

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turman⁰⁹**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, UBS Dr. Chico Costa,
Mossoró/RN.**

Yosniel Blanco Matos

Pelotas, 2016

Yosniel Blanco Matos

**Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, UBS Dr. Chico Costa,
Mossoró/RN.**

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

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016

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

M433a Matos, Yosniel Blanco

Atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes, UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN / Yosniel Blanco Matos; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho para todas as pessoas que precisam de um material educativo e profissional para seu desempenho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela força que oferece para mim coragem no meu empenho na realização deste trabalho.

A minha família pelo apoio na distância.

A toda equipe de trabalho da unidade básica de saúde.

A meu orientador Jandro Moraes Cortes por sua dedicação e compreensão.

Resumo

BLANCO MATOS, Yosniel, Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Costa, Mossoró, RN. **2016**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A ocorrência de Diabetes Mellitus nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passe a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Na Atenção Primária à Saúde, a finalidade da ação programática da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção. O objetivo geral foi melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Dr. Chico Costa, Mossoró/RN. Foi desenvolvida uma intervenção no período de três meses na área da equipe da Unidade Básica de Saúde e participaram todos os hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações; o cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados foi feito no momento da consulta. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho. Os dados obtidos destes registros foram preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. De um total de 656 hipertensos, acompanhamos 393 na ação programática, alcançando, ao final da intervenção, uma cobertura de 59,9%. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 20,9% no 2º mês foi de 38,6%; no 3º mês atingiram-se 59,9%. A população-alvo para os diabéticos era de 271 moradores. Deste total, acompanhados 162 na ação programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 62%. A evolução desse indicador foi no 1º mês o percentual de 20,3%; no 2º mês foi de 36,2%, e no 3º mês atingiu-se 62,0%. O estudo para a comunidade foi ótimo, muitos usuários puderam ter acesso e/ou aprimorar os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das duas doenças, conheceram os direitos em relação à

manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi maior. A Unidade Básica de Saúde teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação da equipe e promoveu o trabalho em equipe.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos	51
Figura 2	Visitas domiciliares	52
Figura 3	Reunião de equipe para capacitação no desenvolvimento das ações	53
Figura 4	Atividade educativa com grupo de usuários hipertensos e diabéticos.	54
Figura 5	Reunião com o Gestor	55
Figura 6	Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	59
Figura 7	Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	60
Figura 8	Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	61
Figura 9	Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	62
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com exames dos pés em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016	63
Figura 11	Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	64
Figura 12	Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	65
Figura 13	Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	66
Figura 14	Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	67
Figura 15	Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de	68

	atendimento odontológico na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	
Figura 16	Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	69
Figura 17	Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	70
Figura 18	Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	72
Figura 19	Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	73
Figura 20	Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	74
Figura 21	Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	75
Figura 22	Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	77
Figura 23	Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	78
Figura 24	Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	79

Figura 25	Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	80
Figura 26	Proporção de Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	81
Figura 27	Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	82
Figura 28	Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	83
Figura 29	Proporção de Hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	84
Figura 30	Proporção de Diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Cito patológico
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma	50
3 Relatório da Intervenção	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	55
4 Avaliação da intervenção	56
4.1 Resultados	56
4.2 Discussão	82
5 Relatório da intervenção para gestores	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
Referências	91
Anexos	93

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância (Ead), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), versa sobre a intervenção cujo objetivo foi a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS Dr. Chico Costa, em Mossoró/RN. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete itens, complementares entre si, na seguinte ordem:

Item 1 – Análise Situacional – relatório no qual está inserida a avaliação da Unidade Básica de Saúde, do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresenta-se o município ao qual pertence a UBS em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Item 2 – Análise estratégica – onde buscou descrever o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Dr. Chico Costa. Apresentam os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Item 3 – Relatório de intervenção – local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

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

Itens 5 e 6 - relatórios da intervenção para gestores e comunidade - Apresenta uma análise dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

Item 7 – reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – onde é apresentada a visão pessoal da autora sobre todo o processo de aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha unidade de saúde UBS “Dr. Chico Costa” está localizada na área do bairro Santo Antonio, em Mossoró, estado do Rio Grande do Norte. A unidade possui quatro equipes de saúde, com sala de acolhimento, recepção, sala para arquivos e prontuários (SAME), farmácia, sala de vacina, sala de administração, sala de reuniões, consulta de enfermagem e consultas médicas. A equipe de saúde é composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, oito agentes de saúde e o médico. Oferecemos atendimento no horário da manhã e da tarde, além disso, visita domiciliar para aqueles usuários que precisam deste serviço. Em nossa área de abrangência, temos uma escola onde fazemos promoção e prevenção de saúde. Não temos atendimento para outras especialidades.

Temos 1.235 famílias e uma população de 5.987 pessoas, com predomínio das pessoas idosas com 69%, com 15% de gestantes e 16% de crianças. Temos a presença de muitas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis com predomínio da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, assim como as doenças mentais com o número elevado de usuários. Também há elevado risco de alcoolismo e toxicodependência.

Devemos manter as atividades de pesquisa de doenças crônicas e infecciosas, realização de palestras e atividades com os grupos de risco, famílias e comunidade em geral. Manter uma adequada relação com o governo e a secretaria municipal de saúde, para fazer mudanças para elevar a qualidade de saúde em nosso município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Mossoró é um município brasileiro no interior do estado do Rio Grande do Norte, situado na região nordeste do país. Ocupa uma área de 2.099km², sendo o maior município do estado em área, estando distante 281 quilômetros da capital do estado, Natal. Em 2014, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 284.288 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte e o 92º de todo o país.(IBGE, 2014).

É uma das principais cidades do interior nordestino, e atualmente vive um intenso crescimento econômico e de infra-estrutura, considerada uma das cidades de médio porte brasileiras mais atraentes para investimentos no país.O município é o maior produtor em terra, de petróleo no país como também de sal marinho,(IBGE,2014).

O município de Mossoró conta com 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo estas 64 equipes de saúde da família, com um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialização Odontológica (CEO), os quais não estão disponíveis para todo o município. Além disso, dispõe do Hospital Geral “Tarcisio Maia”, do Hospital da Mulher e a Casa de Saúde para acompanhamento das grávidas, assim como o Hospital Psiquiátrico “São Camilo”, um hospital para tratamento de doenças contagiosas “Rafael Fernandes” e um Centro de Pronto Atendimento (PAM). Na atenção especializada temos: oftalmologista, cardiologista, dermatologista, pediatra, temos: clínico, psiquiatra, odontologista, neurologista e ginecologista.

Estou trabalhando na UBS chamada “Dr. Chico Costa”. É uma UBS urbana, com modelo de atenção de Saúde da Família. Mantém vínculo com o SUS e, com as instituições de ensino de forma adequada e contínua. Ela tem quatro equipes de saúde, compostas por quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, 32 agentes de saúde, dois odontologistas, quatro técnicas em odontologia, uma técnica em farmácia e dois trabalhadores de serviços gerais.

A unidade tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários (SAME), sala de vacina, sala de curativos, farmácia, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros em quanto para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos.

A UBS está localizada longe da população, com dificuldades para a transferência de usuários para a UBS. Tem departamentos como farmácia e sala de ACS desprovidos de recursos adequados que não permitem um correto desenvolvimento profissional e atenção ao usuário. Ausência de sala para coleta e nebulização, que impedem de fazer um diagnóstico rápido, oportuno e eficaz tratamento para o paciente. O Consultório médico é pequeno e com pouca ventilação, sendo pouco confortável para exame do usuário e trabalho médico. Pouca sinalização com figuras para usuários, onde muitos são analfabetos e estão desorientados no local, além disso, há presença de barreiras arquitetônicas. Para a solução deve ter participação de todas as instâncias de governo, conselho local, além da movimentação dos moradores. Nossa equipe deve levantar dados que demonstrem a relevância do problema, e que fossem acompanhados do suprimento de equipamentos de informática e mobiliário adequado para garantir a boa ambiência da UBS.

Em relação às atribuições dos membros da equipe, é um processo complexo onde oferecemos atenção com integralidade e equidade. Em minha UBS, os profissionais participam na identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, assim como identificação de grupos de agravos, mais existem membros com identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, assim como identificação de grupos de agravos que não estão completas. Além disso, fazemos atendimentos às grávidas, crianças, idosos, doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, entre outros; com visão do usuário como um todo biológico, psicológico e social, com indicações de exames, embora tenham problemas dos mesmos, pela demora em sua realização. Não são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos, não atendimentos de urgências / emergências. É prioridade também, a visita e cuidado domiciliar. Apresentamos os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e nossa população tem boa aceitação, temos problemas com os usuários de saúde mental, precisando de um especialista em psiquiatria para uma atenção com qualidade. A equipe deve alcançar o cadastro de 100% da população com participação ativa das

agentes comunitários de saúde e, melhorar a participação da comunidade e as ações inter-setoriais. É importante o apoio federal, estadual ou municipal para priorizar a disponibilidade de médicos especialistas em função da população, especialmente psiquiatra e psicólogo, melhorar o jeito para realização de exames complementares dos usuários, assim como a necessidade de salas para pequenas cirurgias/procedimentos e atendimentos de urgências / emergências.

Em relação à população da área adstrita, temos 5.987 usuários cadastrados pela equipe de saúde, fazemos ações de promoção e prevenção de toda a população. Nossa equipe está distribuída de um jeito adequado, onde as oito agentes de saúde garantem o trabalho em equipe, sendo apropriado o tamanho do serviço para o tamanho da área. Há predomínio do sexo feminino e a faixa etária mais presente é de 35 a 49 anos.

Em relação à atenção da população em nossa UBS, a mesma cumpre com cronograma estabelecido, na linha de frente do nosso acolhimento temos a técnica de enfermagem, o enfermeiro, e técnica do SAME (arquivo de prontuários), eles executam a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados o acolhimento é pela equipe de referência do usuário, recebem orientações específicas. As situações agudas como: crianças com febre, pressão arterial elevada, crises de asma brônquica, dor aguda, usuários com sintomas ou sinais que comprometem a vida e outros, têm prioridade sempre e não há limite de atendimento. Eu entendo que o efetivo trabalho em equipe produz relações solidárias e complementares entre os profissionais, gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

Em nossa UBS, fazemos atendimento de puericultura duas vezes na semana tanto o enfermeiro como o médico. Nas consultas são realizadas adequadas anamnese, exame físico completo, avaliação de situações reconhecidas de vulnerabilidade, também orientações sobre vacinas, teste do pezinho, teste de audição, prevenção de acidentes e outros. A visita domiciliar e a primeira consulta de puericultura, sem dificuldade, mas temos dificuldade com as consultas de pediatria, já que temos poucos especialistas, geralmente trabalham em uma UBS perto, mas a mãe tem dificuldade para assistir com as crianças avaliadas. Temos algumas dificuldades, fundamentalmente com atraso das consultas agendadas, com realização de teste do pezinho em tempo, assim como triagem auditiva que não se

faz na unidade e, as mães não assistem ao otorrinolaringologista para fazê-lo. Nossa equipe fez o levantamento de quantas crianças precisariam de acompanhamento especializado, para levar à secretaria municipal de saúde a necessidade de especialista pediatra. Também a discussão em reunião de equipe para levar ações junto à comunidade que esclareçam a importância da realização de teste do pezinho em tempo, assim como, triagem auditiva como prioridade, como nova estratégia de recuperação de atraso das consultas agendadas em um período menor de três meses.

Em nossa UBS, se faz necessário que os profissionais ofereçam um atendimento de qualidade, do acolhimento e a escuta das necessidades da gestante até o conhecimento científico adequado com protocolos específicos. É o programa com certa prioridade, mas infelizmente temos dificuldade com a cobertura das gestantes da UBS, pois a equipe tem que reforçar a busca ativa das gestantes na comunidade, assim como a busca ativa das usuárias faltosas. A captação precoce das gestantes para o início do pré-natal precisa também ser reforçada e, o adequado exame ginecológico de todas as gestantes e puerperais, alcançar isso pela equipe é prioridade, temos a tarefa de aumentar os grupos de gestantes assim como as ações educativas; a conscientização da mulher e do parceiro quanto à relevância de exames; assim como adequada vinculação às maternidades, casas de parto como fato imprescindível. Devemos oferecer dados a secretaria de saúde municipal sobre a necessidade de avaliação e o acompanhamento psicológico das gestantes com probabilidade de possuírem depressão pós-parto. A relação com meio hospitalar não é ótima, a gerência da UBS faz reuniões com a gerência hospitalar para melhorar o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra referência, que deve ser garantido.

