

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - RN

Coralia Cuenca Rodriguez

Pelotas, 2015

Coralia Cuenca Rodriguez

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - 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: Aline Gomes Oliveira do Nascimento.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R696m Rodriguez, Coralia Cuenca

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - RN / Coralia Cuenca Rodriguez; Aline Gomes De Oliveira Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Nascimento, Aline Gomes De Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

- Aos meus filhos Jonathan e Coral por sua paciente espera.
- Ao meu esposo por seu apoio constante durante minha estadia no Brasil.
- Aos meus pais por sua ajuda incondicional.
- A Revolução Cubana por permitir realizar nossos sonhos.

Agradecimentos

A Universidade Federal de Pelotas por permitir-me aumentar meus conhecimentos na Medicina Familiar em Brasil. A minha orientadora Aline Gomes Oliveira do Nascimento, por sua ajuda constante durante o Curso de Especialização em Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde por fornecer os instrumentos da intervenção. A equipe de saúde da UBS de Boa Cica por conseguir incorporar a rotina diária do programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus do SUS. A comunidade de Boa Cica por sua participação ativa nas atividades desenvolvidas durante a intervenção. Enfim, a todos os que contribuíram para os resultados deste trabalho.

Resumo

CUENCA Rodriguez, Coralia. GOMES de Oliveira Nascimento, Aline. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - RN.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, aumentando com a idade. O Diabetes mellitus (DM) tem uma prevalência na população acima de 18 anos de 5,3% que vem aumentando para 5,6%, entre 2006 e 2011, e é referida por 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos. O DM e a HAS são as primeiras causas de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo de nosso trabalho é melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Boa Cica, Touros - RN. A intervenção foi realizada em um período de 12 semanas. Buscamos ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos para 50%, melhorar sua qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, melhorar registro das informações, mapear o risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Ao iniciar a intervenção tínhamos cadastrados apenas 160 usuários hipertensos com 34% de cobertura segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Percebemos que essa não era nossa realidade, levamos em consideração a população adstrita cadastrada com base populacional para o início de nossa intervenção, ao longo da mesma realizamos cadastramento de 29 casos novos, aumentando os usuários hipertensos para 189 o número total de cadastrados. Relacionado ao acompanhamento dos usuários com Diabetes Mellitus, ao iniciar a intervenção tínhamos 43 usuários diabéticos, 32% segundo a estimativa do CAP. Percebemos que essa não era nossa realidade, levamos em consideração a população adstrita cadastrada, com base populacional para o início de nossa intervenção, ao longo da mesma realizamos cadastramento de 13 casos novos aumentando para 56 usuários diabéticos. Além disso, melhoramos a adesão ao programa através das visitas domiciliares a todos os usuários faltosos às consultas. Foram preenchidas fichas de acompanhamento, de estratificação do risco cardiovascular e garantimos a orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Com a intervenção conseguimos melhorar a atenção à saúde da população-alvo realizando um diagnóstico precoce para evitar complicações graves e fortalecemos o grupo de Hipertensão e Diabetes e as atividades oferecidas à comunidade. A intervenção teve importância para os serviços já que as ações previstas no projeto foram incorporadas a rotina diária do serviço, por uma maior incorporação da equipe e as lideranças da comunidade nas atividades programadas. A equipe ficou mais fortalecida nos conhecimentos do programa com o que melhorou a qualidade da atenção destes usuários.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na unidade de saúde, na UBS de Boa Cica, Touros, RN.	65
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos na unidade de saúde, na UBS de Boa Cica, Touros, RN.	66
Figura 3	Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Boa Cica, município Touros, RN	68
Figura 4	Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Boa Cica, município Touros, RN	69
Figura 5	Proporção de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde, na UBS de Boa Cica, município Touros, RN.	71
Figura 6	Fotografia em atendimento clínico.	85
Figura 7	Fotografia em capacitação com a equipe de saúde.	85
Figura 8	Fotografia em atividade com a comunidade.	86
Figura 9	Fotografia em atividade com grupo de HIPERDIA.	86

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HIPERDIA	Programa de atenção a HAS e DM
MS	Ministério da Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema Informação de Nascimento
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística.....	52
2.3.4 Cronograma	55
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	59
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências	82
Apêndices.....	83
Anexos	86

Apresentação

O volume trata de uma intervenção na Unidade Básica de Saúde de Boa Cica que está localizada no Bairro de Boa Cica, vinculada com o SUS, caracteriza-se por ser uma Unidade de Saúde da Família (USF), que foi construída para ser uma UBS em zona rural. O presente trabalho está dividido em 7 itens que caracterizam a intervenção, descreverei a seguir cada um deles.

Análise Situacional trata sobre o texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária a Saúde (APS), o relatório da Análise Situacional e comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A Análise Estratégica trata sobre a justificativa da intervenção, objetivo geral, específicos e metas da mesma, metodologia com detalhamento das ações, indicadores, logística das ações e cronograma das atividades.

O Relatório da Intervenção trata sobre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto e que não foram desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

Na Avaliação da intervenção mencionamos os resultados que foram alcançados durante a intervenção e a discussão dos mesmos explicando a importância da intervenção para a equipe, o serviço e a comunidade, comentamos sobre o que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento e sobre o nível de incorporação da intervenção à rotina do serviço e que melhorias pretendo fazer na ação programática, assim como sobre a disseminação da intervenção para outras equipes e/ou UBS, sobre a organização de outras ações programáticas e próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço.

No Relatório da intervenção para gestores mostra a qualificação da atenção à saúde resultante da intervenção, os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada, e aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, viabilizando a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas.

No Relatório da Intervenção para a comunidade enfatizamos sobre o que a comunidade ganhou com a intervenção, como a intervenção será incorporada à rotina do serviço e como a comunidade pode apoiar o serviço para que a atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) seja cada vez melhor, reforçando a aliança com a comunidade desenvolvendo o engajamento Público.

Na Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem abordamos como foi o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais; o significado do curso para prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso, explicando porque são importantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho no Estado Rio Grande do Norte (RN), município Touros, na comunidade rural de Boa Cica a qual está formada pelo povo de Boa Cica e 3 assentamentos. A UBS em que eu trabalho em sua infraestrutura está composta por um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, sanitário, área de recepção, local para arquivos, registros, dispensação e armazenamento de medicamentos, sala de procedimentos, sala de inalações, sala de curativos e cozinha. Neste momento está em reforma e estamos trabalhando em um local provisório. Temos medicamentos na UBS, porém não em quantidade suficiente, se mantém regularmente os insumos com garantia pela gestão municipal. Nossa equipe de atenção básica está composta por médico, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar em saúde bucal, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Esta equipe é de recente formação, ainda estamos na organização da UBS. Além disso, temos apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo.

O território de abrangência é de 2241 pessoas e 622 famílias. Neste momento estamos em processo de cadastramento, então, é possível que a população aumente. O clima desta zona é tropical. A comunidade conta com uma UBS, duas escolas, uma creche, três lojas, duas igrejas, um supermercado, uma farmácia, uma padaria, um correio, não tem centro de recreação. A rua principal é de asfalto, as outras são de terra. Está eletrificada em sua totalidade. A ocupação predominante é agricultura e funcionários, o nível de escolaridade predominante é ensino fundamental. A água de consumo é de rede de aqueduto proveniente do poço. O esgoto se elimina por fossa e fecalismo a céu aberto.

Entre os fatores de risco predominante temos as dietas gordurosas e rica em carboidratos. As doenças crônicas mais frequentes são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia e Obesidade, doenças respiratórias alérgicas e as doenças agudas encontramos as infecções respiratórias agudas altas. Temos 15 gestantes, delas 7 adolescentes, e 71 crianças menores de 2 anos.

O programa do controle de câncer do colo do útero e mama está a nível organizacional, já que não temos cadastro de todas as mulheres que deveriam realizar o exame, temos apenas o cadastro manual dos exames realizados e encaminhados os quais avaliamos os resultados, porém temos demora para a chegada dos mesmos. Relacionado ao câncer de mama realizamos o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis e indicamos ultrassonografia ou mamografia durante a consulta de acordo a critérios.

Realizamos atendimento na UBS por 8 horas/dia, de segunda à quinta, temos um dia para a população de cada agente de saúde, onde avaliamos as consultas agendadas de gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e outras causas, demanda espontânea e urgências. Realizamos atenção domiciliar a usuários que possuam problemas de saúde e com dificuldades ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, puérperas e recém nascidos. Desenvolvemos atividades educativas com gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e grupos de risco para prevenir doenças evitáveis.

E importante desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. Nós devemos trabalhar com os gestores que são peças fundamentais para as mudanças da realidade do SUS.

Neste momento estamos conseguindo mudar algumas realidades que dificultam o bom atendimento dos usuários e ainda falta muito por fazer, já temos resultados positivos, já que olhamos ao indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocial, inserido em sua comunidade, com um enfoque epidemiológico de sua doenças, valorizando os principais fatores de risco, estilos de vida para modifica-los, por exemplo em usuários hipertensos e diabéticos orientando dieta saudáveis, a realização de exercícios físicos, além do tratamento farmacológico, estamos melhorando a assistência a consultas das gestantes e crianças.

Nossa relação com a população é boa, eles estão muito contentes com o trabalho da equipe de saúde, já que trabalhamos com muito amor e tratamos de

resolver os problemas. O acolhimento por todas as pessoas não tem poder ser melhor.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Touros pertence ao estado Rio Grande do Norte, tem 33 000 habitantes, dado que foi retirado do Departamento do Estatística Municipal de Saúde, composto por 15 UBS com Equipe de Saúde da Família, tem disponibilidade de NASF, de serviço hospitalar, laboratório com exames complementar básicos. Temos especialidades como cardiologia, pediatria, ginecologia e serviço de ultrassonografia. Não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Nossa UBS está localizada no bairro de Boa Cica, está vinculada com o SUS, caracteriza-se por ser uma USF, foi construída para ser uma UBS em zona rural, nesta Unidade de Saúde não são desenvolvidas atividades de ensino. Está em funcionamento com a equipe de Saúde da Família atual há um ano e meio, tem dois turnos de atendimento, temos definida a área geográfica de abrangência e temos o mapa da área geográfica que foi atualizado neste ano. Temos cadastrados 100 % da população.

