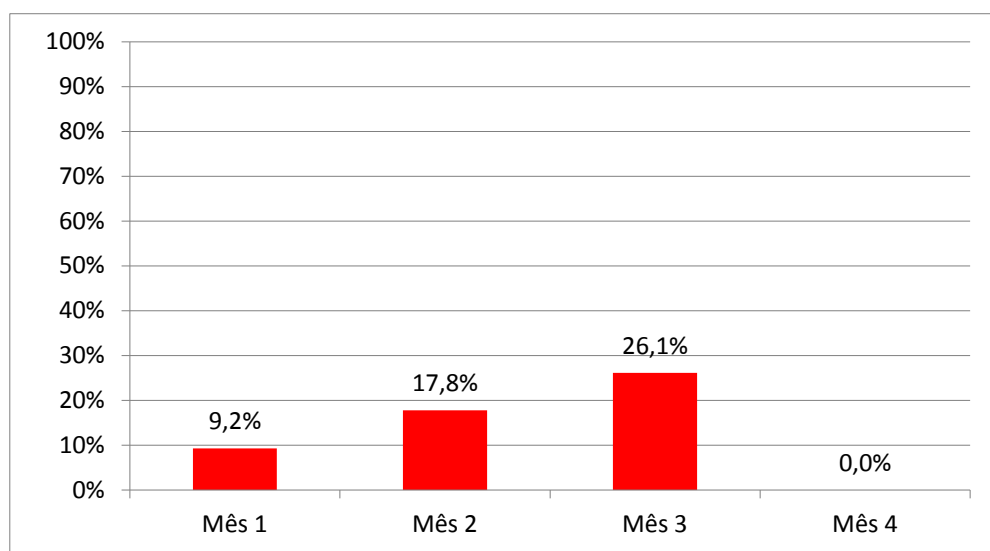


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Planície das mangueiras. Natal/RN, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Em relação aos usuários diabéticos, a meta inicial era ampliar a cobertura para um 65% ao longo dos três meses de intervenção, mas conseguimos cadastrar 58 (54,2%) usuários. Durante o primeiro mês cadastramos 12 usuários o que representa 11,2% de cobertura, no segundo mês 35 usuários (32,7%), no terceiro mês 58 usuários (54,2%)(Figura 2).

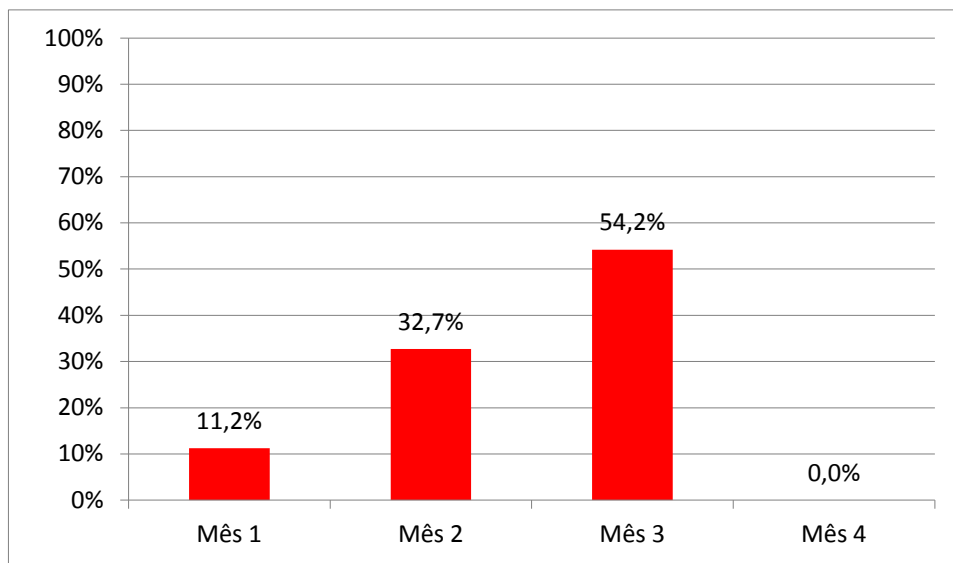


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Planície das mangueiras. Natal/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