Em nossa UBS, temos um pouco baixa a cobertura de mulheres em idade fértil, assim como atraso de exames citológicos, demora em oferecer resultados de exame cito patológico, então temos que aumentar as pesquisas dos grupos de riscos (precocidade na primeira relação sexual, promiscuidade, parceiro sexual de risco, multiparidade, primeira gestação precoce, tabagismo...) e, aumentar as atividades de promoção e prevenção para que a população tenha mais conhecimento e possa modificar comportamentos e estilos de vida inadequados, fundamentalmente em adolescentes. Mantemos uma avaliação adequada da

paciente doente, em conjunto com a gerência da à UBS aumentar o número de consultas na semana para recuperar os exames atrasados; fazer pesquisa ativa de mulheres em consultas assim como visita domiciliar. O governo e a Secretaria de Saúde Municipal devem oferecer para a unidade, o serviço de internet para fornecer os resultados em tempo preciso para tomar uma conduta.

Além disso, temos que fazer atividades de prevenção sobre os fatores de risco de câncer da mama, pesquisa ativa de mulheres, para que elas tenham um adequado conhecimento sobre os sintomas mais comuns de câncer de mama, importância do auto-exame das mamas e realização de mamografia de aquelas que precisem; oferecer palestras em escolas, grupos de adolescentes, conjunto de mulheres idosas, aquela mulher portadora de doença deve conhecer sobre exercícios físicos adequados, oferecer cuidados com auto-estima, nutrição, integração a sociedade. É importante uma avaliação com a Secretaria Municipal de Saúde sobre as necessidades da população de fazer os exames de um jeito rápido. Também, buscar ter um profissional que se dedique a tempo completo a este programa. Devemos manter em nossa unidade, um registro mais específico, atualizado da doença, que permita fazer estudos, comparações sobre o câncer da mama.

Em nossa UBS, a realização da ação programática de hipertensão e diabetes é feita quatro vezes na semana. Agendamos os usuários continuamente que precisam acompanhamento. Nossa UBS não conta com um local para observação daquele paciente com sintomas e valores altos de pressão arterial. Há atraso na realização de exames complementares pelo SUS. Temos dificuldade em avaliação por cardiologista. Eu acredito que temos que continuar trabalhando na pesquisa ativa, para diminuir a morbidade oculta, a equipe de saúde deve fazer o levantamento anual que pode sugerir a subnotificação de usuários com a doença, que também sugere a importância do estabelecimento de estratégias de prevenção pela equipe de saúde, possibilitando a identificação precoce do risco da doença. Ampliar a capacidade da UBS para a abordagem integral do paciente conjuntamente com o Ministério da Saúde através de emendas parlamentares, a criação da sala para maior observação dos usuários. Aumentar as atividades de promoção e prevenção na população e atividades educativas nas escolas, associação de bairros e igrejas. Conseguir conjuntamente com a secretaria municipal de saúde, um jeito

rápido para a realização de exames complementares, assim como elevar o número de cardiologistas para acompanhamento dos usuários que precisem.

Geralmente, fazemos o exame físico geral e por sistemas embora devêssemos aumentar a qualidade na realização de exame dos pés, exame dos pulsos tibial posterior e pedioso; assim como medida da sensibilidade dos pés, todos os usuários devem ter sua avaliação neste ano para conhecer possível complicação. Há um atraso na realização de exames complementares pelo SUS. Temos dificuldade em avaliação por endocrinologista. Devemos fazer o levantamento anual que pode sugerir a subnotificação de usuários. Levar a equipe de saúde a possibilidade de aumentar outro dia para atendimento dos usuários portadores da doença. Aumentar o número de reunião de grupo para orientações sobre fatores de risco, tratamento e controle da doença, envolvendo família e cuidadores. Lograr conjuntamente com a secretaria municipal de saúde um jeito rápido para a realização de exames complementares, assim como elevar o número de endocrinologistas para acompanhamento dos usuários que precisem.

Em minha unidade básica de saúde fazemos atendimento de usuários idosos três vezes à semana, assim como visitas domiciliares. Geralmente, a consulta é desenvolvida pelo médico e pelo enfermeiro, embora não todos os usuários têm avaliação multidimensional e de fragilização. Não temos o protocolo de atendimento para idosos, além disso, temos o NASF em nossa área. O sistema de contra-referência hospitalar não é “ótimo”.

Eu acredito que a atenção ao paciente idoso deve ser integral, oferecendo maior segurança em todos os sentidos, devemos elevar nossos conhecimentos em relação ao paciente porque eles têm características especiais, devemos fazer palestras com todas as pessoas da equipe, com temas especiais como apresentação atípica das doenças, as síndromes geriátricas, avaliação da funcionalidade familiar, estresse do cuidador, violência intrafamiliar e outros; cadastrar todas as pessoas idosas e manter cadastro atualizado. Fazer avaliação multidimensional e de fragilização nos próximos três meses a todos os idosos, assim como aqueles com acompanhamento atrasado; com adequado registro na UBS, para oferecer estratégias fundamentalmente daquele com sintomas de fragilidade e evitar a instalação da síndrome e realizar visitas domiciliares conforme a planejamento assistencial, maior controle ambulatorial de doenças crônicas e seus fatores de risco, manter pesquisa do câncer com a realização de tacto retal,

dosagem de PSA e exame da mama, assim como avaliação bucal para todos os idosos; ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer; alcançar um adequado sistema de referência e contra-referência hospitalar com a realização de reuniões entre atenção primária e secundária. Ligação da família com a comunidade é fundamental, devemos identificar aquelas famílias disfuncionais e oferecer entrevistas, palestras, troca com gerações mais jovens buscando compreender a funcionalidade familiar; avaliação com a Secretaria de Saúde Municipal a necessidade de criação de Equipe Multiprofissional com psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista para avaliação integral e contínua; avaliação de ações governamentais para dar respostas às necessidades de saúde da população idosas como boas condições de vida, de moradia, alimentação, transporte, acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida. Alcançar estratégias intersetoriais que busquem ambientes e entorno seguros e saudáveis.

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

Nossa avaliação final foi muito mais específica e adequada, no início do curso não conhecíamos de verdade os problemas de nossa Unidade Básica de Saúde, e pouco a pouco com o desenvolvimento dos temas e, com o apoio do nosso orientador, fomos capazes de especificar cada problemática e buscar possível solução. Felizmente, as informações foram mais detalhadas, os resultados mais específicos tiveram um análise mais ampliada das ações planejadas e levadas na Unidade Básica de Saúde, com a participação de toda a equipe, usuários, comunidade e redes de apoio.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão é mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, contra apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.

Já o tempo médio de ensino é inversamente proporcional à hipertensão: quanto maior a escolaridade, menor a taxa. Entre aqueles com até oito anos de educação formal, 37,8% de hipertensão; na outra ponta, com 12 anos ou mais de ensino, o percentual fica em 14,2%.(Ministério de Saúde ,2014).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passe a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (OMS, 2003). A finalidade da ação programática da HAS e DM é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2013; 2013b)

A UBS “Dr. Chico Costa” tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários (SAME), sala de vacina, sala de curativos, farmácia, quatro consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos. A equipe de saúde está composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, 8 agentes comunitárias de saúde, agora sem odontologista, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnica em farmácia. Minha população adstrita é de 5987 usuários. Em minha UBS, a realização da consulta para hipertensos é quatro dias na semana. Agendamos usuários continuamente que precisam acompanhamento, geralmente fazemos o exame físico geral e por sistemas, assim como a conduta adequada para aqueles usuários que precisam.

Na UBS Dr. Chico Costa tem-se 59,9% de acompanhamento aos usuários hipertensos residentes na área de cobertura (656 usuários de acordo com o

Caderno de Ações Programáticas - CAP) e 62% de indicador de cobertura segundo o CAP para usuários diabéticos, ou seja, 168. Agendamos usuários continuamente que precisam de acompanhamento regular, de acordo a Protocolo de atenção à hipertensão e diabetes. A qualidade de atenção da população deve melhorar, onde fatores oferecem dificuldades como: atraso na realização de exames complementares pelo SUS, assim como rápida avaliação por endocrinologista e cardiologista. Atualmente, fazemos promoção de saúde para que a população tenha mais conhecimento e modifique comportamentos e estilos de vida inadequados fundamentalmente.

Em minha UBS, os profissionais priorizam ações direcionadas à prevenção e a promoção da saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, na identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, estimula ao autocuidado, fazem reuniões, encontros com aqueles usuários. Além disso, detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado. Temos dificuldades por pouca participação dos usuários diabéticos e hipertensos nos grupos, pouca disponibilidade de tempo das agentes de saúde para a capacitação, além da demora em marcar no SUS para a realização de exames complementares, falta na farmácia de medicamentos controlados de alta demanda e a ausência de odontólogo na UBS. Também temos dificuldade com registro específico dos usuários, assim como disposição de arquivos eletrônicos. Para ajudar o monitoramento e avaliação, temos aspectos que viabilizam a realização da intervenção como todas as condições de estrutura na UBS, todo o equipamento em ótimas condições, adequada preparação intelectual do médico e o enfermeiro, assim como o apoio integral da gerência da UBS e Secretaria de Saúde.

Eu entendo que a intervenção pode ajudar a melhorar os indicadores de saúde da UBS e município, e vai a oferecer maior relação entre os usuários e os profissionais de saúde, com as capacitações dos profissionais aumentam os conhecimentos sobre adequada avaliação e acompanhamento dos doentes, os usuários terão conhecimentos das doenças com possíveis complicações, além disso, o contato com lideranças comunitárias vai oferecer maior apoio para a atenção dos usuários; deste jeito o usuário terá uma avaliação biológica, psicológica e social com aumento da expectativa da vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Atenção á pessoas com hipertensão e/ou diabetes Mellitus na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar o índice de cobertura de diabéticos e hipertensos cadastrados residentes na área adstrita.

1.1– Meta de cobertura – cadastrar 95% dos hipertensos da área da abrangência.

1.2- Meta de cobertura - cadastrar 95% dos diabéticos da área da abrangência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 137, no município Mossoró - RN, e participarão da intervenção como público alvo, todas as pessoas com 20 anos ou mais, com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes e residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS). As ações realizadas serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013a) e Cadernos de Atenção Básica n. 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013b) e no protocolo municipal do programa de HIPERDIA.

Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas, estas últimas norteadas por quatro eixos organizativos: monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica, e organização e gestão do serviço. As atividades realizadas com cada usuário atendido serão registradas no prontuário clínico individual cumprindo com o regulamentado no Comitê de Ética (ANEXO A). O cadastro dos hipertensos e diabéticos no programa será registrado na planilha de coleta de dados (ANEXO B), assim como, os dados obtidos na avaliação das fichas espelho (ANEXO C). Respeitando o termo de responsabilidade de uso de fotografias (ANEXO D).

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas:

1.1. Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e os registros dos usuários para observar o número de usuários cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção de novo usuário hipertenso e/ou diabético, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A enfermagem será informada do usuário recentemente diagnosticado e fará o cadastramento do usuário. A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica. O uso dos medicamentos, exames e acompanhamento pode ser revisado durante os acolhimentos. Os esfigmomanômetros da unidade deverão ser calibrados pelo INMETRO, semestralmente, para garantir um bom acompanhamento clínico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao

Início da intervenção, com a responsabilidade do médico e o enfermeiro da equipe. Além disso, serão realizadas as orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Realizar capacitações durante as reuniões semanais com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico, além do primeiro encontro de capacitação na primeira semana de intervenção. Ação que terá a coordenação do médico e do enfermeiro.