Na nossa UBS só há uma equipe de Saúde da Família formada por um médico clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e quatro ACS. Além disso, temos três vigilantes, um auxiliar de serviço geral e um de limpeza.

Em relação à estrutura física, a unidade está composta por um consultório médico, um consultório de enfermeira, um consultório odontológico, dois sanitários, sala de espera, sala para arquivos, registros, dispensação e armazenamento de medicamentos, sala de procedimentos, curativos e inalações, cozinha. Neste momento a unidade está em reforma e estamos trabalhando em um local provisório.

As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento das atividades são necessidades de médico Acupunturista, Homeopata, Psiquiatra, Terapia Ocupacional, uma sala de recepção com sala para arquivo de prontuários, uma sala de espera para acomodar pelo menos 15 pessoas, uma sala de reuniões e educação em saúde, um consultório médico com sanitário, uma sala de nebulização, escovódromo, depósito para material de limpeza, uma área de abrigo para resíduos

sólidos (expurgo), uma sala para os ACS, que a sala de vacina esteja situada de forma que evite o trânsito dos usuários nas demais dependências, um sistema de manutenção do material permanente, um sistema de reposição de mobiliário, equipamento e material de consumo satisfatório, um sistema de revisão de calibragem de esfigmomanômetro e balanças, do prédio adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, acompanhados de todos os detalhes preconizados pelo MS para prevenir acidentes e proporcionar acessibilidades a todos que necessitam delas.

Precisamos de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral, em consultório odontológico e para os ACS, equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, materiais e insumos para a realização das atividades da UBS. Considerando a relação de medicamentos temos muitas necessidades de medicamentos e alguns são insuficientes, não temos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Relacionado com os exames complementares precisamos de alguns assim como de diminuir o tempo de chegada dos resultados de todos os exames que são feitos fora do município.

A UBS realiza vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações, somente não é realizada rotineiramente a vacinação com BCG e contra febre amarela. A vacina febre amarela está disponibilizada a população em uma sala na sede do município. Necessitamos diminuir o tempo de marcação de consultas na atenção especializada. Somente temos protocolo de saúde mental, atenção a gestante de baixo risco, atendimento a demanda espontânea, câncer do colo do útero e mama e atenção a crianças. Assim como de livros didáticos para as áreas clínicas.

Para superar ou minimizar estas deficiências falaremos com o governo municipal e gestores para resolver as necessidades identificadas. Além disso, nós realizamos as atividades educativas com ajuda do NASF. Relacionado com os medicamentos, temos Farmácia Popular no município que tem cadastrados os usuários com doenças crônicas os quais recebem os medicamentos a preços baixos, também neste momento a população hipertensa e diabética está sendo cadastrada para receber os medicamentos na UBS procedente da Farmácia popular. Nós utilizamos os medicamentos que temos na UBS segundo os protocolos de atendimento, sempre tratando de satisfazer a população dentro das nossas possibilidades.

Considerando as atribuições da equipe, todos os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe onde identificamos os indivíduos, grupos e famílias expostas a risco, grupos de agravos como hipertensos diabéticos, tuberculose, hanseníase, etc., fazemos sinalização das redes sociais como grupos de mães, grupos de idosos, associação de moradores. Realizam ainda cuidados em saúde a população no domicílio, nas escolas, na associação de bairro/comunitária. Os ACS realizam busca ativa de usuários faltosos com mães com crianças menores de um ano, gestantes, etc. Os atendimentos estão divididos por agentes comunitários de acordo com a população adstrita de cada agente em um dia da semana.

Realizamos atendimentos de urgências/emergências com a medicação que contamos e fazemos remoção dos casos que necessitam encaminhamento. Não realizamos pequenas cirurgias na UBS, pois não temos os materiais necessários para as mesmas. Encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra-referência, utilizando os protocolos de atenção e acompanham o plano terapêutico proposto ao usuário, porém muitas vezes não recebemos a contra-referência das consultas das diferentes especialidades. Acompanhamos os usuários em situações de internação domiciliar, porém não em internação hospitalar já que os hospitais estão longe da área de abrangência.

Realizamos atividades de grupo na UBS e promovemos a participação da comunidade no controle social, identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, mas ainda não temos constituído o conselho de saúde local. Participamos das atividades de qualificação profissional da atenção em saúde, multiprofissional de atualização técnica, mas nenhuma falou sobre gestão em saúde e fortalecimento do controle social. Realizamos reunião de equipe mensal tratando temas como construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações, gerenciamento de insumos, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Considerando as dificuldades, necessitamos realizar pequenas cirurgias na UBS, receber a contra-referência das consultas das diferentes especialidades, constituir o conselho de saúde local para promover a participação da comunidade no controle social. Assim evitaríamos a viagem ao centro do município para pequenas cirurgias como suturas, desta forma, acompanhariamos melhor o plano terapêutico

dos usuários, conseguiríamos uma maior participação da comunidade na solução dos problemas pelo que falarei com a equipe básica de saúde e informarei a gestores municipais explicando a importância da solução destas dificuldades para melhorar a satisfação da população.

Em relação à população da área adstrita temos uma população de 2300 pessoas com uma UBS com tamanho adequado ao da população da área de abrangência. A distribuição dessa população por faixa etária e sexo, temos 542 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 385 mulheres entre 25-64 anos, 128 mulheres entre 50-69 anos, 134 menores de 5 anos, 362 pessoas de 5 a 14 anos, 861 pessoas de 15-59 anos, 214 pessoas com 60 anos ou mais, 760 pessoas entre 20-59 anos, 849 pessoas com 20 anos ou mais. E também 34 crianças menores de 1 ano, 17 gestantes, 160 hipertensos e 43 diabéticos.

Minha UBS não tem sala de acolhimento, o mesmo é feito geralmente na sala de espera pelos agentes de saúde e a participação de outros profissionais da UBS segundo seja necessário, tendo como retaguarda a enfermeira e o médico. O acolhimento é feito na manhã e à tarde. Nossa equipe de saúde faz o atendimento das consultas agendadas das ações programáticas e deixamos senhas para atendimento de demanda espontânea no dia ou atendimento imediato/prioritário. Não temos excesso para consulta de usuários com problemas de saúde agudo que precisam de atendimento imediato/prioritário.

Em relação à saúde da criança, em nossa UBS realizamos atendimento de puericultura para crianças de 0 a 72 meses cinco dias da semana em todos os turnos participando do atendimento todo o equipe saúde da família e o NASF, após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudo da área de cobertura da UBS e fora da área de cobertura não existindo excesso de demanda. Em nossa UBS temos protocolo de atendimento de puericultura produzido por o MS publicado 2012 que é utilizado pela equipe de saúde da família inclusive pelo NASF, desenvolvemos ações no cuidado às crianças como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, teste de pezinho. Não

fazemos tratamento de problemas de saúde bucal, pois a UBS está em reforma e o odontólogo não está trabalhando adequadamente.

Os profissionais utilizam classificação para identificar crianças de alto risco, utilizamos protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacinas. Para os registros dos atendimentos existe um arquivo específico que é revisado semanalmente com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude de registros, identificar procedimentos em atrasos (peso ou vacinas), identificar crianças de risco, avaliar a qualidade do programa revisado por médico, enfermeira e técnico de enfermagem.

Solicitamos sempre a caderneta da criança nos atendimentos, preenchendo com as informações atuais, conversamos sobre as dicas de alimentação saudáveis disponíveis na caderneta da criança, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, chamamos atenção para a data da próxima vacina, para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Na UBS em que trabalho existe o Programa BOLSA DE FAMILIA do Ministério de Saúde onde os ACS são os responsáveis pelo cadastramento das crianças no Programa BOLSA FAMILIA a enfermeira é a responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de saúde. Existem outros Programas do Ministério da Saúde implantados na UBS como Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Criança e Saúde de Ferro.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura nas escolas e em outros espaços comunitários uma vez por mês participando 80% das mães das crianças. A enfermeira dedica-se ao planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura realizando reuniões mensais utilizando como fonte de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), registros específicos de puericultura e prontuários.

A cobertura de Saúde da Criança em nossa UBS é de 100%, 34 crianças menores de um ano residentes na área e cadastradas, 15 (44%) dessas crianças

com consultas em dia de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde (MS), já que antes de nossa chegada a UBS as crianças só iam às consultas doentes ou para vacinação, com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias são 20 crianças (59%) as quais são visitadas pelas agentes de saúde para agendar a consulta novamente no mês. Temos 2 crianças que ainda que são acompanhadas pelos agentes de saúde na visita domiciliar não assistem a consulta de puericultura. Com teste de pezinho até 7 dias temos 33 crianças (97%), temos uma criança que não fez teste. As 34 crianças (100%) tem realizado monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes e com as vacinas em dia.

Não podemos realizar a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, pois não temos transporte para visita domiciliar regularmente e esta consulta acontece sem data precisa no primeiro mês de idade da criança. Também não é feito no hospital do município a triagem auditiva pelo que as crianças com risco são encaminhadas ao fonoaudiólogo e otorrinolaringologia. A avaliação de saúde bucal tem dificuldades porque a UBS está em reforma.

Em relação ao pré-natal em nossa UBS realizamos atendimento pré-natal cinco dias da semana, em todos os turnos de trabalho pelos profissionais da UBS e a equipe do NASF. A gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, existindo demanda de gestantes da área de cobertura da UBS para atendimento de problemas de saúde agudos, ainda que não existe excesso de demanda de problemas agudos. Para o atendimento utilizamos os protocolos de pré-natal da UBS produzidos por o MS publicados em 2013 e são utilizados por todos os profissionais da UBS.

Para o cuidado das gestantes são desenvolvidas ações de saúde como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, controle do câncer do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividade física, saúde bucal e mental. Não fazemos tratamento de problemas de saúde bucal porque UBS está em reforma.

Em nosso trabalho avaliamos e classificamos o risco gestacional para modificar os riscos e encaminhar a consulta de alto risco e NASF os casos necessários utilizando os protocolos. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, ficha

espelho das vacinas. Na UBS existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos as gestantes, os quais são revisados semanalmente por médico, enfermeira e dentista com a finalidade de verificar gestantes faltosas, verificar completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa.