A título de comparação com dos nossos resultados, com os dados encontrados na Análise Situacional, antes da realização da intervenção, segundo o caderno de ações programáticas, teríamos 590 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 169 com diabetes. Neste momento, de acordo com informações disponíveis, tínhamos cadastrados 187 usuários hipertensos o que correspondia a 32% e 58 usuários diabéticos que correspondia a 34%. A partir da intervenção, começamos melhor organizar os nossos registros e a ação programática e preferimos trabalhar com os dados da Planilha de Coleta de Dados, de forma que tivemos uma estimativa de 433 hipertensos e 107 diabéticos, ambos com 20 anos. Ao finalizar a intervenção podemos observar que em relação os números anteriores dos usuários acompanhados, houve um decréscimo dos cadastros dos usuários hipertensos (113 usuários) e não houve melhoria com relação aos usuários diabéticos (58 usuários cadastrados). No entanto, com os resultados, chegamos na conclusão de que os registros que tínhamos antes de começar a intervenção não eram atualizados, não eram corretos, sendo os mesmos eram muito antigos e muitos dos usuários que estavam registrados como acompanhados já tinham falecido ou não moravam mais na área, por isso a equipe trabalhou como dados estimados para área porque não tínhamos informações atualizadas. Pudemos visualizar assim que ao longo da intervenção, houve uma evolução progressiva dos nossos indicadores e

como neste momento, apostamos na reestruturação dos nossos registros, acreditamos que os resultados refletem a melhoria progressiva dos indicadores.

Para realização do cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos, contamos com ajuda dos ACS que estiveram sempre na procura dos usuários hipertensos e diabéticos da área. Durante a primeira consulta já realizávamos o cadastro dos usuários no programa e se agendava a próxima consulta conseguindo uma captação imediata. Além disso, a equipe esteve sempre vigilante para cadastrar novos usuários no programa. Não atingimos nossa meta, nosso micro área é bastante extensa e temos uma demanda grande em nossa unidade, o fato do tempo da intervenção ter sido reduzido também implicou na dificuldade do atingimento da meta, pois levamos um tempo até organizarmos de fato todas as ações e equipe. Além disso, a unidade fechou para reformas o que produziu muita insegurança nos moradores que faltavam às consultas porque pensavam que não tinha médico.

A intervenção irá continuar, e estamos almejando cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos através da busca ativa.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de Ampliar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

Indicador 2.2 : Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Com o objetivo de melhorar os indicadores referentes à qualidade de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos, tínhamos a meta de realizar exame clínico apropriado a 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante os três meses de intervenção pudemos observar uma evolução favorável nos indicadores e realizamos um exame clínico apropriado a todos os usuários hipertensos e diabéticos agendados chegando a 100% de usuários examinados para hipertensos (100%) e diabéticos, em todos os meses. Em relação

aos hipertensos, tivemos 40 cadastrados (10%), no segundo mês foram 77 usuários (100%) e no terceiro mês foram 113 hipertensos (100%) (Figura 3). Com relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 12 usuários (100%) o segundo mês 35 usuários o que corresponde a 100%, no terceiro mês 58 usuários o que corresponde a 100%.

Atingimos nossa meta inicial, uma das dificuldades foi que alguns usuários perdiam as consultas, mas já nas primeiras semanas esse problema foi resolvido, pois os ACS ligavam aos usuários previamente agendados para lembrar a eles da consulta. O médico foi quem realizou o exame clínico apropriado de acordo ao protocolo recomendado pelo Ministério de Saúde, todos os dados eram registrados na ficha espelho de cada usuário hipertenso e diabético.

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

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

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

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

Os usuários hipertensos e diabéticos na consulta clínica recebiam a solicitação de exames complementares preenchida pelo médico de acordo ao protocolo do ministério da saúde, e os fatores de risco dos usuários segundo Framingham. Também conseguimos atingir esta meta, em todos os meses. No primeiro mês solicitei 40 exames a usuários hipertensos (100%) e 12 usuários diabéticos (100%), no segundo mês 77 usuários hipertensos (100%) e 35 (100%) diabéticos, no terceiro mês 113 hipertensos (100%) e 58 diabéticos (100%).

Os exames são realizados também na própria unidade e para a maioria dos exames, conseguimos efetivar em nossa unidade. Quando não tínhamos vagas, tivemos a colaboração da unidade de Vale dourado que fica próxima à nossa unidade e lá se realiza a coleta de 50 usuários dos quais 15 vagas são prioritárias para os usuários hipertensos e diabéticos às quartas, também os usuários podem realizar os exames no centro clínico, mas lá não tem prioridade nenhuma é por ordem de chegada.

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

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

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Perdia priorizada

Desde os primeiros dias de atendimento na unidade Planície das Mangueiras demos preferência na prescrição dos medicamentos da farmácia popular, mas com o transcurso do tempo a unidade ficou sem farmácia, porque a área física destinada alagou e todos os medicamentos estragaram e a farmácia precisou fechar. Agora que estamos na unidade de Bela Vista que tem drogaria contamos com a medicação necessária para nossos usuários. Mas frente às dificuldades tivemos o apoio da farmácia popular que fornecia os medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos chegando a atingir a 100% de prescrição dos usuários em todos os meses.