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

Metas

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos será realizado a partir preenchimento do registro específico, por qualquer membro da equipe, sinalizando com sistema de alerta aqueles com exames em atraso ao enfermeiro para tomar as devidas providencias de acompanhamento.

O monitoramento dos usuários com exames laboratoriais será realizado mediante adoção da ficha espelho para todos os cadastrados na UBS, utilizando sistema de alerta sinalizando exames em atraso e terá como responsável pela coordenação ao enfermeiro semanalmente.

Haverá prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho.

O monitoramento dos diabético-hipertensos que necessitam de atendimento odontológico será realizado ao preencher a ficha espelho do usuário. Caso haja necessidade de avaliação odontológica de acordo com a periodicidade preconizada pelo protocolo, nas reuniões de equipe semanais ao enfermeiro irá sinalizar a necessidade para a equipe de odontologia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As discussões e orientações sobre o protocolo será realizada na primeira semana de intervenção sob responsabilidade do médico, além disso, serão discutidas nas reuniões de equipe semanais. A impressão do protocolo atualizado de acompanhamento de hipertensos e diabéticos será realizada pelo gestor em uma reunião para abordar sobre a intervenção, garantir o protocolo impresso disponível, a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Será realizada na primeira semana da intervenção pelo médico.

Responsabilizar um profissional da equipe de saúde (farmacêutico) para controle de estoque, validade e necessidade de medicamentos da farmácia popular pelos usuários com frequência semanal.

Para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ao fazer o registro específico (ficha-espelho) e observar a necessidade a partir da última consulta com a odontologia, será discutido em reunião de equipe de forma que seja acolhido. Esta ação será feita por todos os que farão o acolhimento e o médico no atendimento clínico. Na primeira semana será organizada a partir da reunião com a equipe para a capacitação do protocolo, atendimentos em saúde bucal para esta ação programática, tendo como responsabilidade o médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- 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.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

As orientações acima serão fornecidas, rotineiramente, durante as consultas clínicas, reuniões com a comunidade que será realizada mensalmente pela médica e pelo enfermeiro.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

A capacitação da equipe com os seguintes temas: para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizarem atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde e no primeiro encontro para capacitação do protocolo, que será realizado na primeira semana da intervenção pelo médico.

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

Metas

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

A partir da adoção do registro específico proposto pelo curso (ficha-espelho), acomodadas em arquivo próprio, as consultas de hipertensos e diabéticos serão monitoradas pelo enfermeiro, semanalmente. Identificando-se atraso nas consultas seja pelo monitoramento da periodicidade ou, pela identificação nas visitas domiciliares, será discutido na reunião de equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Na reunião de equipe semanal, o médico e o enfermeiro irão organizar a agenda para acolhimento dos usuários provenientes das buscas domiciliares deixando horários disponíveis com as ACS para atendimento clínico ou acolhimento com o enfermeiro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS cujo responsável é a equipe de enfermagem na primeira semana, reuniões de comunidade mensais realizadas pelo médico e o enfermeiro e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

O treinamento dos ACS para orientação quanto à periodicidade da realização de consultas dos hipertensos e diabéticos será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e o enfermeiro, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

Através de revisão mensal das fichas-espelho pela equipe de enfermagem da UBS será monitorada a qualidade dos registros do programa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As informações no SIAB serão registradas por todos os ACS sob supervisão do enfermeiro mensalmente. A implantação do registro específico será realizada pela equipe de enfermagem e pelo médico em cada contato com os usuários. O monitoramento dos registros será feito pelo enfermeiro mensalmente, inclusive organizar sinalizar situações de alerta no intuito de sinalizar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com o enfermeiro e o médico, reuniões de comunidade mensal com o enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

A capacitação e o preenchimento e registro adequado da ficha espelho de todos os registros dos hipertensos e diabéticos, será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e o enfermeiro, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

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

Metas:

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O monitoramento será realizado pelo enfermeiro mensalmente junto com as fichas espelhos e, sinais de alerta quanto à periodicidade das ações de acompanhamento preconizadas pelo protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Pela estratificação de risco dos usuários a partir do preenchimento adequado da ficha espelho, sabem-se quais os que são de alto risco. Para esses usuários, será reservado um horário prioritário na agenda para atendimento clínico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com o enfermeiro e o médico, reuniões de comunidade mensal com o enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e o enfermeiro, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS:

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com o enfermeiro e o médico, reuniões com a comunidade mensal a ser feita com o enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

O enfermeiro irá monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de prática física sob responsabilidade da equipe

de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto à prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião do médico com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A organização do tempo médio de consultas será realizada pelo médico junto ao gestor neste encontro.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com o enfermeiro e o médico, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pelo enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pelo médico e o enfermeiro, além da capacitação promovida pelo médico na primeira semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.2. 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 4.1. 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 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Meta 5.1 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 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. 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 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. 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 6.6. 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 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. 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 a realização da intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus utilizamos os CAB 36 E 37, o prontuário específico e a ficha espelho disponíveis. A ficha prevê a coleta de informações sobre estratificação risco cardiovascular por critério clínico, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular, avaliação da saúde bucal em dia, exame físico dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos usuários diabéticos). Estimamos alcançar com a intervenção 656 hipertensos e 271 diabéticos. Nós fizemos contato com o gestor municipal para as disposições de todas as fichas espelho necessárias na primeira semana de intervenção, tendo como responsável o médico. Para o acompanhamento mensal da intervenção contamos com planilha eletrônica de coleta de dados que foi monitorada pelo médico.

Para organizar o registro específico do programa o enfermeiro revisou o livro de registro, identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. O enfermeiro localizou os prontuários destes usuários e transcreveu todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizou o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos usuários diabéticos), complementares periódicos em dia, estratificação risco cardiovascular por critério

clínico, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular e avaliação da saúde bucal em dia.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos, houve necessidade de alterar a organização das consultas para esta ação programática de modo a agendar com brevidade os usuários provenientes da busca ativa, reservando dois turnos semanais de atendimento e seis consultas com prioridade no agendamento de atendimento e sairão da unidade básica de saúde com a próxima consulta agendada, assim como prioridade para os usuários de alto risco. Cada membro foi responsável de acordo com suas atribuições profissionais, o acolhimento ocorreu na UBS (segunda até quinta-feira) e a realização das visitas domiciliares (todos os dias pelas agentes comunitárias de saúde).

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para utilização do protocolo, considerando que a análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, nós começamos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorreu na própria UBS, para isto nós disponibilizaremos 1 hora ao início e quinze dias depois, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudou uma parte do protocolo e exporem o conteúdo aos outros membros da equipe. A equipe de saúde foi capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorreu na primeira semana da intervenção tendo como responsável o médico. Também o uso dos medicamentos disponíveis na farmácia popular Hiperdia, atualização dos principais tratamentos das doenças, regularidade de exames complementares, além disso, as principais atribuições dos membros da equipe, estratificação de risco e o escore de Framingham. Na UBS, sendo responsáveis o médico e o enfermeiro.

Para viabilizar a ação de sensibilizar a comunidade/engajamento público, fizemos contato com os líderes ou representantes da comunidade, na escola, a igrejas da área de abrangência e apresentamos o projeto esclarecendo a

importância da realização do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Solicitamos apoio da comunidade (fundamentalmente à família) no sentido de ampliar a captação e participação destes usuários no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Essas orientações foram fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que foram realizados uma vez por mês com o enfermeiro e o médico, reuniões de comunidade mensal com o enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população.

Para monitoramento e avaliação, semanalmente o enfermeiro examinou as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estiveram com consultas, estratificação de risco cardiovascular, exames clínicos, exames complementares em atraso. Ao fazer a busca, já agendaram ao usuário para um horário de sua disponibilidade. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha- espelhos foram consolidados em meu registro.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais sobre diferentes aspectos do protocolo	x		x													
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reunião com o gestor parcerias institucional para cuidado multiprofissional	x				x											
Registro de medicamentos necessários aos diabéticos e hipertensos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias	x				x						x				x	
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Promover atividades físicas e alimentação com o grupo de hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividades de orientação à comunidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da ação programática	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento e organização da agenda de acordo com a classificação de risco, principalmente ao alto risco e a realização de estratificação de risco.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Monitoramento e organização da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegando ao final da intervenção cujo foco foi a ação programática HAS e DM na Unidade Dr. Chico Costa têm que dizer que a equipe ficou com grande satisfação e felicidade, pois percebemos os resultados de nossos esforços. Quando planejamos a intervenção ficamos sabendo que o trabalho seria difícil e precisava de muita dedicação; mas ao começar foi difícil mesmo, pois todos tínhamos muitas dúvidas e a população, além de falar que gostava, mostrava pouca confiança, pois nunca tinham participado de algo assim. Ficamos calmos, porque nossa caminhada tinha propósitos muito definidos e os resultados que íamos obter seriam benéficos para melhorar a qualidade do trabalho na Unidade e a qualidade de vida de nossos usuários.



Figura1: Registro da aferição da pressão arterial e preenchimento dos impressos



Figura 2: Visitas domiciliares.

A equipe de saúde foi capacitada para realizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, que ocorreu na primeira semana da intervenção tendo como responsável o médico. Também o uso dos medicamentos disponíveis na farmácia popular Hiperdia, atualização dos principais tratamentos das doenças, regularidade de exames complementares, além disso, as principais atribuições dos membros da equipe, estratificação de risco e o escore de Framingham. Na UBS, responsáveis o médico e o enfermeiro, (fig. 4).



Figura 3: Reunião de equipe para capacitação no desenvolvimento das ações.

Para viabilizar a ação de sensibilizar a comunidade/engajamento público, fizemos contato com os líderes ou representantes da comunidade, na escola, a igrejas da área de abrangência e apresentamos o projeto esclarecendo a importância da realização do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Solicitamos apoio da comunidade (fundamentalmente à família) no sentido de ampliar a captação e participação destes usuários no grupo comunitário da área, e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Essas orientações foram fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que foram realizados uma vez por mês com

o enfermeiro e o médico, reuniões de comunidade mensal com o enfermeiro e o médico e demais atividades que envolvam a população, (fig. 4).



Figura 4: Atividade educativa com grupo de usuários hipertensos e diabéticos.

Para monitoramento e avaliação, semanalmente o enfermeiro examinou as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estiveram com consultas, estratificação de risco cardiovascular, exames clínicos, exames complementares em atraso. Ao fazer a busca já agendaram ao usuário para um horário de sua disponibilidade. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha- espelhos foram consolidados em meu registro.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na primeira semana aconteceu uma reunião do médico com o gestor para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade (fig. 5), além disso, aumentar a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Nunca aconteceu a incorporação de nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. O município não tem pessoas especializadas disponíveis para a incorporação na atividade.

Não melhorou a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Porque é um município muito grande e a demanda é maior, a demora nas unidades básicas de saúde são frequentes e generalizadas.