Os profissionais da saúde solicitam e preenchem o cartão de pré-natal nos atendimentos, orientam as gestantes sobre alimentação saudável, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, promoção de atividade física, risco do tabagismo, álcool e drogas na gravidez, anticoncepção no pós-parto, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal, chamam atenção para a data da próxima vacina, recomendam realizar avaliação de saúde bucal na gravidez, recomendamos realizar revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e entre 30 e 42 dias de pós-parto. A adesão da população às ações propostas é boa.

Em nossa UBS existe o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), a enfermeira é responsável pelo cadastramento das gestantes e envio a Secretaria Municipal de Saúde. Realizamos atividades com grupos de gestantes junto a equipe do NASF. A enfermeira também dedica-se ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-natal realizando reuniões mensal. Além disso, a enfermeira, médico e odontólogo dedicam-se á avaliação e monitoramento do programa utilizando o SIAB, SINASC, registros específicos do pré-natal e prontuários.

Segundo o CAP devemos ter 34 gestantes residentes na área de abrangência, porém temos cadastradas e acompanhadas na UBS 17 gestantes (49%) de cobertura segundo a estimativa CAP. Relacionado com os indicadores da qualidade temos 10 (59%) gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre, as quais têm as consultas em dia de acordo com o calendário, as 17 gestantes (100%) é solicitado na primeira consulta os exames laboratoriais preconizados com um 100%, essas estão com as vacinas antitetânica e contra hepatite em dia segundo calendário de vacinas, com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, e ainda com orientação para aleitamento materno. Relacionado com o exame ginecológico em 15 gestantes (88%) foi realizado o mesmo já que duas gestantes não aceitaram fazê-lo pela falta de privacidade do local de exame.

Somente foram avaliadas a saúde bucal de 11 gestantes (65%) ainda que foram encaminhadas a consulta odontológica.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama nossa UBS os profissionais orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, realizamos ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e de educação da mulher periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Realizamos prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico dois dias da semana, só um turno. Existem mulheres fora da área de cobertura da UBS que realizam a coleta de exame citopatológico na UBS a qual é realizada por a enfermeira. O médico e enfermeira aproveitam o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar o exame. Na UBS realizamos um rastreamento oportunístico do câncer de colo de útero, existe protocolo de prevenção produzido por o MS em 2013 utilizado por médico e enfermeira.

Relacionado com o Câncer de mama na UBS realizamos ações para o controle do peso corporal das mulheres na área de cobertura, para estimular a prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. Na UBS realiza-se rastreamento da doença com exame clínico de mama e/ou solicitação de mamografia quatro dias da semana, em todos os turnos pôr o médico e enfermeira. Não existem mulheres fora da área de cobertura que realizam rastreamento desta doença em minha UBS. O tipo de rastreamento utilizado na minha UBS é oportuno utilizando os protocolos de controle produzido por o MS de 2013 por médico e enfermeira, investigando os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na UBS.

Só conhecemos 4 mulheres que foram identificadas com exame citopatológico alterado no último ano já que não existe registro anterior, ainda que temos 62 exames coletados sem resultados. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados livro de registro, prontuário clínico e formulário especial para citopatológico existindo um arquivo específico para o registro dos resultados o qual a enfermeira semanalmente faz revisão para verificar mulheres com exame alterado em atraso. Não conhecemos quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada nos últimos 3 anos ou com perda de seguimento já que não existe arquivo para registro dos resultados.

Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados nos prontuários clínicos, não existindo arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mulheres na associação de bairro/comunitária e na área da UBS junto o NASF. Na UBS a enfermeira, médico da equipe de saúde, nutricionista e psicóloga do NASF dedicam-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa realizando reuniões mensal. Utiliza como fonte para a avaliação e monitoramento do programa SISCOLO, prontuários e registros específicos.

Segundo o CAP para a Prevenção do Câncer de Colo de Útero deveríamos ter uma estimativa de 578 mulheres de 25-64 anos, porém temos 385 mulheres cadastradas e acompanhadas, 67% da estimativa do CAP. Existe um registro de exame citopatológico que preenche os exames citopatológicos coletados desde janeiro de 2013 até a data atual com 119 mulheres (31%), destes 100% com amostra satisfatória, ficaram pendente por laudos 62 mulheres. Com atrasos mais de 6 meses 110 mulheres (29%) ao revisar os prontuários. Não podemos conhecer os exames coletados com células representativas de junção escamocolunar, porque esse dado não está em registros e prontuários. Todas as mulheres recebem orientações sobre prevenção de Câncer de colo uterino e orientações sobre DST em atividades de grupos, consultas e visita domiciliar. Além disso, podemos dizer que existe demora com a chegada dos laudos pelo que as mulheres ficam insatisfeitas com o funcionamento deste programa na UBS.

Segundo o CAP para o Controle do Câncer de Mama devemos ter uma estimativa de 172 mulheres de 50-69 anos residente na área de abrangência, porém temos 128 mulheres cadastradas e acompanhadas, 74% da estimativa do CAP. Além disso, temos 45 mulheres com mamografia em dia (35%), 83 mulheres com mamografia com mais de 3 meses de atraso (65%). Há demora a marcação para realizar a mamografia, a mesma e feita fora do município pelo SUS e nas clinicas privadas. A equipe nas atividades de grupo, nas consultas e visita domiciliar orienta sobre prevenção ao CA de mama. Temos feito avaliação de risco a 72 mulheres (56%).

Em relação á Hipertensão Arterial, nós realizamos atendimento de usuários hipertensos cinco dias da semana, em todos os turnos, que e feito por a equipe de saúde da família e o NASF. Não existem adultos fora da área de cobertura que

realizam atendimento para HAS. Após a consulta, o usuário às vezes sai da UBS com a próxima consulta programada já que si tem indicado exames complementar tem que agendar logo a consulta. Além das consultas programadas para acompanhamento da UBS, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS da área de cobertura, existindo oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudo, não existindo excesso de demanda. Na UBS não existe protocolo de atendimento para estes usuários.

Em minha UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os usuários de HAS da área de cobertura, para controle de peso, para estímulo á pratica regular da atividade física, que orientam sobre os malefícios do tabagismo. São desenvolvidas ações no cuidado aos adultos usuários de HAS como: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Neste momento não é feito tratamento de problemas de saúde bucal porque a UBS ainda está em reforma. Utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos HAS, utilizamos protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde como: encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e pronto- socorro.

Os atendimentos dos usuários HAS são registrados no prontuário clinico, ficha de atendimento odontológico, e ficha de espelho de vacinas e ficha de cadastro de HIPERDIA. Não existe arquivo especifico para os registros dos atendimentos dos usuários com HAS. O médico e enfermeira explicam como reconhecer signos de complicações da HAS. Na UBS existe o Programa de HIPERDIA do Ministério de saúde, onde a enfermeira e responsável pelo cadastramento dos adultos no Programa HIPERDIA e envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

A enfermeira dedica-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e ao monitoramento das ações dispensadas aos adultos hipertensos realizando reuniões mensal utilizando como fonte de dados HIPERDIA e prontuários.

Segundo o CAP para o Programa de Hipertensão Arterial devemos ter uma estimativa de 476 usuários de 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém temos 160 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados, 34% de cobertura segundo a estimativa do CAP. É possível que haja sub-registro de usuários que pode aumentar com o novo cadastramento que estão fazendo os agentes de saúde da população de abrangência, e a pouca pesquisa na população

de risco. Além disso, a qualidade dos prontuários não é adequada o que também favorece o sub-registro. Todos os 160 usuários (100%) com acompanhamento tem realizado a estratificação de risco cardiovascular, temos 45 usuários (28%) com atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 96 usuários (56%) com exames complementares periódicos em dia com um 60%, 90 usuários com avaliação de saúde bucal em dia. Todos os usuários receberam orientação sobre prática de atividade física e orientação nutricional para alimentação saudável.

Relacionado com a Diabetes Mellitus na minha UBS se realiza atendimento de adultos usuários de DM cinco dias da semana, em todos os turnos não existindo adultos fora da área de cobertura que realizam atendimento por esta doença. Após a consulta, o adulto às vezes sai da UBS com a próxima consulta programada já que se tem indicado exames complementares tem que agendar logo a consulta. Além das consultas programadas para acompanhamento da UBS, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM da área de cobertura, existindo oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudo, não existindo excesso de demanda. Na UBS não existe protocolo de atendimento para estes usuários.

Em minha UBS são desenvolvidas ações no cuidado aos adultos usuários de DM como: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Neste momento não é feito tratamento de problemas de saúde bucal porque a UBS ainda está em reforma ainda que são avaliados. O médico e enfermeira utilizam a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos com DM, utilizamos protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde como: encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro. E explicam como reconhecer sinais de complicações da DM.

Os atendimentos dos usuários com DM são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, e ficha de espelho de vacinas e ficha de cadastro de HIPERDIA. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos usuários com DM. A enfermeira dedica-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e ao monitoramento das ações dispensadas aos adultos diabéticos realizando reuniões mensais utilizando como fonte de dados HIPERDIA e prontuários.

Segundo o CAP para o Diabetes Mellitus devemos ter uma estimativa de 136 usuários diabéticos de 20 anos o mais residente na área de abrangência, porém temos 43 usuários diabéticos cadastrados e acompanhados com 32% de cobertura segundo a estimativa do CAP. Assim como nos registros de hipertensos, pode haver sub-registro de usuários que pode aumentar com o novo cadastramento que estão fazendo os agentes de saúde da população de abrangência e a pesquisa insuficiente na população de risco. Além disso, a qualidade dos prontuários não é adequada pelo que também favorece o sub-registro. Todos os 43 usuários diabéticos (100%) com acompanhamento tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, temos 13 usuários (30%) com atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 35 usuários (81%) com exames complementares periódicos em dia, 30 usuários (70%) com exames físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e avaliação de saúde bucal em dia. Todos os usuários receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Em relação à saúde dos idosos na UBS realizamos atendimento de idosos cinco dias da semana em todos os turnos, existindo idosos fora da área de cobertura de minha que realizam atendimento na UBS participando do atendimento a equipe de saúde e o NASF. Após a consulta, o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos da área de cobertura da UBS existindo oferta de atendimento, porém não existe excesso de demanda. Na UBS não existe protocolo de atendimento para idosos. São desenvolvidas ações no cuidado aos idosos como: imunizações, promoção de atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo. Não fazemos ainda tratamento de problemas de saúde bucal porque nossa UBS ainda está em reforma.