No primeiro mês foram 40 usuários hipertensos (100%) e 12 diabéticos (100%), no segundo mês 77 hipertensos (100%) e 35 diabéticos (100%) e no terceiro mês 113 usuários hipertensos (100%) e 58 diabéticos (100%).

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

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

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

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

A equipe teve o apoio incondicional da odontóloga e ela ficou muito emocionada com a intervenção. Implementamos, na unidade, uma agenda para marcação das

consultas odontológicas dos usuários hipertensos e diabéticos. No último mês de intervenção, ela ficou de licença Premium e os atendimentos odontológicos ficaram no centro odontológico norte, onde o odontólogo da equipe 83 realizava os atendimentos de doze usuários de nossa área, todas as sextas. O agendamento é de responsabilidade dos agentes de saúde. Durante o processo de mudança, a médica também continuou com as atividades de avaliação de atendimento odontológico chegando desse jeito a nossa meta com uma cobertura de 100 %, em todos os meses. Dessa forma foram 34 hipertensos e 12 diabéticos, no segundo mês 77 hipertensos e 35 diabéticos culminando no terceiro mês com 113 hipertensos e 58 diabéticos.

Uma das maiores dificuldades que a odontóloga referia nas reuniões da equipe foi a falta de material para realização dos tratamentos, mas os usuários ficaram satisfeitos porque eram encaminhados para o centro odontológico norte onde eram atendidos com prioridade.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de ampliar a Adesão a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

Durante o processo de intervenção, fomos à procura de todos os hipertensos e diabéticos faltosos e atingimos a meta em 100 % em todos os meses. No primeiro mês foram 34 hipertensos e 12 diabéticos, no segundo mês 77 hipertensos e 35 diabéticos culminando no terceiro mês com 113 hipertensos e 58 diabéticos.

O médico realizou atendimento clínico aos usuários hipertensos e diabéticos e continuamente constatava a agenda para ter certeza de que todos os usuários compareceram à consulta. Em caso de alguma falta, o agente de saúde era informado e era o responsável da busca ativa desse usuário. Além disso, durante a

reunião, a equipe se decidiu que cada agente ligaria um dia antes aos usuários agendados. Dessa forma os usuários não esqueceram a consulta agendada previamente. No princípio, mesmo com a ligação, alguns faltavam, mas com o transcorrer do tempo melhorou significativamente.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Mantemos o registro específico dos hipertensos e diabéticos, em todos os meses. Ao longo da intervenção tivemos 40 usuários hipertensos no primeiro mês, 77 no segundo mês e 113 no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, tivemos 12 no primeiro mês, 35 no segundo e 58 no terceiro.

Por meio do preenchimento do caderno exclusivo de registro de hipertensos e diabéticos, em conjunto com a ficha espelho se conseguiu um acompanhamento melhor do processo de intervenção no dia a dia. Atualmente todas as fichas espelho se encontram preenchidas pelos ACS, enfermeira e o médico para podermos dar continuidade ao projeto de intervenção, incorporando estes instrumentos em nosso serviço de saúde. O registro também nos permitiu identificar os usuários hipertensos e diabéticos que não estão vindo na UBS, como também os usuários que tem alguma pendência em seu acompanhamento.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Durante a consulta, o médico e a enfermeira realizavam a avaliação do risco cardiovascular que é de fundamental importância para a orientação da conduta terapêutica e prognóstico de cada paciente. A estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia foi cumprida em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, em todos os meses. Sendo assim, foram avaliados 40 usuários hipertensos no primeiro mês, 77 no segundo mês e 113 no terceiro mês. Com relação aos diabéticos 12 foram avaliados durante o primeiro mês, 35 no segundo mês e 58 no terceiro mês.

Já na primeira consulta, o médico e a enfermeira realizavam a estratificação do risco cardiovascular para os fatores de risco, doenças cardiovasculares e lesões de órgãos alvos e cada usuário foi avaliado através do escore de Framingham. Seria também importante que os encaminhamentos para cardiologista e oftalmologista fossem mais rápidos, pois geralmente há uma demora de 5 meses.

Metas e indicadores referentes ao objetivo

6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

Estas metas foram cumpridas em 100%, todos os meses, sendo 40 usuários com hipertensão no primeiro mês, no segundo mês 77, culminando o terceiro mês com 113. Em relação aos diabéticos, foram 12 usuários no primeiro mês, 35 no segundo mês, culminando com 58 no terceiro mês.