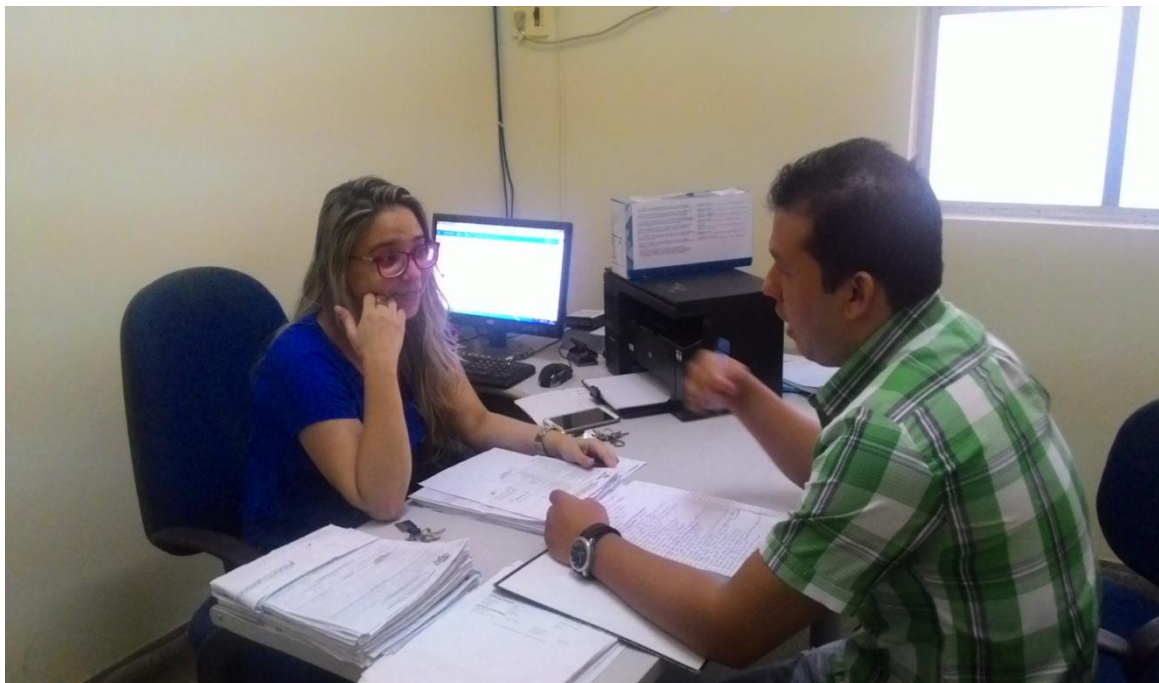


Figura 5: Reunião com o Gestor.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores: não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas sim no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, felizmente o orientador ajudou a melhorar a forma de colocar os resultados nos meses e deu certo o resultado dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos aumentar o trabalho de conscientização da equipe, da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de avaliação de indicadores de atendimento odontológico.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Para realizar a avaliação dos resultados da intervenção, utilizaremos os dados da equipe. Encontramos pela equipe 656 hipertensos e 271 diabéticos residentes na área. Nossa UBS tem quatro equipes, mas o trabalho foi desenvolvido apenas em uma, onde os registros identificaram a possibilidade de fazer a intervenção neste tema.

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

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Na área adstrita à minha UBS, pertence uma população 656 hipertensos, deles acompanhamos 393 pacientes na ação programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 59,9%. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 20,9%, 137 hipertensos; no 2º mês foi de 38,6%, correspondendo a 253 hipertensos e; no 3º mês atingiram-se 59,9%, 393 hipertensos.

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: cadastramento dos usuários à medida que foram atendidos na unidade, rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 18 anos desenvolvido pela equipe de saúde, as atividades com a comunidade

para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população, capacitações com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico. É válido argumentar que não conseguimos atingir a proposta inicial por varias causas sendo a mais importante a ausência dos pacientes á consulta, seguido dos extensos períodos de greve do pessoal de saúde do município o que fez com que fosse insuficiente o tempo da intervenção.

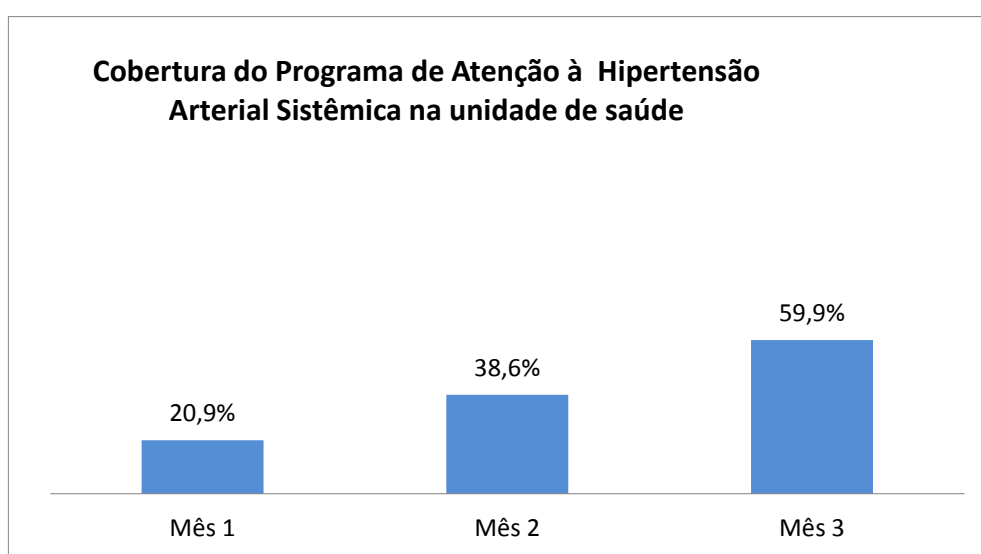


Figura 1: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Na área adstrita a minha UBS pertence à população alvo 271 diabéticos, deles acompanhados 162 na ação programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 62,0%. A evolução desse indicador foi no 1º mês o percentual de 20,3%, 55 diabéticos; no 2º mês foi de 36,2%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 62,0%, perfazendo 162 diabéticos. As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o

cadastro de toda a área adstrita desenvolvido pelos ACS, o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, desenvolvido pelos profissionais da equipe e capacitações durante as reuniões com toda a equipe de saúde, para realização de cadastramento e exame clínico. Não conseguindo atingir a meta inicial pelas mesmas causas explicadas e expostas no caso dos pacientes hipertensos.

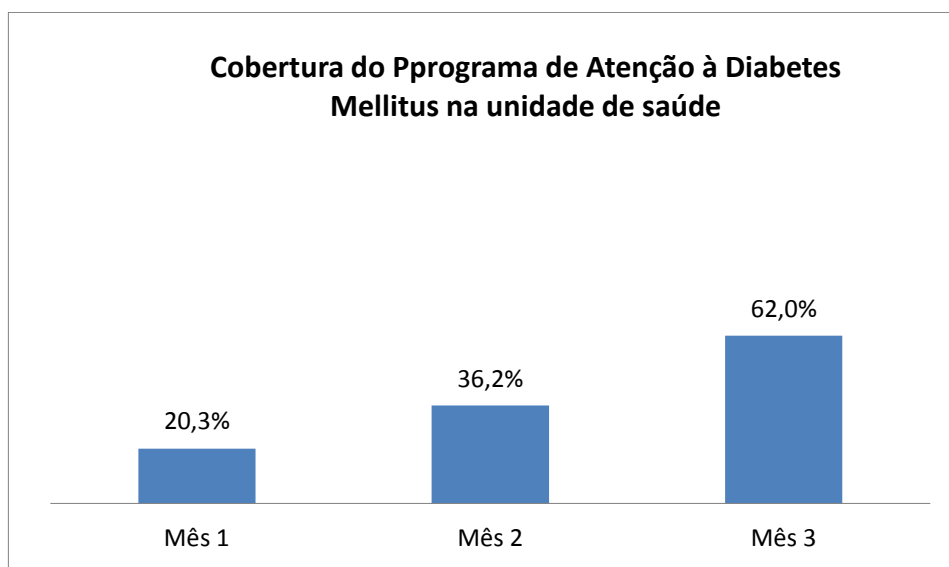


Figura 2: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

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

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador foi boa, onde no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo a 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de

cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado. No início tivemos dificuldade com os materiais como hemoglicoteste, mas felizmente o município colocou o equipamento adequado no primeiro mês da intervenção, isso ajudou a manter o trabalho com qualidade.

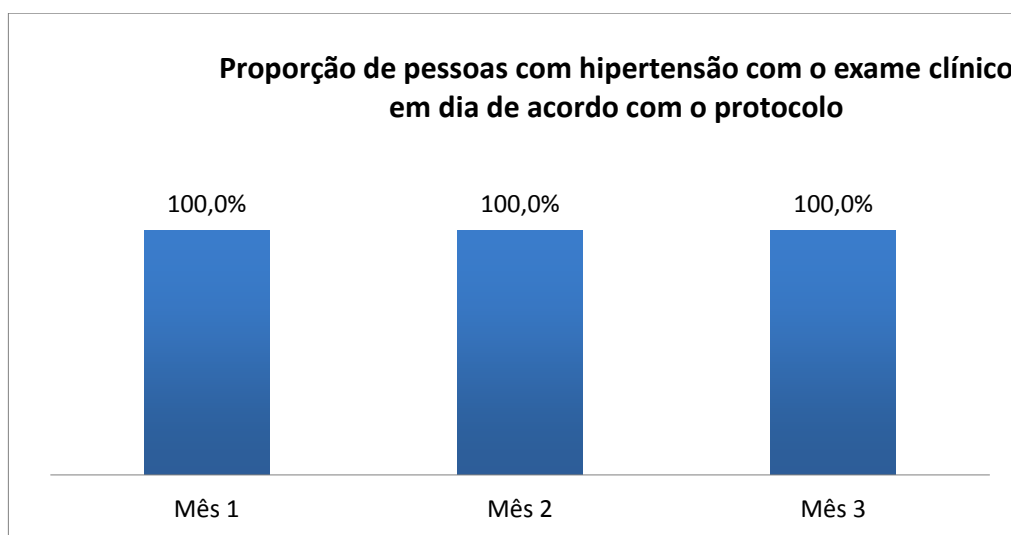


Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução foi deste jeito no 1º mês o percentual foi de 100,0 %, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e, no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento destes resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado. No início tivemos dificuldade com os materiais como hemoglicoteste, mas felizmente o município colocou o

equipamento adequado no primeiro mês da intervenção, isso ajudou a manter o trabalho com qualidade.

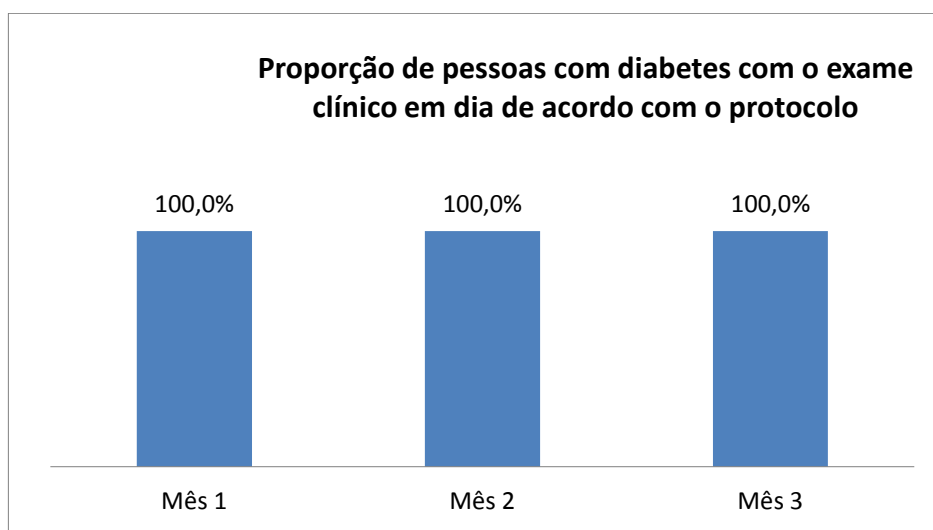


Figura 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

A evolução desse indicador no 1º mês foi de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e, no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Dificultou a melhoria desse indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, é um problema do município porque contamos com poucas unidades para fazer exames pelo SUS e a demanda da população é grande Geralmente demora de um a dois meses entre a

marcação e realização dos exames, ato que dificulta avaliação e acompanhamento adequado. Foi proposto ao gestor, mas ainda não temos possíveis soluções.