Utilizamos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde para encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento

odontológico, ficha-espelho de vacinas não existindo arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos.

O médico e enfermeira não avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, explicam sempre ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão. Solicitamos a caderneta de saúde da pessoa idosa que existem na UBS, e a enfermeira e o técnico de enfermagem são os responsáveis pelo seu preenchimento com as informações atuais do idoso.

Realizamos o cuidado domiciliar aos idosos, existindo levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber o cuidado domiciliar. A enfermeira dedica-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos realizando reuniões mensais utilizando como fontes para realizar avaliação e monitoramento das ações o HIPERDIA e prontuários.

Segundo o CAP para o Programa Saúde da Pessoa Idosa devemos ter uma estimativa de 248 usuários idosos de 60 anos ou mais residente na área de abrangência, porém temos 214 idosos cadastrados e acompanhados com 86% de cobertura segundo a estimativa do CAP, que pode aumentar depois do cadastramento que estão fazendo os agentes de saúde na comunidade. Além disso, temos 180 idosos (84%) com caderneta de Saúde de pessoa idosa, 165 (77%) com acompanhamento em dia, 83 hipertensos (39%), 25 diabéticos (12%), 180 (84%) com avaliação do risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice, todos os 214 idosos (100%) recebem orientação nutricional para hábitos alimentares e atividade física regular. Só temos 145 usuários idosos (68%) com saúde bucal em dia e nenhum tem realizada a avaliação multidimensional rápida.

Os melhores recursos que a UBS apresenta são a equipe de saúde da família está completa, temos disponibilidade de NASF, de serviço hospitalar e laboratório com exames complementares básicos, temos especialidades importantes como cardiologia, pediatria e ginecologia, temos dois turnos de atendimento, temos definida a área geográfica de abrangência. A UBS neste momento está em reforma, porém a UBS que está em construção tem uma estrutura muito boa. Ainda que os medicamentos na UBS são poucos temos no município Farmácia Popular,

realizamos vacinação segundo o calendário do Programa Nacional de Imunizações, realizamos cuidado domiciliar, temos quase todos os protocolos para o atendimento dos usuários, realizamos atividades com grupos de mães com crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, mulheres, idosos. Realizamos atendimento agendado a crianças, pré-natal, hipertensos, diabéticos, idosos, mulheres para citopatológico.

Os maiores desafios que temos são constituir o conselho de saúde local, melhorar a qualidade das reuniões mensal para analisar com profundidade o funcionamento das ações programáticas, melhorar a qualidade dos prontuários, da atenção a criança, gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos e mulheres do programa de câncer de colo de útero e mama, conseguir realizar um rastreamento oportunístico e organizado destas mulheres para um diagnóstico precoce destas doenças.

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

Ao ler o texto da segunda semana de ambientação, percebo é muito parecido ainda que é uma síntese da situação em meu serviço, com o trabalho da análise situacional. Aprofundamos sobre o funcionamento da UBS, estrutura, atribuições dos profissionais, ações programáticas, o que permite um trabalho com maior qualidade, isto foi possível a partir do preenchimento do CAP específico para as diferentes ações de saúde propostas pelo MS e o acesso a bibliografias orientadas pelo curso, aumentando nossos conhecimentos.

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, aumentando com a idade. É fator de risco para doenças como: aterosclerose e trombose, manifestando-se, fundamentalmente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. É também fator etiológico de insuficiência cardíaca, cardiopatia hipertensiva e isquêmica, assim como fator de risco de doença de Alzheimer e demência vascular. O DM é um transtorno metabólico de etiologias diversas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, produto de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. No Brasil, sua prevalência na população acima de 18 anos vem aumentando de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, e é referida por 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos, daí sua importância, e está associado frequentemente à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. Os fatores de risco são os hábitos alimentares e estilo de vida da população. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, causando altos custos para os sistemas de saúde. O DM e a HAS são a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS (BRASIL, 2013).

A estrutura física a unidade está composta por um consultório médico, um consultório de enfermeira, um consultório odontológico, 2 sanitários, sala de espera, sala para arquivos, registros, dispensação e armazenamento de medicamentos, sala de procedimentos, curativos e inalações, cozinha. Neste momento a unidade está em reforma e estamos trabalhando em um local provisório. Nossa equipe de Saúde da Família está formada por um médico clínico geral, um cirurgião-dentista, uma enfermeira, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e 4 agentes

comunitários de saúde. Além disso, temos 3 vigilantes, um auxiliar de serviço geral e um de limpeza.

Temos uma população de 2300 pessoas da área adstrita segundo os dados oferecidos pela equipe de saúde. A população de hipertensos atendida pela UBS é de 160 usuários hipertensos (34%) de cobertura segundo estimativa do CAP que é de 476 hipertensos e 43 usuários diabéticos (32%) de cobertura também segundo essa estimativa do CAP que é de 136. Temos 96 usuários hipertensos (60%) e 35 usuários diabéticos (81%) com uma boa adesão ao acompanhamento na UBS. Relacionado com a qualidade da atenção à saúde da população de hipertensos, os 160 usuários hipertensos (100%) com acompanhamento têm realizado a estratificação de risco cardiovascular, 45 usuários (28%) com atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 96 (60%) com exames complementares periódicos em dia, 90 (56%) com avaliação de saúde bucal em dia. Dos usuários diabéticos, os 43 (100%) com acompanhamento tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 13 usuários (30%) tem atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, 35 usuários (81%) com exames complementares periódicos em dia, 30 usuários (70%) com exames físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e avaliação de saúde bucal em dia. Os 43 usuários (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. São desenvolvidas ações de promoção em saúde sobre alimentação e nutrição, atividade física e práticas corporais, saúde bucal, prevenção de câncer de colo de útero e mama.

A intervenção pode melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos já que conseguiríamos aumentar a cobertura desses usuários realizando um diagnóstico precoce e evitar complicações graves, melhoraríamos a qualidade da atenção, a adesão dos usuários a consultas, melhoraríamos os registros nos prontuários e fortaleceríamos o grupo de HIPERDIA e as atividades oferecidas a estes usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS de Boa Cica, Touros - RN

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

- ❖ Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Boa Cica, Touros, RN.
- ❖ Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Boa Cica, Touros, RN.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- ❖ Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos.
- ❖ Meta 5: Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- ❖ Meta 6: Garantir a 100% dos usuários diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- ❖ Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários diabéticos.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão a hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

- ❖ Meta 11: Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- ❖ Meta 12: Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar registro das informações.

- ❖ Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- ❖ Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- ❖ Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

- ❖ Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos.
- ❖ Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- ❖ Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

- ❖ Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- ❖ Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na USF Boa Cica, no Município de Touros, Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção 151 pessoas, maiores de 20 anos pertencentes à área da unidade, 109 mulheres e 42 homens e segundo a faixa etária tivemos de 20-29 anos: 9 pessoas, de 30-39 anos: 12 pessoas, 40-49 anos: 15 pessoas, 50-59 anos: 30 pessoas, 60-69 anos: 43 pessoas, 70-79 anos: 30 pessoas, 80-89 anos: 9 pessoas e 90 anos e mais 3 pessoas.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

- Meta 1: Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da USF Boa Cica, no Município de Touros, Rio Grande do Norte

- Meta 2: Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da na USF Boa Cica, no Município de Touros, Rio Grande do Norte.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira farão o monitoramento das fichas espelho, planilhas de coleta de dados e prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro de usuários hipertensos e ou diabéticos cadastrados no programa

Detalhamento da ação: O médico e a enfermeira farão preenchimento e checarão a falta de alguma informação nos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde semanalmente.

Ação: Melhorar acolhimento para aos usuários portadores de hipertensão e diabetes

Detalhamento da ação:

A técnica de enfermagem realizará acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus que assistam a unidade de saúde diariamente a consulta agendada.

O médico e enfermeira farão acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus que assistam a unidade de saúde diariamente para atendimento de problemas de saúde agudos, diariamente, quando ocorrer.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (PA) (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Será solicitado ao gestor do município material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde por reposição.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A equipe realizará contato com lideranças comunitárias na UBS, mensalmente, para informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento da ação: A equipe realizará contato com lideranças comunitárias na UBS, mensalmente, para informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

Detalhamento da ação: A equipe realizará contato com lideranças comunitárias na UBS, mensalmente para orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento da ação: A equipe realizará contato com lideranças comunitárias na UBS, mensalmente para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência.

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará a capacitação aos agentes comunitários de saúde na UBS na primeira semana da intervenção, para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência. Reservará horário próximo ao final do expediente para fazer essa capacitação

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação de PA de forma criteriosa, incluído o uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará a capacitação a equipe da unidade de saúde, na UBS na primeira semana da intervenção, para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos/diabéticos.

Meta 3 e 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos diariamente.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos nas consultas médicas e de enfermagem diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira definirão atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos na UBS, essa definição será com base nos protocolos de HAS e DM do MS, ocorrerá na primeira semana da intervenção.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira organizarão a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do MS na UBS na primeira semana da intervenção.

Ação: Realizar atualização dos profissionais mensal.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atualização dos profissionais, mensalmente, na UBS segundo os temas a serem desenvolvidos na intervenção, será utilizado os horários de reunião em equipe para essa atualização.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo em formato impresso na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira solicitarão ao gestor de saúde a impressão deste protocolo para a unidade de saúde para o desenvolvimento das capacitações, este deverá ser entregue aos profissionais antes do início das atividades de intervenção.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária, mensalmente, para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação a equipe para a realização de exame clínico apropriado na UBS, na primeira semana da intervenção.