A orientação nutricional saudável era sempre realizada durante o atendimento clínico na Unidade, nas visitas a domicílio. Contamos com o apoio do nutricionista

que realizou palestras para os usuários hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, dando instruções também sobre plantas medicinais. As palestras foram muito instrutivas e satisfatórias e sempre dialogando sobre uma alimentação adequada e saudável, levando em conta a realidade dos usuários. No princípio eles não compreendiam muito porque tinham que mudar a qualidade da alimentação, as vezes falavam que não iam a cumprir com as indicações, mas o grupo de hipertensão e diabetes foi crucial porque eles intercambiavam ideias e dicas de dietas para melhorar então todos começaram as mudanças de vida porque realmente perceberam os benefícios.

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

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

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

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

Durante a intervenção, a orientação sobre prática regular de atividade física foi feita a todos os usuários, o que corresponde a 100% dos usuários em todos os meses. Dessa forma, tivemos 40 usuários hipertensos no primeiro mês, 77 no segundo mês, e 113 no terceiro mês. Referente aos usuários diabéticos, foram 12 no primeiro mês, 35 no segundo mês, e 58 no terceiro mês chegando a cumprir com nossa meta proposta em um 100%.

Consideramos esta meta muito importante já que diminuí os fatores de risco, por isso a equipe realizava as orientações sempre que podia (visita no domicílio, consulta médica, consulta com a enfermeira). Uma das coisas que ajudou muito a melhorar nossas orientações e também possibilitar a realização de atividade física regular pelos usuários foi a colaboração do educador físico uma vez na semana, na unidade. Temos um grupo de caminhada na nossa USF, mas com a ajuda do educador físico, o grupo ficou mais organizado e com mais atividades a serem realizadas.

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

hipertensos.

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

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

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

Durante a realização das consultas médicas e de enfermagem, realizamos orientações a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, em todos meses. Dessa forma, tivemos 40 usuários hipertensos no primeiro mês, 77 usuários no segundo mês e no terceiro mês, 113 usuários foram orientados. Referente aos diabéticos, foram orientados sobre o risco de tabagismo 12 usuários no primeiro mês, 35 no segundo mês, e 58 no terceiro.

Para cumprir com essa meta toda a equipe se preparou para poder dar as orientações com segurança, sendo realizadas durante a consulta médica, odontológica, de enfermagem, assim como pelos agentes de saúde. As orientações foram também realizadas durante o tempo de espera entre as consultas e durante a visita domiciliar, além de realizarmos palestras educativas de prevenção. Para isso contamos com o apoio incondicional do pessoal do NASF.

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

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

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

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

Durante o período de intervenção a equipe realizou as orientações necessárias para uma boa higiene bucal, atingindo os todos os usuários. Chegamos a 100% dos usuários, em todos os meses, sendo 40 hipertensos no primeiro mês, 77 usuários no segundo mês e 113 usuários no terceiro mês. Nos diabéticos no primeiro mês foram 12 usuários, no segundo mês 35 usuários e no terceiro mês 58 usuários.

Para cumprir com nossa meta, a odontóloga deu uma palestra para a equipe sobre higiene bucal. Quando, ela precisou sair de licença, a médica realizou as respectivas orientações.

4.2 Discussão

O processo de intervenção na UBS Planície das Mangueiras foi muito positivo, pois mesmo não atingindo a cobertura proposta para os usuários hipertensos e diabéticos, melhoramos de forma significativa a qualidade da atenção aos mesmos. Para os usuários diabéticos, faltou muito pouco para atingir a meta de cobertura, mas com o transcurso do tempo, com certeza vamos atingir a meta proposta.

Uma das coisas mais significativas da intervenção foi a melhoria do atendimento ao público alvo, adotando os protocolos do Ministério da Saúde. Fizemos a capacitação de toda a equipe e todos se empenharam muito na busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos. Conseguimos melhorar significativamente os registros dos usuários, o que nos deu informações de todo o acompanhamento, nos fazendo atentar para os usuários que estavam com pendências. Os usuários que foram cadastrados (113 hipertensos e 58 diabéticos) compareceram a consulta onde foi preenchida a ficha espelho que é um documento muito importante para o acompanhamento já que resume a condição atual do usuário. Antes da intervenção não existia na UBS um processo de estratificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos, mas agora todos os usuários que foram cadastrados estão com a sua estratificação, segundo o escore de Framingham o que favorece muito o controle e o agendamento posterior das consultas. A equipe garantiu uma boa orientação nutricional para uma alimentação saudável, além de estimulamos a realização de atividade física.

Tivemos, assim, grandes ganhos para a equipe, para o serviço e para a comunidade. Toda a equipe, atualmente, sabe a importância do trabalho integral e multidisciplinar para os usuários e busca realizar ações de forma a efetivá-lo. A intervenção demandou que a equipe se capacitasse para adotar as recomendações do ministério de saúde, referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, e monitoramento da hipertensão e diabetes. Desde o início da intervenção estivemos unidos e todos colaboraram em todas as atividades para benefício dos usuários.