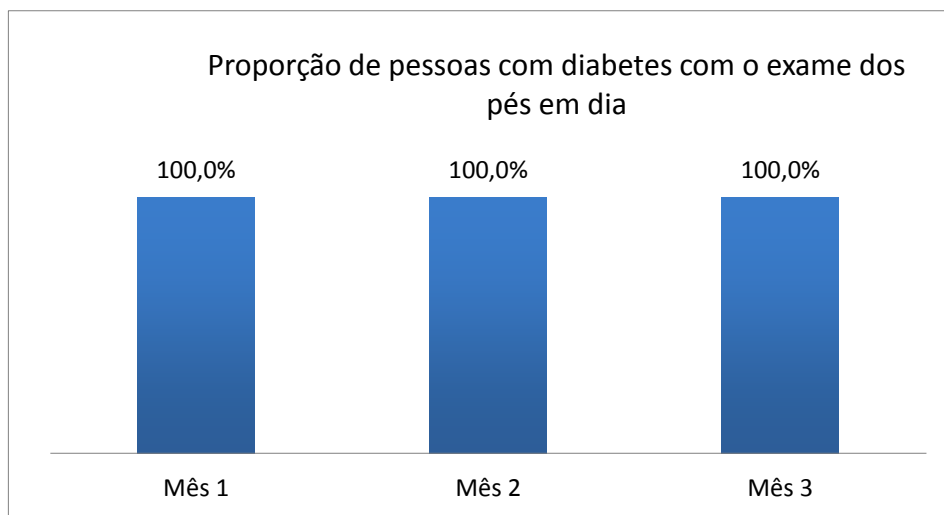


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com exames dos pés em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

A evolução desse indicador no 1º mês foi de 62,0%, perfazendo 85 hipertensos, no 2º mês foi de 60,1%, correspondendo à 152 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 67,2%, perfazendo 264 hipertensos. Esta meta não foi muito ambiciosa por que conhecíamos as dificuldades com a realização dos exames complementares no município. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Dificultou a melhoria desde indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos

no protocolo, é um problema do município pois contamos com poucas unidades para fazer exames pelo SUS e, a demanda da população é grande. Geralmente, demora de um a dois meses entre a marcação e realização dos exames, ato que dificulta avaliação e acompanhamento adequado.

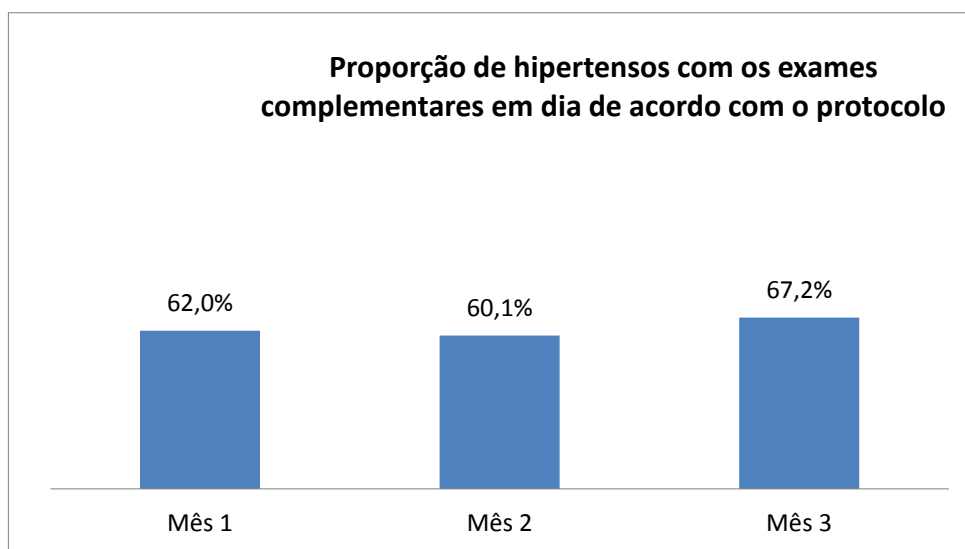


Figura11: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 63,6%, perfazendo 35 diabéticos, no 2º mês foi de 59,2%, correspondendo à 58 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 68,5%, perfazendo 115 diabéticos. Esta meta não foi atingida porque conhecíamos as dificuldades com a realização dos exames complementares no município. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e, a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Dificultou: a melhoria deste indicador, a pouca agilidade para a realização dos exames complementares

definidos no protocolo, é um problema do município porque contamos com poucas unidades para fazer exames pelo SUS e a demanda da população é grande. Geralmente, demora de um a dois meses entre a marcação e realização dos exames, ato que dificulta avaliação e acompanhamento adequado. Foi exposto o gestor, mas ainda não tem possíveis soluções.

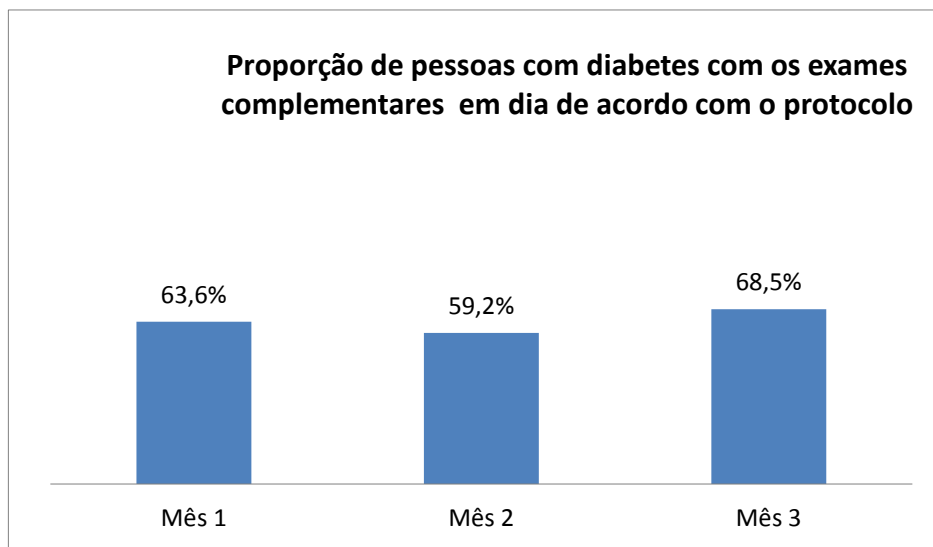


Figura12: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Respeito a esse indicador priorizamos a prescrição de medicamentos temos no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 371 hipertensos. Dentre das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantenhemos

um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Dentro das dificuldades tivemos muitos usuários com tratamentos onde os medicamentos não ficam na farmácia da Unidade Básica de Saúde. Temos muitas farmácias perto das unidades, onde linhas de medicamentos são divulgadas.

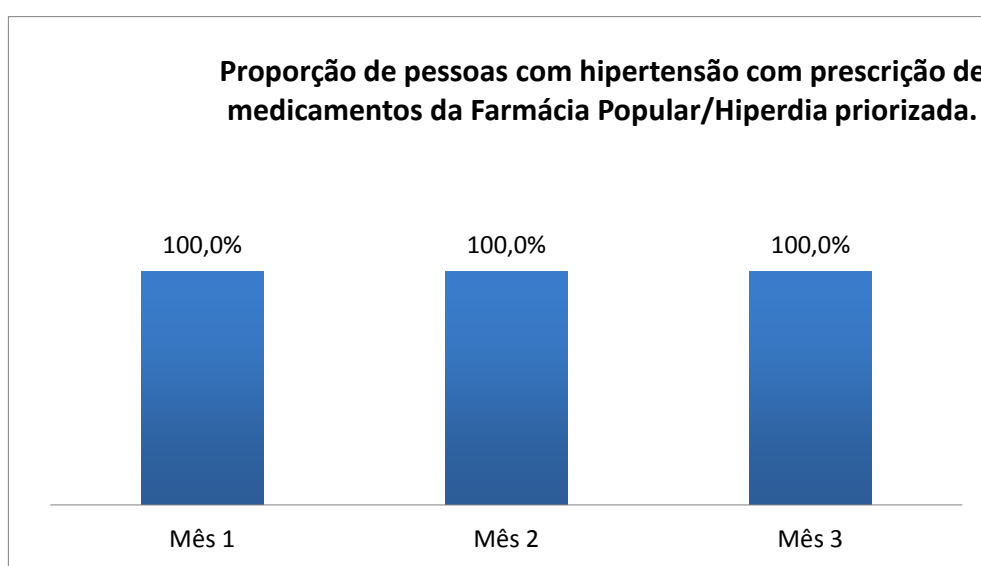


Figura13: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr.Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Neste indicador temos no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 156 diabéticos. Dentre das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos

hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da diabetes, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Dentro das dificuldades tivemos muitos usuários com tratamentos onde os medicamentos não ficam na farmácia da Unidade Básica de Saúde. Temos muitas farmácias perto da unidades, onde linhas de medicamentos são divulgadas.

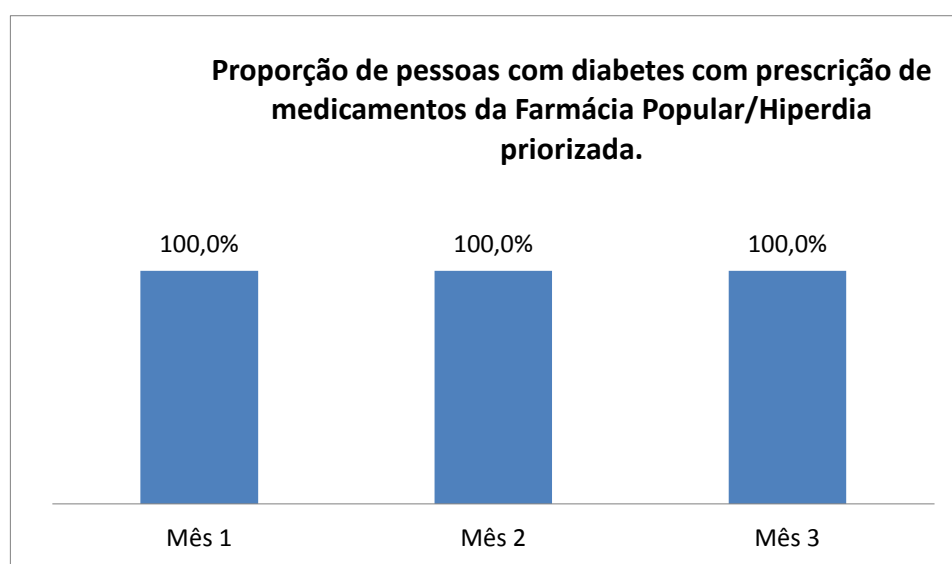


Figura 14: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 e no 3º mês atingiu-se 9,9%, perfazendo 393 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos hipertensos. A principal dificuldade para levar este indicador de um jeito adequado e ambicioso foi a não presença de odontologista na unidade básica de saúde, onde foi difícil a organização da agenda de saúde bucal e avaliação dos usuários. além disso trabalhamos com o odontologista da outra equipe que fez que o indicador tivesse aumento .

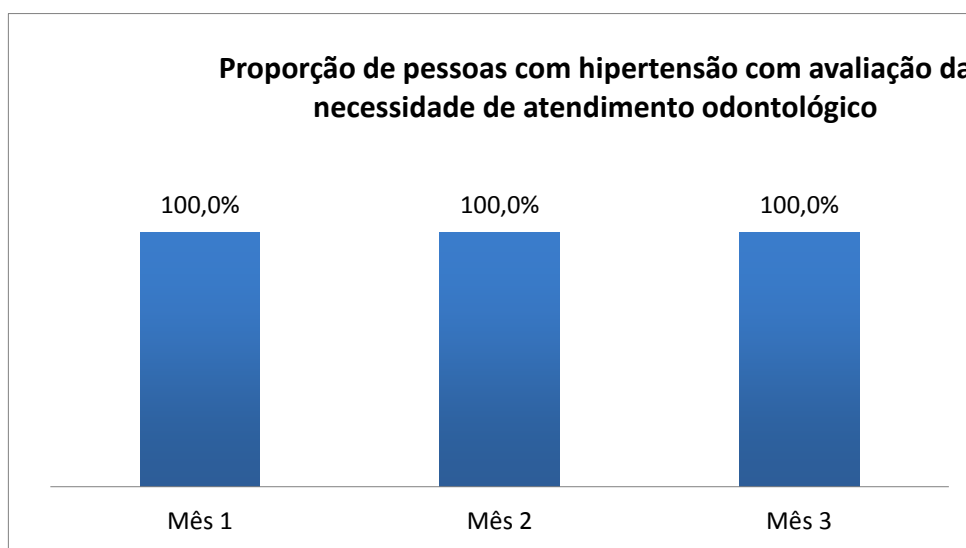


Figura15: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.9: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A evolução desse indicador foi muito boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabético e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. Devido aos problemas já detectados não colocamos metas muito ambiciosas. As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos. A principal dificuldade para levar este indicador de um jeito adequado e ambicioso foi a não presença de odontologista na unidade básica de saúde, onde foi difícil a organização da agenda de saúde bucal e avaliação dos usuários.