Meta 5 e 6: Garantir a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão os prontuários, fichas espelho e planilhas de coletas de dados dos hipertensos/diabéticos para verificar se receberam as solicitações dos exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, essa ação será realizada diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares os hipertensos/diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira garantirão a solicitação dos exames complementares os hipertensos/diabéticos diariamente.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira solicitarão com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo mensalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão contato com lideranças comunitária na UBS, e com grupo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes nas consultas, visitas domiciliares semanais e na associação de bairro/comunitária mensalmente, para orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão contato com lideranças comunitária na UBS, e com grupo de pessoas portadoras de hipertensão

e diabetes na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da prática clínica.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação a equipe na UBS, na primeira semana da intervenção, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 7 e 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação: A enfermeira monitorará o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia mensalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensalmente.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/ diabéticos cadastrados na unidade de saúde mensalmente.

Engajamento público

Ação: 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: O médico e enfermeira realizarão contato com lideranças comunitária na UBS, e com grupo de HIPERDIA na associação de bairro/comunitária mensalmente para 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.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes.

Detalhamento da ação: O médico realizará atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes, na UBS mensalmente.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação: A enfermeira realizará capacitação a equipe, na UBS mensalmente para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 9 e 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico na UBS diariamente nas consultas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento da ação: O dentista organizará a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/ diabéticos na UBS diariamente nas consultas.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação: A técnica de saúde bucal organizará a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS diariamente.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação: O dentista e a técnica de saúde bucal realizarão contato com lideranças comunitárias na UBS, e com grupo de HIPERDIA na associação de bairro/comunitária mensalmente e orientarão a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento da ação: O dentista capacitará a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/ diabéticos na primeira semana da intervenção.

Objetivo 3: Garantir a adesão às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 11 e 12: Buscar 100% dos usuários hipertensos/diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem monitorará semanalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), na UBS através da revisão da agenda de marcações de consulta, dos prontuários e fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visita domiciliar aos hipertensos/ diabéticos faltosos na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Os agentes comunitários de saúde realizarão visita domiciliar aos hipertensos/ diabéticos faltosos na unidade de saúde, semanalmente, a técnica de enfermagem repassará o nome dos usuários faltosos aos ACS e estes farão as visitas.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos/diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem organizará a agenda para acolher os hipertensos/diabéticos provenientes das buscas domiciliares na UBS, diariamente, após a vista o ACS agendará a consulta de acordo com a disponibilidade na agenda.

Engajamento público

Ação: Informar os usuários hipertensos/ diabéticos sobre a importância da realização das consultas na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientar os usuários hipertensos/ diabéticos sobre a importância das consultas na unidade de saúde.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos/ diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: A enfermeira capacitará os ACS para a orientação de hipertensos/ diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, essa ocorrerá na UBS na primeira semana da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13 e 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão a qualidade dos registros em 100% dos hipertensos/ diabéticos cadastrados na unidade de saúde nos prontuários diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira manterão as informações do SIAB atualizadas na UBS diariamente.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira implantarão a ficha de acompanhamento às consultas dos hipertensos e diabéticos e preencherão no momento da consulta, isso ocorrerá diariamente.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira pactuarão com a equipe o registro das informações na UBS diariamente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento dos registros na UBS semanalmente.

Ação: 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: O médico e enfermeira organizarão 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 na UBS semanalmente.

Engajamento público

Ação: 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: O médico e enfermeira organizarão 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 na UBS semanalmente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos/diabéticos

Detalhamento da ação: A enfermeira capacitará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos/diabéticos na UBS na primeira semana da intervenção.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas na UBS na primeira semana da intervenção.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular cadastrados na unidade de saúde.

Meta 15 e 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorará o número de usuários hipertensos/ diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira priorizarão o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco na UBS diariamente.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem organizará a agenda para o atendimento desta demanda diariamente.

Engajamento público

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, na UBS diariamente.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe de saúde para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação a equipe de saúde, na UBS, na primeira semana da intervenção, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento da ação: O médico realizará capacitação a equipe de saúde sobre a importância do registro desta avaliação na UBS, na primeira semana da intervenção.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira capacitarão a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis na UBS, na primeira semana da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 17 e 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos/ diabéticos nas consultas na UBS diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira organizarão práticas coletivas sobre alimentação saudável, na UBS mensalmente.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira demandarão junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade mensalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos/ diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientar hipertensos/ diabéticos sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre prática de alimentação saudável.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão capacitação da equipe sobre prática de alimentação saudável na UBS na primeira semana da intervenção.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde na UBS mensalmente.

Meta 19 e 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a orientação para atividade física regular aos hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão a orientação de prática regular de atividade física aos hipertensos/ diabéticos no consultório médico/enfermeira nas consultas diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira organizarão práticas coletivas para orientação de atividade física na associação de bairro/comunitária, mensalmente.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira demandarão junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade na associação de bairro/comunitária, mensalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar em relação à prática regular de atividade física aos usuários hipertensos/ diabéticos e comunidade.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientação em relação à prática regular de atividade física aos hipertensos/ diabéticos e comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática regular de atividade física.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática regular de atividade física na UBS na primeira semana da intervenção.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde na UBS mensalmente.

Meta 21 e 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos/ diabéticos na UBS, nas consultas diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira demandarão ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" mensalmente.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos/diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira orientarão os hipertensos/diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo diariamente.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira realizarão capacitação a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, no UBS mensalmente.

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

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde na UBS mensalmente.

Meta 23 e 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos/ diabéticos.

Detalhamento da ação: O médico e enfermeira monitorarão a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos/ diabéticos no consultório odontológico, diariamente.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar capacitação dos profissionais sobre higiene bucal.

Detalhamento da ação: O dentista organizará tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual na UBS diariamente.

Engajamento público.

Ação: Orientar sobre a importância da higiene bucal aos usuários hipertensos/ diabéticos e seus familiares.

Detalhamento da ação: O dentista participará nas atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientação sobre a importância da higiene bucal aos hipertensos/ diabéticos e seus familiares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação: O dentista capacitará a equipe para oferecer orientações de higiene bucal, no UBS na primeira semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1. Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Boa Cica, Touros, RN.

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

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2. Cadastrar 50 % dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS Boa Cica, Touros, RN.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos/diabéticos.

Meta 3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5. Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 6. Garantir a 100% dos usuários diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7. 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 8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8. 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 9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários diabéticos.

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

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

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

Objetivo 3: Garantir a adesão às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 11. Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 12. Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular cadastrados na unidade de saúde.

Meta 15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013¹³. Utilizaremos a planilha de coleta de dados para usuários hipertensos e diabéticos e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem cadastrará no livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que comparecerem ao serviço para consulta durante os três meses que será realizada a intervenção.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção os usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, a enfermeira capacitará aos ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência e a equipe da unidade de saúde para verificação de PA de forma criteriosa, incluído o uso adequado do manguito, para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

O médico realizará capacitação a equipe para a realização de exame clínico apropriado, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, para solicitação de exames complementares, atualização no tratamento da hipertensão/diabetes, estratificação de risco cardiovascular e o dentista capacitará a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos/ diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião de equipe, na primeira semana de intervenção e atualizadas mensalmente. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com sintomas de Hipertensão Arterial e Diabetes, com pressão arterial alta, teste de glicose alterado serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos, estes serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento e evitar as complicações das doenças. Os usuários hipertensos e diabéticos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias, estes devem sair sempre com a consulta agendada. Para acolher a demanda agudas de usuários hipertensos e diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários hipertensos e diabéticos proveniente da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana.

A enfermeira fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na associação de bairro/comunitária da área de abrangência mensal e apresentaremos o projeto esclarecendo a comunidade sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão e a diabetes mellitus na unidade de saúde e sua importância. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Além disso, a equipe realizará atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientar os usuários e a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre a importância das consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, quanto a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que devem ser realizados, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e

possíveis alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos.

Semanalmente a técnica de enfermagem examinará as fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos/diabéticos e a agenda de consultas identificando os que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso e monitorará o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia mensalmente. Mensalmente a técnica de enfermagem realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde será garantido pelo gestor do município por reposição, assim como a agilidade da solicitação dos exames complementares dos usuários hipertensos/diabéticos.

O dentista organizará a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos e a técnica de saúde bucal organizará diariamente a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS. O dentista fará a capacitação para que os profissionais façam avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos/diabéticos na UBS na primeira semana da intervenção.

Os ACS farão busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso na comunidade, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já se agendará o usuário hipertenso/diabético para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção realizada na UBS Boa Cica, Touros - RN, com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão artérias sistêmica e/ou diabetes mellitus na comunidade adstrita, durante as semanas da intervenção todos os dias de trabalho iniciaram com o acolhimento pela técnica de enfermagem dos hipertensos e diabéticos que assistiram à unidade de saúde a consulta agendada, o médico e enfermeira realizaram acolhimento dos usuários que assistiram a unidade de saúde para atendimento de problemas de saúde agudos.

Desenvolvemos três atividades com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes, solicitamos apoio para a captação de hipertensos e/ou diabéticos e para as demais estratégias que são implementadas, eles ficaram contentes com o Projeto de Intervenção e comprometeram-se em ajudar com o trabalho da UBS.

Além disso, monitoramos a qualidade dos registros nos prontuários, verificamos o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, monitoramos a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e sobre os riscos do tabagismo.

Todas estas ações foram realizadas integralmente, isto foi favorecido pelo trabalho conjunto da equipe de saúde da família, pela vinculação das lideranças comunitárias para apoiar o trabalho na UBS e assim melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na primeira semana da intervenção tivemos dificuldades para a realização dos exames complementares segundo protocolo no hospital municipal pelo que solicitamos ao gestor municipal agilidade para reparar a centrífuga do laboratório para a realização dos mesmos, problema que foi resolvido na terceira semana iniciando a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos. Na sexta semana de intervenção a centrífuga quebrou novamente e continuamos com problemas para a realização dos exames até o final da intervenção.

Outra dificuldade que tivemos durante as 12 semanas de intervenção foi quanto ao atendimento odontológico, já que a cadeira odontológica não está montada, porque a gestora está aguardando a licitação dos produtos odontológicos, e por isso não pode ser realizado atendimentos odontológicos, organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, só realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico diariamente nas consultas e atividades de promoção de saúde sobre higiene bucal. A técnica de saúde bucal não pode organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários hipertensos /diabéticos provenientes desta avaliação. Também tivemos dificuldade com os medicamentos da lista de HIPERDIA estão na UBS, nem todos estão disponíveis, ainda que estejam chegando os remédios da Farmácia Popular dos usuários que realizaram o cadastro.