Dentro das atribuições e responsabilidades de cada um dos integrantes da equipe, a médica realizou a solicitação de material, o preenchimento da planilha de coleta de dados e a ficha espelho, o monitoramento da medicação dos hipertensos e diabéticos, a capacitação da equipe para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, bem como orientou e informou à comunidade. Com a capacitação realizada pela odontóloga, quando esta saiu de licença, também realizou orientações e avaliação em higiene bucal. Dentre as responsabilidades da enfermeira estiveram o preenchimento do caderno de acompanhamento dos usuários, a atualização do SIAB e a realização da triagem e acolhimento. As Técnicas de enfermagem também realizaram a triagem e acolhimento, estando responsáveis por aferir a pressão arterial e realizar o hemoglicoteste. Os agentes de saúde trabalharam muito e fizeram a busca ativa de usuários faltosos à consulta, além do agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos. O odontólogo realizou consulta, dando prioridade para aos usuários hipertensos e diabéticos, ofertando informação, avaliação e atendimento em saúde bucal, informando e orientando continuamente na realização de higiene bucal.

Antes do processo de intervenção a Unidade realizava registros, mas estes não estavam atualizados e ficava nos faltando algumas informações importantes. O agendamento dos usuários não tinha prioridade e toda a atenção dispensada era à demanda espontânea. Após a intervenção, conseguimos trabalhar com uma demanda organizada e planejada, através da estruturação da ação programática para Hipertensos e Diabéticos. Atualmente, no serviço, os registros também melhoraram e a utilização da Ficha espelho nos possibilitou visualizar as pendências e organizar busca-ativas. Dessa forma, podemos apontar que a intervenção trouxe melhorias para o serviço, na organização de uma atenção programada, estruturando os agendamentos, na qualificação dos registros e na organização do processo de trabalho da equipe.

Com a criação do grupo de hipertensos e diabéticos, a equipe realizou a atenção a um maior grupo de pessoas e através das reuniões e palestras com a comunidade, pudemos realizar ações de prevenção e educação em saúde. Dessa forma, a intervenção trouxe ganhos para a comunidade, pois os usuários e comunidade estavam mais conscientes dos riscos das doenças, sabendo como preveni-las e diminuir complicações. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido decisiva para apoiar a priorização dos atendimentos dos

mesmos no âmbito médico, odontológicos e exames clínico, etc. A prática das reuniões da equipe melhorou muito a comunicação tanto dos componentes da equipe como a nossa integração com a comunidade, passando a lutar todos ombro a ombro com a finalidade de melhorar a qualidade de atendimento dos usuários.

No início, tivemos algumas dificuldades para que a comunidade percebesse a importância da intervenção, mas o com o transcurso do tempo, esta foi sendo mais aceita. A equipe realizou reuniões com os usuários com a finalidade de explicar a importância do atendimento de qualidade e a respeito das ações programáticas de saúde, assim como das ações de prevenção e educação. Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade para o atendimento médico, odontológico, exames clínicos, embora, tivemos descontentamento dos outros membros da comunidade com referência à prioridade que a unidade tem para os hipertensos e diabéticos. Mas a equipe está realizando informações contínuas durante a consulta, visita no domicílio, informando o porquê do projeto e quais são os benefícios do mesmo para a comunidade. Ainda temos muitos hipertensos sem cobertura, mas a equipe está trabalhando para ampliar a mesma.

A comunidade está participando mais da unidade e está mais informada de todas as atividades da intervenção. Os usuários da comunidade estão colocando em prática as informações passadas e a partir do controle, estão diminuindo mais os fatores de risco e impedindo as complicações a longo prazo, porque também fazemos o diagnóstico oportuno da doença.

A intervenção provocou também uma inter-relação positiva com a gestão e com a comunidade. Com a intervenção foi possível visualizar as dificuldades de todo o serviço, bem como da rede de apoio diagnóstico e laboratorial e de toda a rede especializada. Agora, temos identificadas de forma mais forte estas dificuldades e com a comunicação com a gestão, foi possível dialogar sobre estas barreiras, bem como fazer o levantamento de formas de superar os entraves. Aos poucos, fomos batalhando com essas dificuldades e atualmente priorizamos a qualidade de atendimento e não a quantidade.

Com o fim da intervenção, percebo que a equipe está-se integrando cada vez mais incorporando a intervenção na rotina do serviço, mas ainda temos que melhorar a comunicação dos integrantes de equipe, com a gestão, superar as dificuldades encontradas durante a intervenção.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início das atividades da análise situacional tivéssemos discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, incluindo esta discussão nas reuniões junto ao gestor pelo menos uma vez por mês, tendo maior apoio dos gestores.