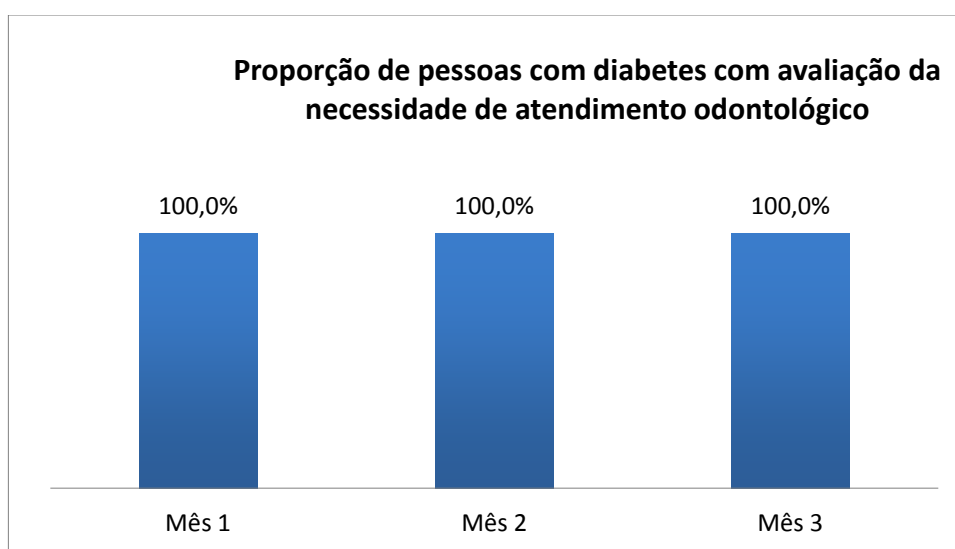


Figura16: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

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

A evolução desse indicador foi ótima, temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 44 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 87 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 137 hipertensos. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

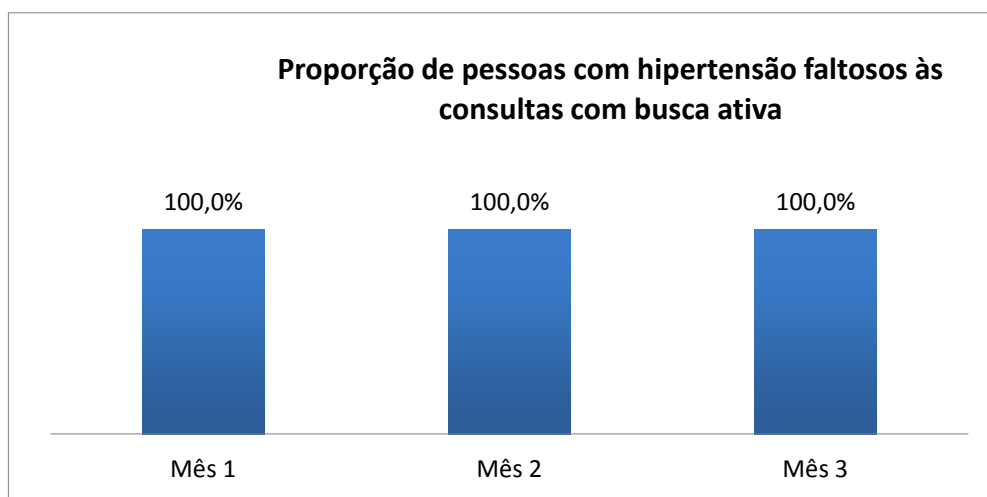


Figura17: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual de 95,7%, perfazendo 22 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 46 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 74 diabéticos. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

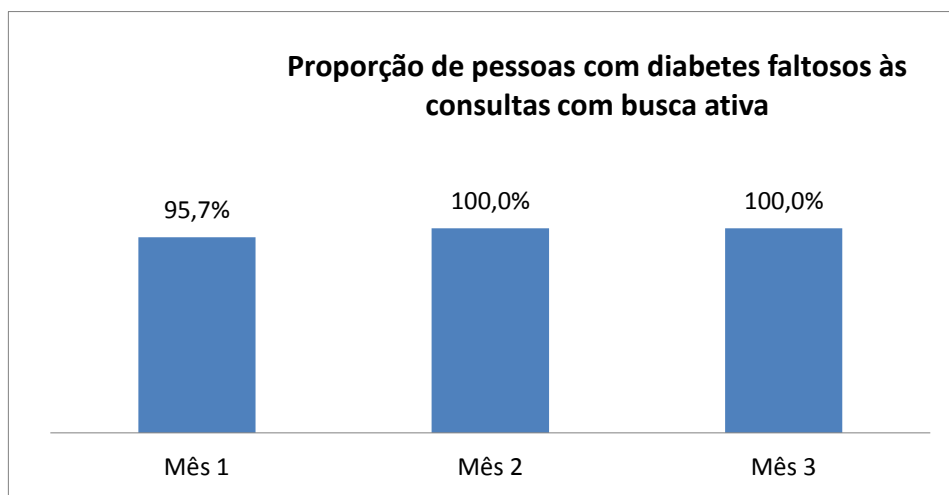


Figura18: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específico de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

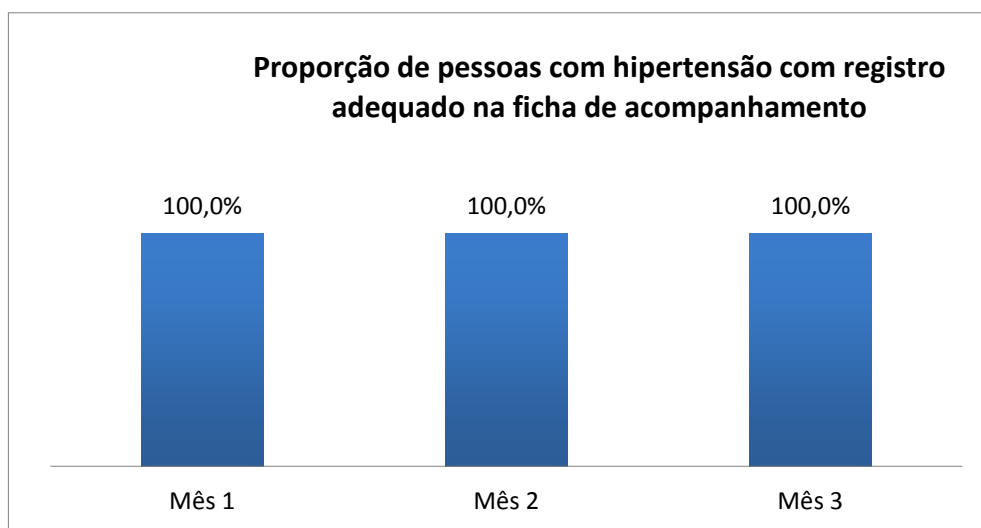


Figura19: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específico de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

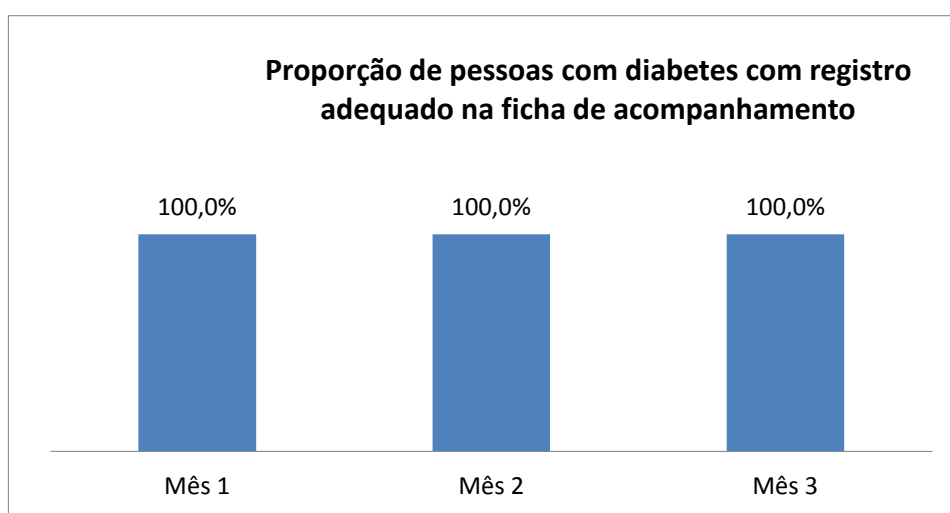


Figura 20: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

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

No 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, mas oferece a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

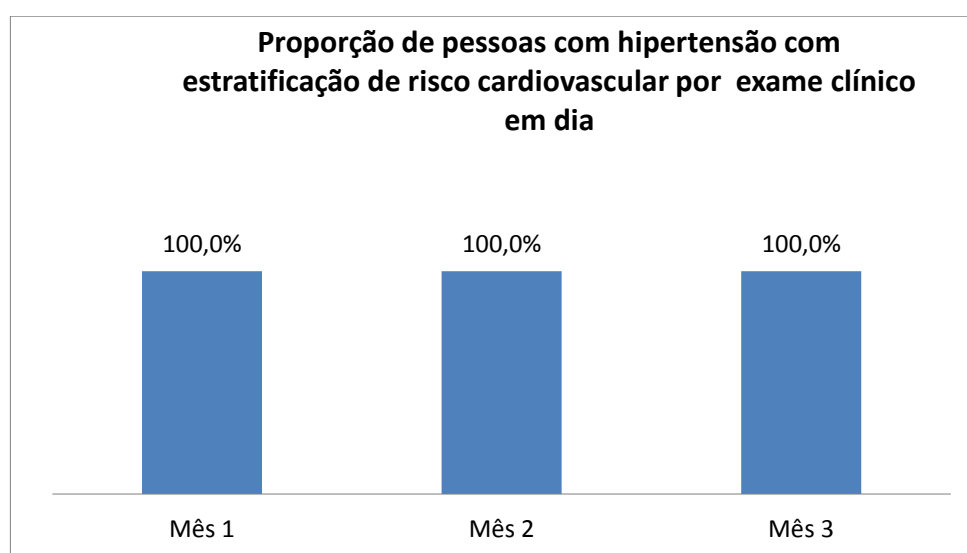


Figura 21: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

O indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, pois oferece a possibilidade de prever muitas complicações da doença.

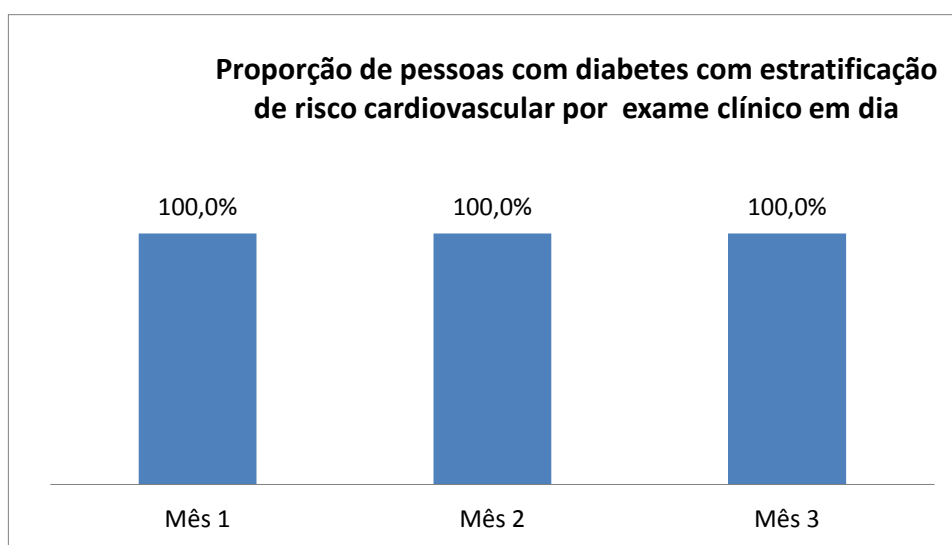


Figura 22: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações é bom para a população, mais é necessário garantir junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, ainda não deu certo.