Enfrentamos ainda mais uma dificuldade que influenciou no número de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos no período da intervenção, por não cumprir com a carga horária por problemas com o transporte no município ainda que ultrapassamos com a cobertura planejada. Nas primeiras semanas tivemos dificuldades com o preenchimento de alguns dados da ficha de coleta de dados que alteravam os indicadores, porém com a ajuda da orientadora tudo foi melhorado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao longo dos três meses de intervenção foram asseguradas a realização de todas as ações propostas no projeto de intervenção, preenchimento as informações necessárias nos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados e

garantimos a solicitação dos exames complementares, mantivemos as informações do SIAB atualizadas, pactuamos com a equipe o registro das informações na UBS diariamente e priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco diariamente, atividades em grupo, contatos com a comunidade e busca ativa de faltosos a consulta. Foram realizadas capacitações durante toda intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto foram incorporadas a rotina diária do serviço, houve uma maior interação entre a equipe e as lideranças da comunidade nas atividades programadas para conseguir os resultados alcançados. Além disso, também necessitamos um maior comprometimento da gestora para solucionar os problemas do laboratório, da consulta odontológica e dos medicamentos do programa na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

- Meta 1: Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na UBS Boa Cica, município Touros, RN

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

Ao iniciar a intervenção tínhamos cadastrados apenas 160 usuários hipertensos com 34% de cobertura segundo a estimativa do CAP, deveríamos acompanhar 476 usuários segundo essa estimativa. Percebemos que essa não era nossa realidade, levamos em consideração a população adstrita cadastrada, 160 usuários, como base populacional para o início de nossa intervenção, ao longo dessa foram realizados cadastramento de 29 casos novos usuários hipertensos aumentando para 189 o número total de cadastrados, destes prestamos atendimento a 137 usuários, 72,5% de cobertura ao final de três meses de intervenção. No primeiro mês avaliamos 61(32,3%) hipertensos, no segundo mês avaliamos 32 hipertensos acumulando 93 (49,2%) e no terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(72,5%)hipertensos na intervenção ultrapassando a meta estipulada de 50% (Figura 1).

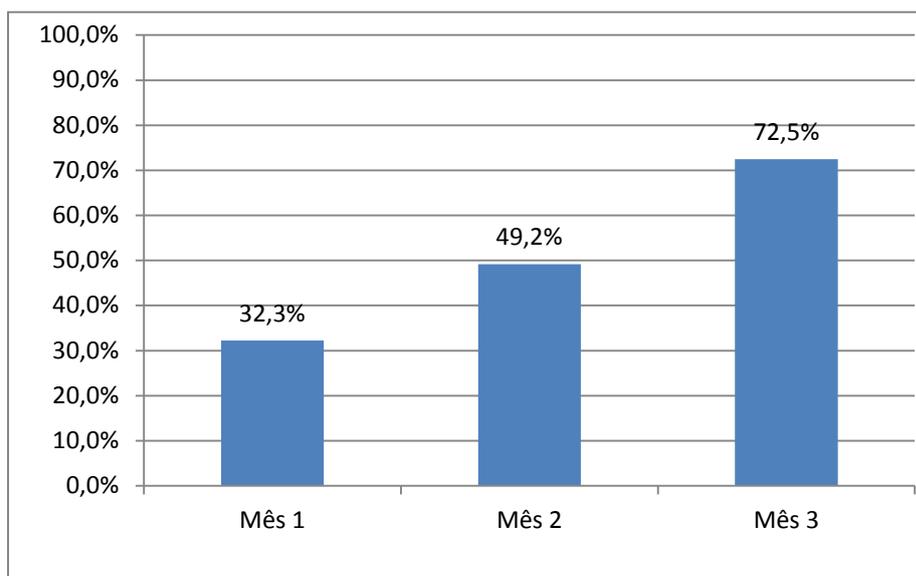


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, na UBS de Boa Cica, município Touros, RN.

- Meta 2: Cadastrar 50% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Boa Cica, município Touros, estado Rio grande do Norte.

-Indicador 2:Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Relacionado ao acompanhamento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus ao iniciar a intervenção tínhamos 43 usuários diabéticos com um 32% segundo a estimativa do CAP, deveríamos acompanhar 136 usuários segundo essa estimativa. Percebemos que essa não era nossa realidade, levamos em consideração a população adstrita cadastrada, 43 usuários, como base populacional para o início de nossa intervenção,64,3% de cobertura ao final de três meses de intervenção.No primeiro mês avaliamos 14(25%) diabéticos, no segundo mêsavaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (46,4%) e no terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36 (64,3%) usuários diabéticos na intervenção alcançando e até ultrapassando a meta estipulada de 50% (Figura 2).

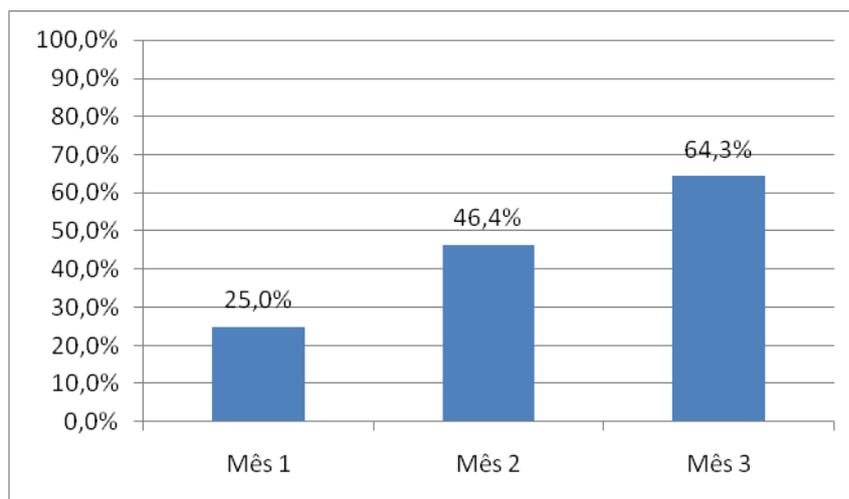


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Boa Cica, Touros, RN

Para alcançar estes indicadores o médico e a enfermeira monitoraram os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão e a diabetes mellitus da unidade de saúde semanalmente, garantimos o registro de usuários hipertensos e ou diabéticos cadastrados no programa, a técnica de enfermagem melhorou o acolhimento para aos usuários portadores dessas patologias, solicitamos ao gestor do município material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Além disso, a equipe realizou contato com lideranças comunitárias na UBS, mensalmente e informamos a comunidade sobre a existência do programa de Atenção a Hipertensão e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos/diabéticos.

-Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos/ diabéticos.

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

Relacionado com este indicador realizamos exame clínico apropriado a 137(100%) usuários hipertensos. No primeiro mês avaliamos 61(100%) hipertensos, no segundo mês avaliamos 32 acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos acompanhamos todos os 36 (100%) avaliados durante a intervenção. No primeiro mês avaliamos 14 (100%) diabéticos, no segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36 (100%) usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

Para que este indicador fosse cumprido o médico e enfermeira monitoraram a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos/diabéticos diariamente, definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos. Também o médico e enfermeira realizaram atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente e orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

O que facilitou o alcance desta meta foi que organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do MS, capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, realizamos atualização dos profissionais mensal, temos a nossa disposição a versão atualizada do protocolo em formato impresso na unidade de saúde.

-Meta 4: Garantir a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

-Indicador 4: Proporção de usuários hipertensos/diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Desde que iniciou a intervenção indicamos os exames complementares a todos os usuários avaliados, porém tivemos dificuldades no laboratório do hospital municipal porque a centrífuga quebrou e todos os usuários não puderam fazer os exames. No primeiro mês 24 usuários hipertensos (39,3%) fizeram, o segundo mês 13 usuários, com um acumulado de 37 (39,8%) e o terceiro mês 28 usuários, com um acumulado de 65 usuários hipertensos (47,4%) fizeram os exames complementares (Figura 3).

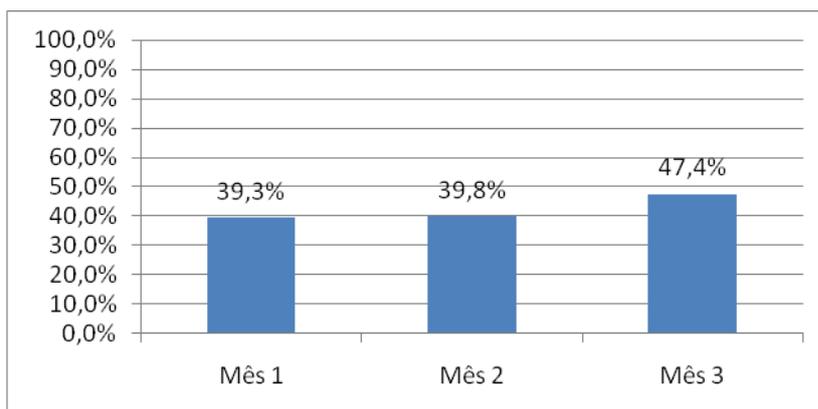


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares de acordo com o protocolo na unidade de saúde Boa Cica, Touros, RN.

No caso dos usuários diabéticos, fizeram os exames o primeiro mês 6 (42,9%) usuários, o segundo mês 8 usuários com um acumulado de 14 (53,8%) usuários e no terceiro mês 4 usuários para um acumulado de 19 (52,8%) usuários (Figura 4).