Poderíamos, também, antes da intervenção, ter desenvolvido melhor comunicação com a comunidade para explicar critérios para priorização da atenção, debatendo a melhor forma de implementar isso para que todos fiquem atendidos.

5.- Relatório da intervenção para gestores

A/C da Secretaria de Saúde de Natal RN

O presente relatório tem como finalidade apresentar os resultados obtidos após as 12 semanas de intervenção, no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe 87 da Unidade Planície das Mangueiras no período de 21 de setembro de 2014 a 8 de junho de 2015. Neste período, tive a licença de maternidade e precisei me ausentar das atividades, retomando com as atividades em 6 de abril do 2015, sendo contabilizadas as 12 semanas de intervenção.

A escolha dessa ação programática como foco baseou-se na presença de complicações que a comunidade apresentava pela falta de conhecimento das doenças e pela falta de informação sobre estas patologias. Além disso, na unidade não tínhamos um registro atualizado dos hipertensos e diabéticos e nossa cobertura era muito baixa, sendo uma das áreas que precisava de nossa intervenção.

Com a intervenção, conseguimos uma articulação da equipe e da população e com o apoio da gestão, melhoramos a atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa unidade. Considerando os dados da VIGITEL (2011), o número de usuários com 20 anos ou mais com hipertensão é de aproximadamente 22,7% da população nacional e os diabéticos é de 5,6%. Dessa forma, temos 2850 pessoas em nossa área de abrangência e de acordo com os dados da VIGITEL, temos uma estimativa de 433 usuários com 20 anos ou mais com hipertensão e 107 usuários com diabetes. Ao final da intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar 113 hipertensos o que nos dá uma cobertura de 26,1% e 58 diabéticos (54,2 %). Precisamos assim investir mais na expansão das ações, captando e acompanhando todos os usuários e diabéticos do nosso território. Apesar de não termos conseguido

atingir as metas, foi possível visualizar a evolução progressiva dos nossos indicadores, a cada mês. Em relação aos hipertensos, por exemplo, tivemos 40 hipertensos cadastrados no primeiro mês o que equivale a 9,2% de cobertura, no segundo mês 77 usuários (17,8%), no terceiro mês 113 usuários (26,1%) (Figura 1). Já em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês cadastramos 12 usuários o que representa 11,2% de cobertura, no segundo mês 35 usuários (32,7%), no terceiro mês 58 usuários (54,2%) (Figura 2).

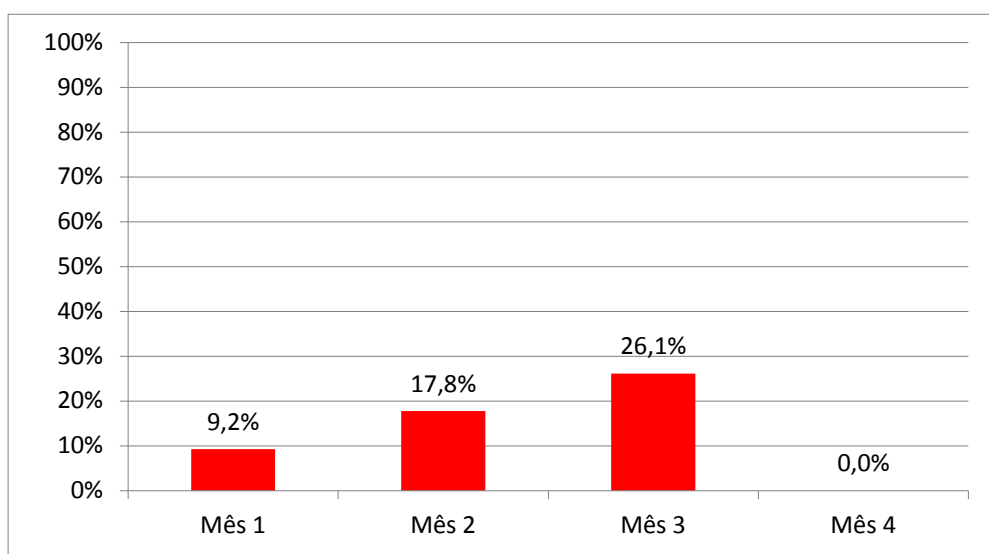


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Planície das mangueiras. Natal/RN, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