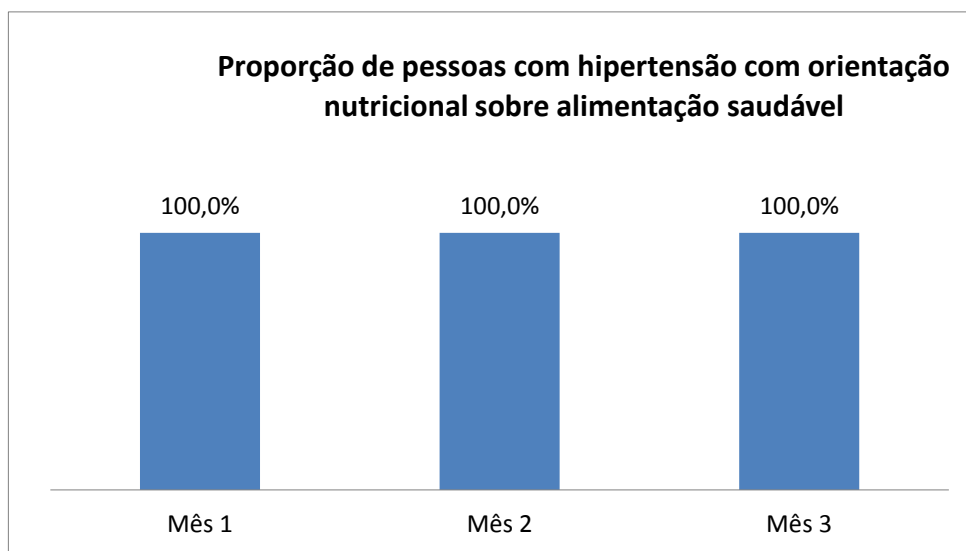


Figura 23: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 168 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações é bom para a população, mais é necessário lograr junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, ainda não deu certo.

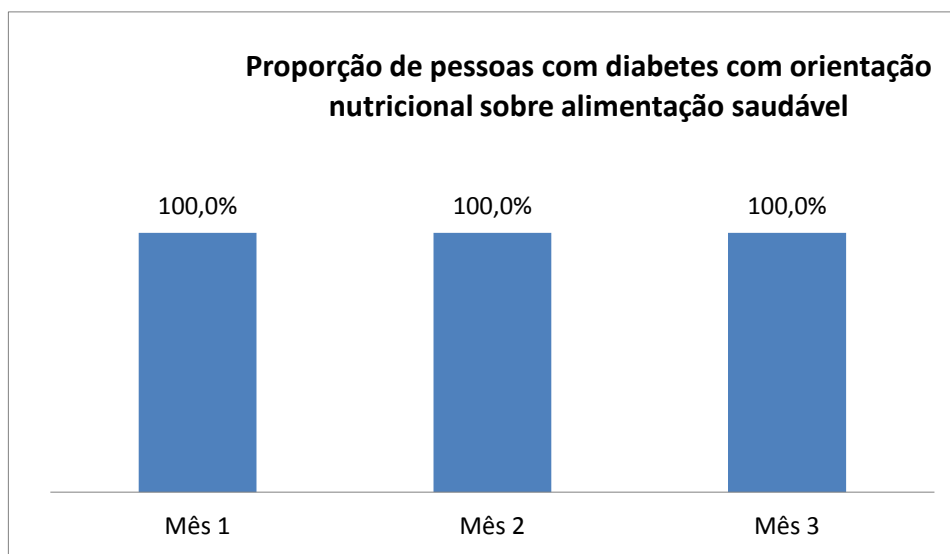


Figura 24: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Nós não logramos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade, eu acho o que é importante para manter essa ação com qualidade e fique na rotina do serviço.

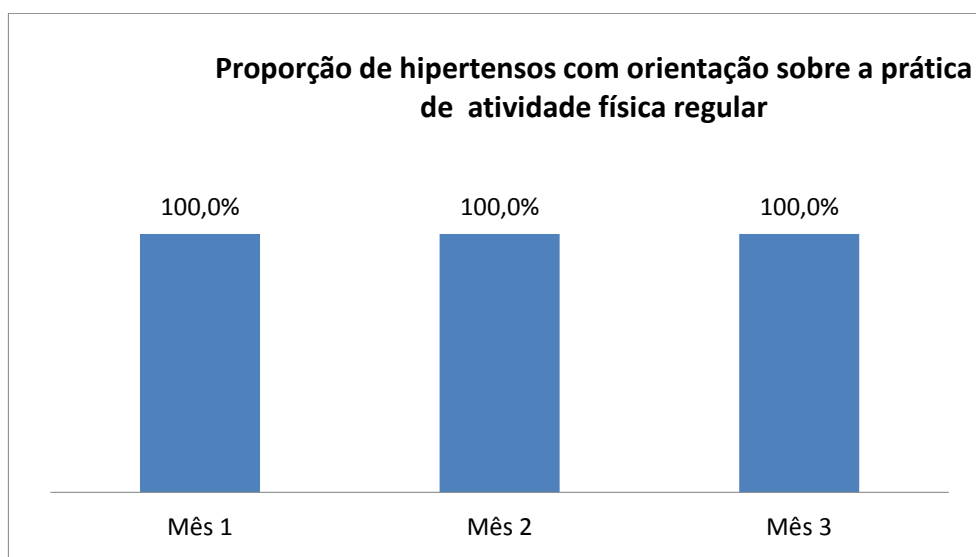


Figura 25: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos diabéticos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Nós não conseguimos garantir junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade, eu acho o que é importante para manter essa ação com qualidade e fique na rotina do serviço.

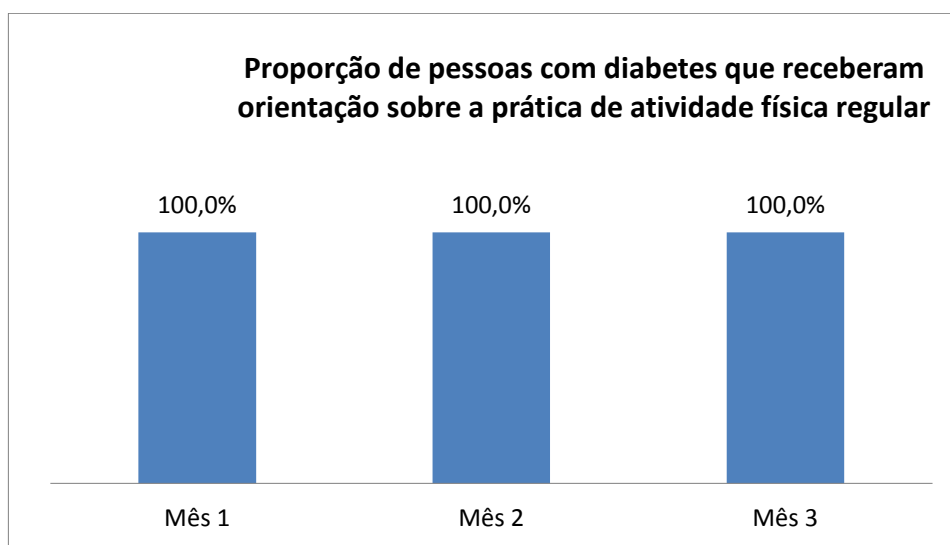


Figura 26: Proporção de Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

Durante o análise deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mal hábito, para os usuários hipertensos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas

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

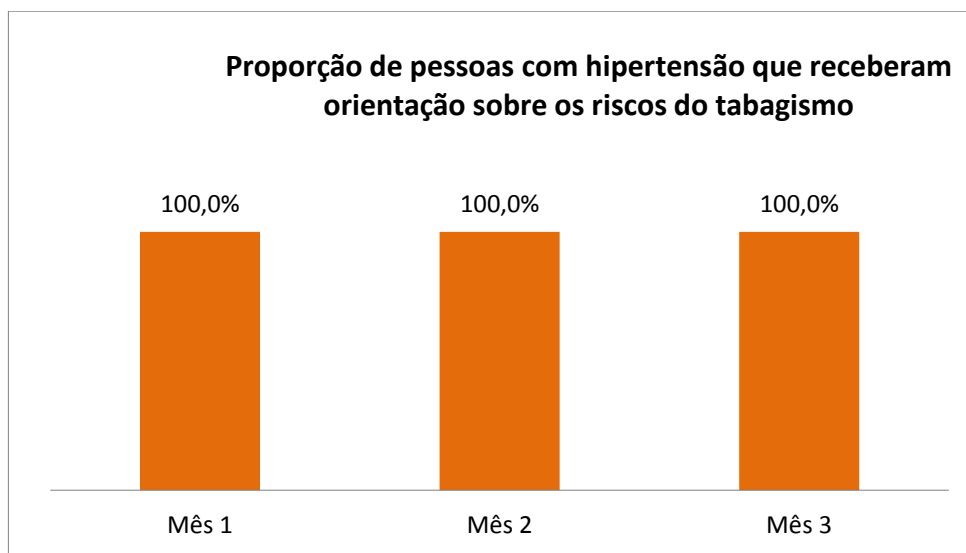


Figura 27: Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

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

Na evolução deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 96,4%, perfazendo 168 diabéticos. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mal hábito, para os usuários diabéticos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Mas ainda requer medicações ao combate ao tabagismo junto à gestão.

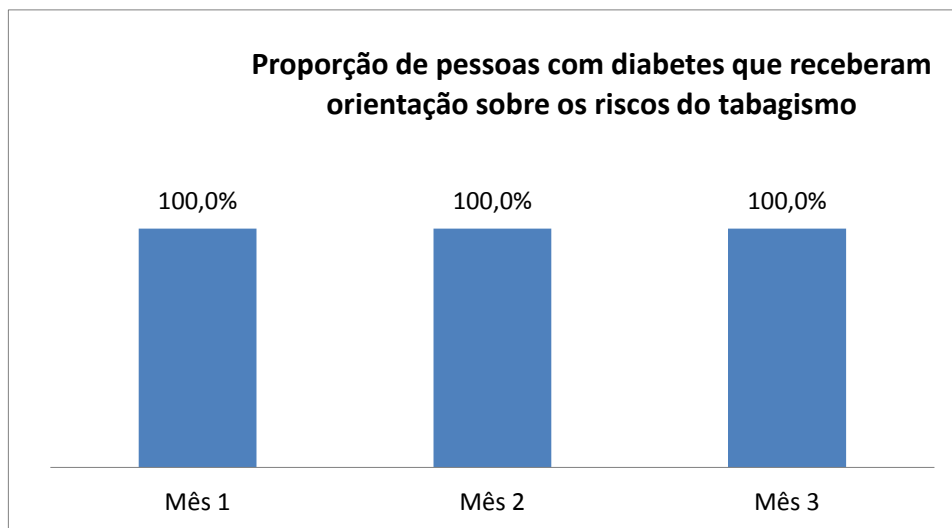


Figura 28: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

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

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 137 hipertensos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 253 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 393 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