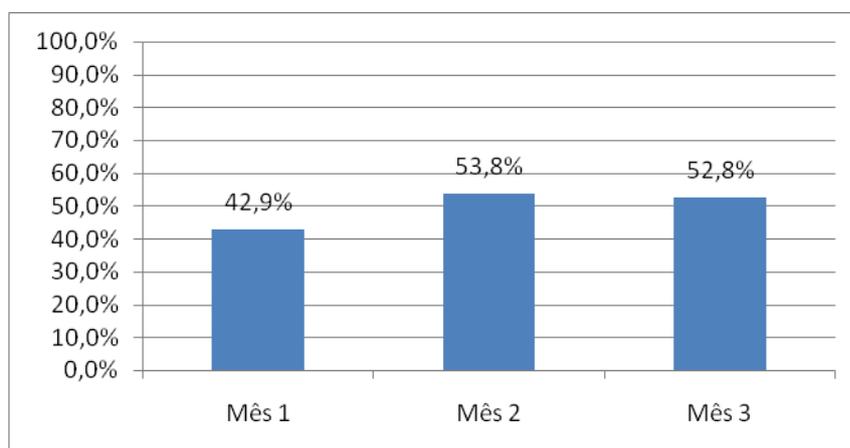


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares de acordo com o protocolo na unidade de saúde Boa Cica, município Touros, RN

Para garantir a realização dos exames complementares, o médico e enfermeira monitoraram os prontuários, fichas espelho e planilhas de coleta de dados dos usuários hipertensos/diabéticos para verificar se receberam as solicitações dos exames laboratoriais de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, diariamente, monitoramos os hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, garantimos a solicitação dos exames complementares diariamente e solicitamos o

gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos definidos no protocolo. Além disso, o médico e enfermeira realizaram contato com lideranças comunitária na UBS, e com grupo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes nas consultas, visitas domiciliares semanais e na associação de bairro/comunitária mensalmente e orientamos quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados. Também o médico e enfermeira capacitaram a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação dos exames. Esta meta não foi cumprida pelas dificuldades que apresentou o laboratório municipal com a centrífuga durante a intervenção.

-Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

-Indicador 5: Proporção de hipertensos/diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Relacionado com a prescrição de medicamentos observamos que receberam medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês 59(100%) usuários, no segundo mês 31 usuários com um acumulado de 90 (100%) usuários e no terceiro mês 42 usuários com um acumulado de 132(100%) usuários hipertensos. Só não receberam prescrição 5usuários porque realizam tratamento não farmacológico.

Os usuários diabéticos recebem prescrição de medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês 14(100%) usuários, no segundo mês 10 com um acumulado de 24(100%) usuários e no terceiro mês 8usuários com 32(100%) usuários diabéticos. Só não recebem prescrição 4usuários porque realizam tratamento não farmacológico.

Para conseguir este indicador a enfermeira monitorou o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia mensalmente, a técnica de enfermagem realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos mensalmente, mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Também o médico e enfermeira realizaram contato com lideranças comunitária na UBS, e com grupo de HIPERDIA na associação de bairro/comunitária mensalmente para 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 mensalmente. Além disso, o médico realizou atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão/diabetes e a enfermeira capacitou a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

-Meta 6:Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

-Indicador6:Proporção de hipertensos/diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Na intervenção para os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados realizou-se avaliação da necessidade de atendimento odontológico.No primeiro mês avaliamos 61(100%) usuários hipertensos, segundo mês avaliamos 32 hipertensos acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) usuários diabéticos, segundo mês avaliamos 12 usuários diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Conseguimos atingir este indicador já que o médico e enfermeira monitoraram os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico na UBS diariamente, o dentista organizou a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/ diabéticos.Além disso,o dentista e a técnica de saúde bucal realizaram contato com liderançascomunitária na UBS, e com grupo de HIPERDIA na associação de bairro/comunitária mensalmente e orientaram a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos. Também o dentista capacitou a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos/diabéticos.

Objetivo 3: Garantir a adesão às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

-Meta 7: Buscar 100% dos usuários hipertensos/diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

-Indicador 7: Proporção de hipertensos/diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção a todos os usuários hipertensos/diabéticos faltosos, os ACS realizaram a busca ativa através da visita domiciliar. Relacionado com os hipertensos durante o primeiro mês 25 (100%) usuários, o segundo mês 7(100%) usuários e durante o terceiro mês não houve usuários hipertensos faltosos a consulta. Em relação dos usuários diabéticos durante o primeiro mês 9 (100%) usuários, segundo mês 6(100%) usuários e terceiro mês também não houve usuários diabéticos faltosos (Figura 5).

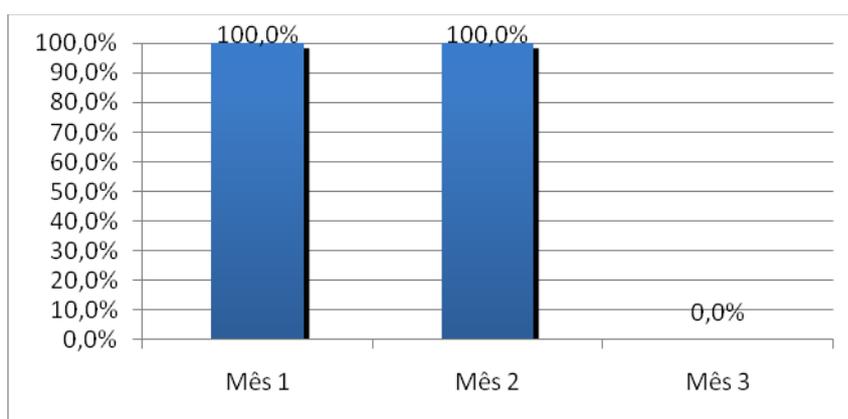


Figura 5: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde, na UBS de Boa Cica, Touros, RN.

Para cumprir este indicador a técnica de enfermagem monitorou semanalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através da revisão do caderno de agendamento das consultas e dos prontuários, os ACS organizaram visita domiciliar aos usuários hipertensos/diabéticos faltosos na unidade de saúde semanalmente, a técnica de enfermagem organizou a agenda para acolher os usuários hipertensos/diabéticos provenientes das buscas domiciliares diariamente. Além disso, o médico e enfermeira realizaram atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente informando aos usuários hipertensos/ diabéticos sobre a importância

da realização das consultas na unidade de saúde, escutamos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecemos aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Também a enfermeira capacitou os ACS para a orientação de usuários hipertensos/ diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

-Meta 8: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

-Indicador8: Proporção de hipertensos/diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Na intervenção os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados tinham ficha de acompanhamento com registro adequado. No primeiro mês avaliamos 61(100%) usuários hipertensos, segundo mês avaliamos 32 acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para atingir a totalidade deste indicador o médico e enfermeira monitoraram a qualidade dos registros de usuários hipertensos/diabéticos acompanhados na unidade de saúde, mantiveram as informações do SIAB atualizadas, preencheram a ficha de acompanhamento, pactuamos com a equipe o registro das informações, organizamos 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, a técnica de enfermagem foi responsável pelo monitoramento dos registros semanalmente. Além disso, o médico e enfermeira orientaram os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Também capacitamos a equipe no

preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos/diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular cadastrados na unidade de saúde.

-Meta 9: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

-Indicador 9: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante a intervenção aos 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos realizamos avaliação de estratificação do risco cardiovascular. No primeiro mês avaliamos 61 (100%) hipertensos, segundo mês avaliamos 32, acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Cumprimos com este indicador porque o médico e enfermeira monitoraram o número de usuários hipertensos/diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, priorizamos o atendimento aos usuários avaliados como de alto risco, orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, a técnica de enfermagem organizou a agenda para o atendimento desta demanda. Também o médico e enfermeira realizaram atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Além disso, o médico capacitou a equipe de saúde para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação, e o médico e a enfermeira capacitaram a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

-Meta 10: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

- Indicador 10: Proporção de hipertensos/diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No período da intervenção os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No primeiro mês avaliamos 61(100%) hipertensos, no segundo mês avaliamos 32 usuários acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Conseguimos cumprir esta meta porque o médico e enfermeira monitoraram a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos/diabéticos, organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandamos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Além disso, realizamos atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente para orientar aos usuários hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Também capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre prática de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

-Meta 11: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

-Indicador 11: Proporção de hipertensos/diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados receberam orientação em relação à prática regular de atividade física. No primeiro mês avaliamos 61(100%) hipertensos, no segundo mês

avaliamos 32 hipertensos acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Cumprimos este indicador porque o médico e enfermeira monitoraram a orientação para atividade física regular aos usuários hipertensos/diabéticos, organizamos práticas coletivas para orientação de atividade física, demandamos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Além disso, realizamos atividades educativas na associação de bairro/comunitária mensalmente orientamos em relação à prática regular de atividade física aos usuários hipertensos/diabéticos e comunidade e capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática regular de atividade física e sobre metodologias de educação em saúde.

-Meta 12:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

-Indicador 12:Proporção de hipertensos/diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Na intervenção os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.No primeiro mês avaliamos 61(100%) hipertensos, segundo mês avaliamos 32 hipertensos acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Conseguimos, médico e enfermeira, cumprir este indicador ao monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos/diabéticos, demandamos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", porém estes não foram comprados durante

o período da intervenção. Também orientamos os hipertensos/diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Além disso, capacitamos a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

-Meta 13: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

-Indicadores 13: Proporção de hipertensos/diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nossa intervenção os 137(100%) usuários hipertensos e os 36(100%) usuários diabéticos avaliados receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês avaliamos 61(100%) hipertensos, no segundo mês avaliamos 32 hipertensos acumulando 93 (100%) e terceiro mês avaliamos 44 usuários acumulando 137(100%) usuários hipertensos na intervenção.

Relacionado com os usuários diabéticos no primeiro mês avaliamos 14(100%) diabéticos, segundo mês avaliamos 12 diabéticos acumulando 26 (100%) e terceiro mês avaliamos 10 usuários acumulando 36(100%) usuários diabéticos na intervenção.

Este indicador foi cumprido porque monitoramos a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos/diabéticos. Também o dentista participou nas atividades educativas na associação de bairro/comunitária, mensalmente, para orientar sobre a importância da higiene bucal aos usuários hipertensos/ diabéticos e seus familiares. Além disso, organizou capacitação dos profissionais sobre higiene bucal e capacitação a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

O dentista não organizou tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual na UBS porque durante a intervenção a cadeira odontológica esteve desmontada e estavam esperando licitação dos produtos odontológicos. Também a técnica de saúde bucal não organizou a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo mesmo motivo.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde em Boa Cica, estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Essa intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos que inicialmente era 160 usuários (34%) ao início da intervenção a 137 usuários (72,5%) ao finalizar a intervenção, e diabéticos de 43 usuários (32%) ao início da intervenção a 36 usuários (64,3%) ao finalizar a intervenção ultrapassando a meta estipulada de 50% para cada uma das ações propostas.

A melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. A intervenção exigiu a equipe capacitar-se para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas.

Com a ampliação da cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos conseguimos aumentar a atenção com qualidade por toda a equipe destes usuários. Melhoramos a qualidade da atenção a usuários hipertensos e/ou diabéticos garantido exame clínico adequado, exames complementares e exame odontológico identificar o estado de saúde dos usuários estudados para determinar a frequência do acompanhamento e vinculá-los aos medicamentos existentes na Farmácia Popular.

Com a melhoria da adesão aos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa diminuiu o número de faltosos a consulta e melhorou o acompanhamento. Assim como, com os registros e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos o que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda

espontânea. A classificação de risco destes usuários tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem avaliação que lograremos avaliar ao incorporar o programa a rotina diária da UBS.

As atividades de promoção e prevenção de saúde a usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade permitiu melhorar seus conhecimentos sobre o programa de HAS e DM, sobre a importância da alimentação saudável, à prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido todas as atividades que vinha desenvolvendo, com a equipe, porém por questões de tempo para estas atividades não foi assim. Também não foi suficiente a articulação que fizemos com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que finalizamos a intervenção percebo que a equipe está integrada e que teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas no período da intervenção. Essa será incorporada a rotina do serviço, para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha de todos os usuários hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, nos usuários que não foram avaliados nos 3 meses que realizamos a intervenção. Também continuaremos com as atividades educativas a comunidade e população alvo para aumentar os conhecimentos sobre o programa e as doenças do projeto.

A partir do próximo mês, como temos disponíveis ACS para todas as microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos através das visitas domiciliares dos usuários acamados que tem dificuldades de acesso a UBS, já que tínhamos dificuldades com o transporte na UBS, problema que foi resolvido. Além disso, pretendemos disseminar a intervenção para outras equipes e/ou UBS para melhorar a qualidade da atenção à saúde no

serviço em nosso município e ainda, tomando este projeto como exemplo, também queremos implementar o programa de pré-natal na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Eu, Coralía Cuenca Rodriguez, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção na UBS Boa Cica, focamos melhorar da qualidade da atenção para os usuários hipertensos e diabéticos porque a cobertura destas doenças era muito baixa, assim como a qualidade do atendimento, levando em consideração os protocolos do Ministério de Saúde. Para isto, desenvolvemos diferentes atividades na UBS por a equipe e a comunidade.

O gestor do município assegurou material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde por reposição. Também disponibilizou todas as fichas espelhos e outros materiais para desenvolver a intervenção.

Mantivemos encontros com líderes comunitários para informar sobre a realização da intervenção, e durante a mesma desenvolvi atividades educativas envolvendo os temas propostos pelo Ministério da Saúde.

Ao iniciar a intervenção tínhamos 34% de cobertura. Ao longo da mesma realizamos cadastramento de 137 usuários hipertensos (72,5%)e quanto aos usuários portadores de Diabetes Mellitus ao iniciar a intervenção tínhamos 32% de cobertura. Ao longo da mesma realizamos cadastramento de 36 usuários diabéticos cadastrados (64,3%).

Ao finalizar a intervenção ultrapassamos a meta estipulada de 50% e melhoramos os registros e a qualificação da atenção. Com a ampliação da cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos conseguiremos aumentar a atenção com

qualidade por toda a equipe destes usuários. Melhoramos a qualidade da atenção a usuários hipertensos e/ou diabéticos garantido exame clínico adequado, exames complementares e exame odontológico e identificamos o estado de saúde dos usuários estudados para determinar a frequência do acompanhamento e vinculá-los aos medicamentos existentes na Farmácia Popular.

A intervenção exigiu a equipe capacita-se para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

Com a melhoria da adesão a usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa diminuiu o número de faltosos a consulta e melhorou o acompanhamento. Assim como, com os registros e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos o que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco destes usuários tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Durante a intervenção tivemos alguns aspetos que se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, viabilizar a ampliação da intervenção e/ou implementar outras ações programáticas como por exemplo: reparação da centrífuga do laboratório do hospital municipal para a realização dos exames complementares dos hipertensos e diabéticos, montar a cadeira odontológica para o atendimento odontológico dos usuários, melhorar o subministro de medicamentos da lista de HIPERDIA na UBS, comprar os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e garantir a transportação a UBS nos dois turnos de trabalho para aumentar a cobertura dos usuários do programa.

As ações previstas no projeto foram incorporadas a rotina diária do serviço, por uma maior incorporação da equipe e as lideranças da comunidade nas atividades programadas para conseguir os resultados alcançados. Eu acho que com um maior comprometimento da gestora para solucionar os problemas identificados continuaríamos aumentando a cobertura e a qualidade do atendimento e a população ficaria mais satisfeita.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Eu, Coralia Cuenca Rodriguez, participante da equipe de médicos do Programa Mais Médicos, inserido no curso de Especialização em Saúde Família - UFPEL e como requisito de conclusão deste curso foi realizada a intervenção em usuários hipertensos e diabéticos porque a o número de usuários atendidos na UBS Boa Cica, o número de cadastrados estava abaixo da estimativa do Ministério da Saúde, assim como a qualidade do atendimento prestado não estava. Então o objetivo de nossa intervenção foi aumentar a cobertura de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e melhorar a qualidade do atendimento. Para isto desenvolvemos as várias atividades na UBS ao longo de 12 semanas, tempo de duração da intervenção.

Ao iniciar a intervenção tínhamos 34% de cobertura. Ao longo da mesma realizamos cadastramento de 137 usuários hipertensos (72,5%) e quanto aos usuários portadores de Diabetes Mellitus ao iniciar a intervenção tínhamos 32% de cobertura. Ao longo da mesma realizamos cadastramento de 36 usuários diabéticos cadastrados (64,3%).

Ao finalizar a intervenção ultrapassamos a meta estipulada de 50% e melhoramos os registros e a qualificação da atenção. Com a ampliação da cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos conseguiremos aumentar a atenção com qualidade por toda a equipe destes usuários. Melhoramos a qualidade da atenção a usuários hipertensos e/ou diabéticos garantido exame clínico adequado, exames complementares e exame odontológico e identificamos o estado de saúde dos usuários estudados para determinar a frequência do acompanhamento e vinculá-los aos medicamentos existentes na Farmácia Popular. A enfermeira monitorou o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia sendo adequada a chegada destes medicamentos mensalmente.

A intervenção exigiu a equipe capacita-se para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

Com a ampliação da cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos conseguimos aumentar a atenção com qualidade por toda equipe para estes usuários, garantido exame clínico adequado, exames complementares e exame odontológico, identificamos o estado de saúde dos usuários estudados para determinar a frequência do acompanhamento e vincula-los aos medicamentos existentes na Farmácia Popular.

Com a melhoria da adesão a usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa diminuiu o número de faltosos a consulta e melhorou o acompanhamento. Assim como, com os registros e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos o que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco destes usuários tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Também não foi suficiente a articulação que fizemos com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. O agendamento e atendimento da população nos diferentes programas são necessários e também tem prioridade.

Agora que finalizamos a intervenção percebo que a equipe está integrada e que teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isso, vamos ampliar o trabalho com a comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha de todos os usuários hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, nos usuários que não foram avaliados nos 3 meses que realizamos a intervenção. Também continuaremos com as atividades educativas a comunidade e população alvo para aumentar os conhecimentos sobre o programa e as doenças do projeto.

A partir do próximo mês, como temos disponíveis ACS para todas as microáreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos através das visitas domiciliares dos usuários acamados que tem

dificuldades de acesso a UBS, já que tínhamos dificuldades com o transporte na UBS, problema que foi resolvido. Além disso, pretendemos disseminar a intervenção para outras equipes e/ou UBS para melhorar a qualidade da atenção à saúde no serviço em nosso município e ainda, tomando este projeto como exemplo, também queremos implementar o programa de pré-natal na UBS.

Esperamos o apoio da comunidade com o serviço para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor e isto pode ser logrado com a assistência a consultas agendadas, a realização dos exames orientados, a participação nas atividades educativas, a realização do tratamento adequadamente. Com isto evitaremos complicações e diminuiremos a morbimortalidade por estas doenças.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei o curso eu estava muito curiosa de como seria o desenvolvimento do mesmo. Pouco a pouco percebi como foram acontecendo as tarefas e como foi minha preparação para desenvolver as mesmas.

O curso foi muito importante para minha prática profissional já que com ele atualizei meus conhecimentos clínicos segundo os protocolos brasileiros e aumentei meus conhecimentos no Sistema Único de Saúde do Brasil. Isto permitiu uma melhor interação com a equipe de saúde e atualizar seus conhecimentos também.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso foram que conheci os protocolos brasileiros com maior profundidade, assim como atualizei meus conhecimentos nas doenças mais frequentes no Brasil, isto permitiu compartilhar estes conhecimentos com a equipe de saúde e melhorar a qualidade do atendimento dos usuários na UBS Boa Cica.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. 160p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2013. 128p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevalência da hipertensão arterial no Brasil**. Disponível em: <http://www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil/>. [Citado em maio de 2013]

DA VEIGA, CHAVES R. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil e manejo usual da doença na atenção primária**. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/76194>. [Citado em fevereiro de 2015]

FERNANDES, CARMECINI T, BERTOLDI NUCCI L. **Prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 no Brasil**. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/129617408/>. [Citado em fevereiro de 2015]

PESSOA CESSE EA, FREESE DE CARVALHO E, VIEIRA DE SOUZA W, FEITOSA LUNA C. **Tendência da mortalidade por diabetes melito no Brasil: 1950 a 2000**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53/6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n6/11.pdf>. [Citado em fevereiro de 2015]

Apêndices

Apêndice A –Fotos

Figura 6: Em atendimento clínico.



Figura 7: Em capacitação a equipe de Saúde da Família.



Figura 8: Em atividade com a comunidade.



Figura 9: Com grupo de HIPERDIA.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, (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