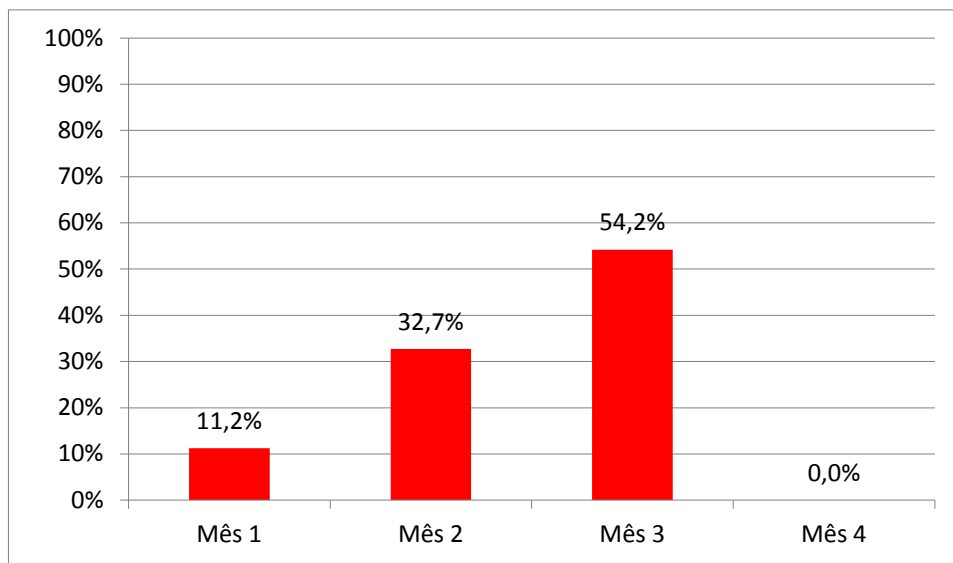


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Planície das mangueiras. Natal/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Tivemos grandes ganhos para o serviço, para a comunidade e para a equipe. Com a intervenção, capacitamos a equipe (médico, ACS, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e equipe de odontologia) no que se refere a qualidade de atendimento e conseguimos acompanhar todos os usuários cadastrados em nossa USF, em todos os meses, para as ações preconizadas nos protocolos de atenção do ministério da saúde.

Estimulamos a realização das reuniões da equipe, facilitando o acesso, através do agendamento prioritário de acordo com o risco cardiovascular do usuário, priorizamos as consultas pautadas nos protocolos do Ministério da Saúde (para os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos) e realizamos prevenção e promoção de saúde através das informações passadas na sala de espera sobre o que é hipertensão e diabetes e sobre a importância de um diagnóstico precoce, bem como debatendo nos grupos de convivência acerca de temas relacionados com essas doenças baseadas, sobretudo em prevenção e educação.

Realizamos busca ativa dos usuários faltosos às consultas de rotina através dos ACS e todos os usuários foram monitorados em relação aos exames complementares e ao uso da medicação, com os encaminhamentos pertinentes e necessários. Além disso, priorizamos a prescrição de medicação pela farmácia básica, brindando ao usuário um atendimento de qualidade, com a aferição da

pressão arterial e realização do hemoglicoteste, assim como orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, importância de controles regulares e avaliação de peso, higiene bucal, avaliação de situações de risco e estratificação cardiovascular, tabagismo, etc.

Posso afirmar que a intervenção melhorou muito a qualidade da atenção oferecida aos usuários hipertensos e diabéticos e que facilitamos o acesso, criando registro adequado e qualificando a equipe. Essas melhoras foram amparadas pela gestão municipal, quando foram disponibilizados materiais impressos (fichas-espelho), o que possibilitou o cuidado integral e uniforme dos usuários hipertensos e diabéticos. Por fim, confiamos que com o tempo haverá uma melhor cobertura e adesão da população para o cuidado integral do usuário, sendo que, para isso, esperamos contar com o apoio da gestão.

Lamentavelmente senti a falta de apoio da gestão no que se referi aos materiais necessários para a intervenção, solicitamos esfigonânmetro e não chegou, solicitamos fitas de hemoglicoteste e quando chegaram as fitas, estas não eram para o glicômetro que nós tínhamos. Além disso, solicitamos os cursos de atualização para a equipe, mas não obtivemos resposta a nosso pedido. Dessa forma, trazemos os materiais e capacitação como aspectos que ainda precisamos de um maior apoio para que as ações possam continuar ocorrendo em nossa realidade com o objetivo de ampliar o número de pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas em nosso serviço, além de continuarmos investindo na qualidade das ações realizadas de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade

Com este relatório, viemos dialogar com vocês, os resultados da intervenção realizada com a população da nossa área (Equipe 87), durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos de atenção Básica 36 e 37).