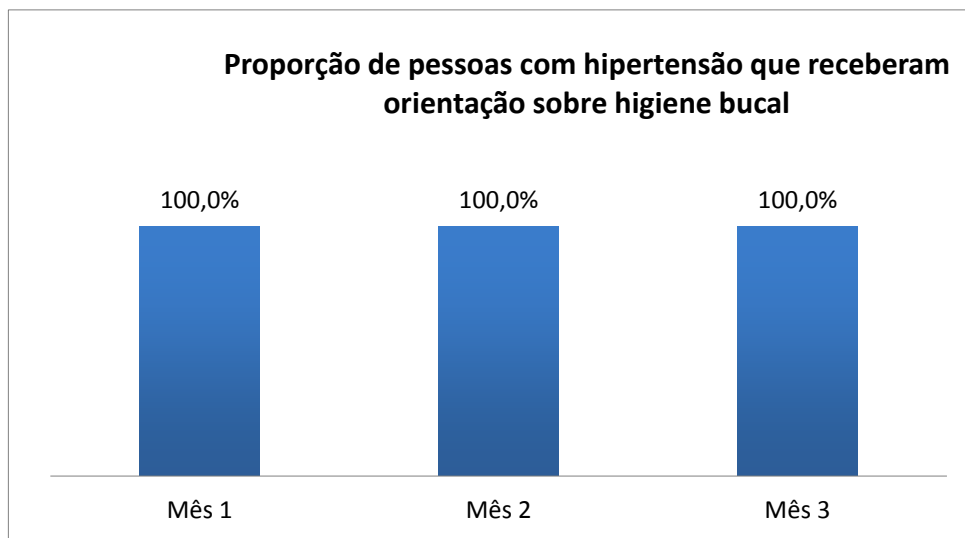


Figura 29: Proporção de Hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi de 100,0%, perfazendo 55 diabéticos, no 2º mês foi de 100,0%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100,0%, perfazendo 168 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

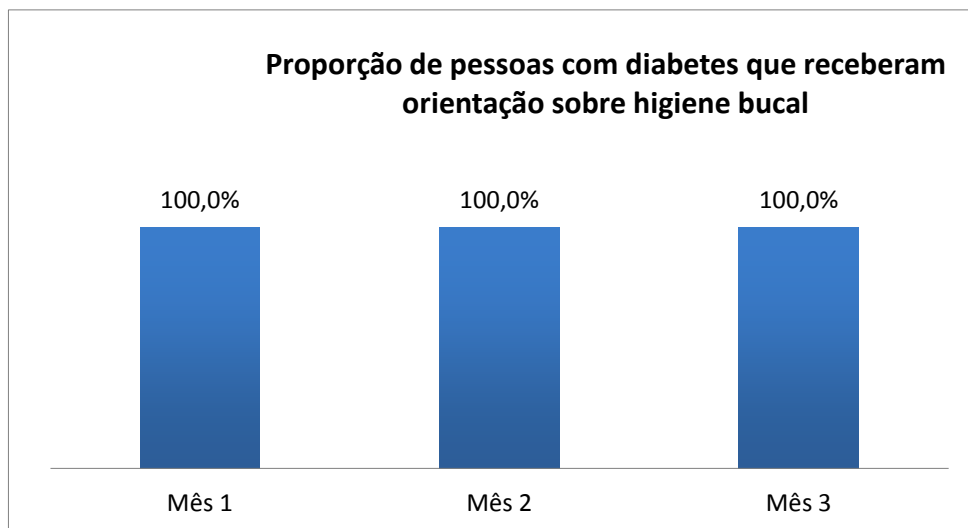


Figura 30: Proporção de Diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2016

4.2 Discussão

A intervenção em minha Unidade Básica de Saúde buscou ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorou a qualidade da atenção dos usuários em relação a exame clínico, exames complementares, prescrição de medicamentos e necessidade de atendimento odontológico. Melhorou a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, o registro das informações e o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoveu a saúde de hipertensos e diabéticos, incluindo temas como: alimentação saudável, prática regular de atividade física, tabagismo e higiene bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as Recomendações do Ministério da Saúde no Manual Técnico de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2012 e 2013, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe integrada pelo médico, um enfermeiro, técnica de enfermagem, 8 agentes comunitárias de saúde, agora sem odontologista, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnica em farmácia e da recepção.

Temos ações direcionadas à prevenção e a promoção da saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, na identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, estimulação ao autocuidado, fazemos reuniões, encontros com os usuários. Além disso, a detecção e estabelecimento de diagnósticos, identificação de lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que felizmente ajudaram ao desenvolvimento com qualidade da atenção como: garantia pelo município de equipe adequada de hemoglicoteste na unidade básica de saúde, a implementação do novo horário na unidade para a atenção dos usuários de alto risco.

Antes da intervenção as atividades de atenção à Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico e o enfermeiro, com a intervenção isso mudou: toda a equipe teve responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo às exigências dos protocolos adotados. A UBS teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. Além disso, houve uma maior busca de alternativas para o tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos e um maior uso de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Aumento da interação da unidade básica de saúde com redes sociais e Secretaria Municipal de Saúde.

A comunidade começou a perceber o impacto da intervenção. Muitos puderam ter e/ou aprimoraram os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das duas doenças. Conheceram os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família é maior. Geralmente demonstram satisfação com a qualidade do atendimento, mas ainda temos muitos hipertensos sem cobertura. A intervenção poderia ter sido facilitada se toda a equipe contasse com um diagnóstico recente da população alvo, com identificação dos principais problemas, assim com as fortalezas e debilidades para enfrentar a intervenção. Faltou uma união constante com a Secretaria Municipal de Saúde para dar solução aos problemas colocados, pouca articulação com a comunidade antes de começar a intervenção para o detalhamento da atividade e priorização da atenção com melhor maneira de implementação.

Na incorporação da rotina do serviço todo vai melhorar e este aspecto será sistematicamente trabalhado pela equipe, pois percebeu a importância tanto do diagnóstico da população quanto da articulação com a comunidade, que facilita muito o processo de trabalho e a maior adesão dos usuários nos acompanhamentos programáticos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos aumentar o trabalho de conscientização da equipe, da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de avaliação de indicadores do atendimento odontológico. A partir do próximo mês pretendemos ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, aumentar as consultas com a odontologista da outra equipe, incrementar as atividades com o grupo de hipertensos, diabéticos e família.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Gestor municipal de saúde,

Realizamos uma intervenção sobre o tema Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN de autoria do médico Yosniel Blanco Matos. A intervenção ocorreu entre os meses dezembro e fevereiro de 2016. A intervenção foi realizada em função do curso de especialização da UFPEL/UNA-SUS.

Nossa motivação nesse assunto resultou após o análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Constituiu um desafio para equipe diminuir o número de consultas em atraso e exames periódicos, relacionado com o inadequado acompanhamento dos usuários, e também com a melhoria no trabalho na UBS em relação ao engajamento público da população portadora dessas doenças crônicas. Foram acompanhados 393 usuários hipertensos (59,9%) e 168 usuários diabéticos (62,0%), e tais valores foram significativos para a conclusão de nosso trabalho.

Dentre os aspectos do processo de trabalho que foram melhorados e que mostram a qualificação da atenção à saúde e melhorar a qualidade da atenção à HAS estão o rastreamento da HAS em indivíduos com mais de 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, organização dos registros de controle dos usuários hipertensos, desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, divulgação da necessidade das consultas de controle periódico, sensibilizar para o tratamento não farmacológico (controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo e redução do consumo de bebidas alcoólicas), avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos, agendamento de consultas.

Ao avaliar o DM, entre as ações que qualificaram o cuidado e que contribuírem para ampliar a cobertura, encontra-se as relacionadas à informação à comunidade sobre como prevenir a doença e promover estilos de vida saudáveis (prática de atividade física regular, alimentação saudável), identificação de grupos de risco (sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis), realização do diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica nos indivíduos de alto risco para diabetes, garantir e monitorar o controle da glicemia, avaliação do risco cardiovascular na prevenção das complicações vasculares, desenvolvimento do autocuidado dos usuários e suas famílias, sensibilizar os mesmos e a família sobre os sinais e sintomas da hipoglicemia e a necessidade de detecção e tratamento precoce, realizarem rastreamento de DM em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, organização dos registros de controle dos diabéticos, exame e estímulo ao autocuidado dos pés, promoverem a educação permanente sobre diabetes na equipe de saúde.

Dentre os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada encontram-se o apoio logístico dos recursos materiais utilizados (fichas espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro).

Os aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizariam a qualidade da atenção estão incorporar um odontologista a tempo completo para a equipe melhorando a cobertura para avaliação e cuidado da saúde bucal, abordagem terapêutica multiprofissional: nutricionista e educador físico. Maior disponibilidade de ofertas para a luta contra o tabagismo nas farmácias populares e aumentar a variabilidade de medicamentos nas farmácias da Unidade Básica de saúde.

A intervenção teve uma importância grande para o desenvolvimento de nosso sistema de saúde, permitindo aumentar o nível de conscientização, dos profissionais e comunidade, respeito ao programa de atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos. A atividade felizmente foi incorporada a rotina do serviço. Faço um convite especial aos gestores a participar e oferecer apoio à atividade.

Atenciosamente,

Dr. Yosniel Blanco Matos

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

O relatório a seguir é uma apresentação de como foi realizado o Projeto de Intervenção sobre o tema Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, UBS Dr. Chico Costa, Mossoró/RN de autoria do médico Yosniel Blanco Matos. A intervenção ocorreu entre os meses dezembro e fevereiro do presente ano.

Nossa motivação nesse assunto resultou após o análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Onde o número de usuários hipertensos e diabéticos foram muito baixo respeito à estimativa para a população. Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados foram planejadas e desenvolvidas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Acreditamos que as ações desenvolvidas permitiram à comunidade conhecer sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, e sobre os fatores de risco como inadequados hábitos alimentares, obesidade, alcoolismo, estresse importante para o desenvolvimento da hipertensão e o diabetes assim como dos agravos cardiovasculares ligadas a ditas doenças. Outras das vantagens da intervenção para a comunidade foram à realização do exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos, conhecer quanto à necessidade de realização e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, orientação sobre a importância da manutenção da saúde bucal nos hipertensos e diabéticos, sobre a

realização das consultas e a periodicidade preconizada no programa de Hiperdia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal. Felizmente a comunidade colaborou com os resultados com sua participação nas reuniões de grupo, palestras públicas com intercambio dos diferentes temas, assim como maior conscientização das consultas de acompanhamento, com benefício para a maioria dos usuários. A intervenção vai continuar, precisando de maior cooperação e participação. Faço um convite especial para todos os usuários e familiares para continuar na incorporação da atividade e aumentar a adesão ao programa

Atenciosamente,

Dr. Yosniel Blanco Matos

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso mudou minhas expectativas iniciais, já que permitiu um maior crescimento da minha aprendizagem, em diferentes pontos da minha vida profissional, o relacionamento com outros colegas foi ótimo ao interagir cada semana nos fóruns com orientadores e especializando, e compartilhar diferentes temas com os membros da equipe. Também permitiu oferecer uma capacitação dos profissionais da equipe com maior qualidade, com a incorporação na rotina do trabalho.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo já que através do curso de Especialização em Saúde da Família tive a oportunidade de investigar e estudar numerosos temas em saúde e levar a minha prática profissional com intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre usuários e profissionais.

Dentre dos aprendizados mais relevantes decorrentes do curso estão o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde, e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo. Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, termo muito importante para a atenção dos usuários, onde todos devemos ficar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e

prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organização do processo de trabalho. Felizmente, conheci os protocolos disponibilizados pelo MS relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levar um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema único de saúde. Brasília: Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. (Série A. Normas e manuais técnicos) 58p, 2006 a.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus para o Sistema único de saúde. Brasília: Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. (Série A. Normas e manuais técnicos) 7p, 2006b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

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

Recortar Copiar Colar Pincel de Formatação Área de Transferência

Calibri 11 Fonte Alinhamento Número Estilo

CS

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

5 Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

*Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total) 0

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011) 0

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011) 0

HIPERTENSOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

DIABÉTICOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

OBSERVAÇÕES

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contanto as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Planilha de coleta de dados HAS e DM 310714 [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Dados para Coletar	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame aferido em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os testes complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente usou medicamento?	Todas as medicações são da lista do Hospital ou de Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está fazendo laudo de acordo com o protocolo?	Foi realizado busca ativa para o paciente com cadastro em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame aferido está em dia?	O paciente recebe orientação nutricional sobre a situação alimentar?	O paciente recebe orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebe orientação sobre o risco do tabagismo?	O paciente recebe orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		

Orientações Dados da UBS Plan1 Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

23:39 05/01/2015

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

Eu, Dr. Yosniel Blanco Matos, médico e 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.

Yosniel Blanco Matos

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