Escolhemos trabalhar com os hipertensos e diabéticos, neste momento, pela necessidade de atender à população com essas doenças, com a finalidade de reduzir as possíveis complicações que podem ser evitadas com um diagnóstico precoce, acompanhamento rotineiro e com qualidade. Para isso, começamos com a busca das informações sobre a comunidade e a cobertura do programa em nossa unidade, para planejar as ações e as metas a serem cumpridas. Além de tudo isso a equipe penso em hipertensão e diabetes porque não tínhamos dados atualizados de quantos usuários hipertensos e diabéticos temos na área com certeza que muitos dos usuários nem perceberam que podem ter essas doenças, antes da intervenção tínhamos 187 usuários cadastrados com hipertensão e 58 usuários diabéticos, mas esses dados estão completamente desatualizados alguns usuários já morreram e muitos mudaram de domicílio

Tivemos bons resultados com a intervenção, embora ainda existam questões importantes a serem melhoradas. Destacamos que o cadastro dos usuários foi realizado, e ao final, tivemos 113 (26,1%) dos estimados 433 usuários hipertensos e 58 dos 107(54,2%) usuários com diabetes do nosso território. Acreditamos que com o tempo, vamos conseguir identificar, captar e acompanhar todos os usuários de nossa área. Conseguimos melhorar a atenção de todos os usuários cadastrados, através do acompanhamento periódico em que realizávamos a aferição de pressão

arterial, a solicitação de exames complementares e a prescrição de exames clínicos em dia, etc. Estas ações permitiram que os profissionais conhecessem melhor a saúde de cada um, facilitando buscar faltosos através dos registros que foram construídos para a intervenção.

Com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças, foram realizadas palestras e rodas de conversa contemplando assuntos fundamentais para o dia a dia dos usuários como por exemplo, a alimentação saudável, a importância da realização de atividade física regular e a higiene bucal. Foram agendadas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com o risco cardiovascular, de acordo com as características clínicas de cada um. Nos aproximamos mais da vida do usuário, evitando filas e stress para os usuários.

Desejamos dar continuidade com as ações realizadas na rotina de serviço, melhorando cada vez mais os registros dos usuários, conseguindo uma melhor comunicação com os Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a realização da busca ativa dos faltosos. Precisamos ainda que todos os usuários de nosso território com Hipertensão e Diabetes sejam identificados e acompanhados na USF. Mas, temos certeza de que a intervenção trouxe melhorias significativas para os usuários de toda a comunidade e com o decorrer do tempo conseguiremos alcançar este objetivo, além de manteremos a qualidade de atendimento e das ações até agora desenvolvidas.

Para finalizar, gostaríamos de agradecer a todas as pessoas da comunidade pelo apoio e compreensão durante toda a intervenção, como também destacar que os esforços estão sendo muito proveitosos para à comunidade, de modo que todos da UBS e da população estaremos trabalhando juntos para melhorar o nosso serviço.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso foi de vital importância, para que os profissionais tenham condições de trabalhar na Atenção Primária em Saúde. Por exemplo, pela Unidade 1 – Análise Situacional, foi possível identificar todas as dificuldades, limitações e potencialidades. Assim, nós temos mais condições de otimizar o cuidado integral à população.

Também melhorei o meu conhecimento sobre as ações programáticas, principalmente, envolvendo usuários com HAS e/ou DM e entendi a importância do trabalho em equipe para um adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família.

A realização de casos clínicos colaborou bastante com nossa atualização, uma vez que é importante que conheçamos os Protocolos e Manuais Oficiais. Os Fóruns também foram importantes, pois havia muito diálogos e colaborações entre os estudantes e orientadores.

Em relação à intervenção, também posso mencionar que houve maior união entre equipe e a comunidade. Tivemos, no início, dificuldades, principalmente, em relação à estrutura, e mesmo assim, unimos forças para ofertar um cuidado melhor aos usuários com HAS e/ou DM.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados




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						FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data	Apresentação					Data					
Hidroclorotiazida 25mg						Glicemia de Jejum					
Captopril 25mg						HGT					
Propranolol 40 mg						Hemoglobina glicosilada					
Enalapril 10 mg						Colesterol total					
Atenolol 25 mg						HDL					
Metformina 500 mg						LDL					
Metformina 850 mg						Triglicerídeos					
Glibenclamida 5mg						Creatinina Sérica					
Insulina NPH						Potássio sérico					
						Triglicerídeos					
						EQU					
						Infecção urinária					
						Proteinúria					
						Corpos cetônicos					
						Sedimento					
						Microalbuminúria					
						Proteinúria de 24h					
						TSH					
						ECC					
						Hemograma					
						Hematócrito					
						Hemoglobina					

Anexo C-Ficha espelho

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1															
Índice dos para Cole	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade e de atendimento	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A	estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante