

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bernadete Bezerra,
Mossoró/RN**

Eslaidi Mendoza Clavel

Pelotas, RS

2015

Eslaidi Mendoza Clavel

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bernadete Bezerra,
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.

Orientadora: Débora Zanutto Cardillo.

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C617m Clavel, Eslaidi Mendoza

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/Rn. / Eslaidi Mendoza Clavel; Debora Zanutto Cardillo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cardillo, Debora Zanutto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradeço primeiramente a Deus pela força 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 minha orientadora professora Débora Zanutto Cardillo, pela sua dedicação e apoio constante.

Resumo

MENDOZA, C. E. Melhoria da Atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Já a prevalência 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. A finalidade da ação programática da hipertensão e diabetes é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde. A partir de um relatório de análise situacional desenvolvido no curso de especialização em Saúde da Família da UFPel, foi estabelecido um projeto de intervenção neste foco de ação programática para a UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN. O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes Mellitus na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN. Foi desenvolvido no período de 3 meses na área da equipe que trabalhou e participou da intervenção os hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos ou mais 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. Foram definidos seis objetivos e estabelecidas metas e ações para a melhoria do acesso e qualidade em quatro eixos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Após a intervenção realizada na área de abrangência da equipe, foi possível observar que o indicador de cobertura de hipertensos chegou a 67,1% e diabéticos a 100%. Em relação aos indicadores de qualidade, a maioria alcançou próximo de 100%. A relação com a comunidade melhorou, pois muitos usuários 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 à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi fortalecido. 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. A intervenção exigiu uma maior preparação para a equipe e promoveu o trabalho em equipe. Após a intervenção tem sido mantida como rotina da unidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão arterial, diabetes mellitus, Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1: Reunião com a gestora municipal e médica da UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.....	56
Figura 2: Reunião com agentes comunitários de saúde na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.....	56
Figura 3: Reunião com a gestora da UBS e a médica na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.....	57
Figura 4: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	58
Figura 5: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	58
Figura 6: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	61
Figura 7: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	62
Figura 8: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	63
Figura 9: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	64
Figura 10: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.....	65
Figura 11: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.....	66
Figura 12: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	67
Figura 13: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	68
Figura 14: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015. ...	69
Figura 15: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015. ...	70

Figura 16: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	71
Figura 17: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	72
Figura 18: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	73
Figura 19: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015. ...	75
Figura 20: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015. ...	76
Figura 21: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	77
Figura 22: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	78
Figura 23: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	79
Figura 24: Proporção de Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	80
Figura 25: Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	81
Figura 26: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	82
Figura 27: Proporção de Hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	83
Figura 28: Proporção de Diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.	83

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	Citopatológico
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
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
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2	Análise Estratégica	23
2.2	Objetivos e metas.....	25
2.2.1	Objetivo geral.....	25
2.2.2	Objetivos específicos e metas	25
2.3	Metodologia.....	27
2.3.1	Detalhamento das ações	27
2.3.2	Indicadores	44
2.3.3	Logística.....	49
2.3.4	Cronograma	53
3	Relatório da Intervenção.....	55
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4	Avaliação da intervenção.....	60
4.2	Discussão.....	83
5	Relatório da intervenção para gestores.....	87
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	89
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
	Referências	93
	Anexos	94

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 melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS Bernardete Bezerra, 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 Bernadete Bezerra. Apresenta 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 Básica de Saúde (UBS) “Bernadete Bezerra” está localizada na área Liberdade II, em Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte. A unidade possui duas 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 enfermeira e consultas médicas. Minha equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontologista, uma assistente social, 7 agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma médica. Oferecemos atendimento no horário da manhã e a tarde, além disso, realizamos 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 serviço para outras especialidades.

Temos 930 famílias e uma população de 3720 pessoas, com predomínio das pessoas idosas com 92%, 29% de gestantes e 70% de crianças. Temos a presença de muitas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis com predomínio da Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), assim como as doenças mentais com o número elevado de usuários. Também elevado risco de alcoolismo e toxicodependência.

Eu acho que 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 2.099,333 km², sendo o maior município do estado em área, estando distantes 281 quilômetros da capital do estado, Natal. Em 2014, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 284.288 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte e o 92º de todo o país.

É uma das principais cidades do interior nordestino, e atualmente vive um intenso crescimento econômico e de infraestrutura, 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 assim como de sal marinho.

Nosso município tem 45 UBS e estas contém 64 equipes de saúde da Família, com Núcleo de Atenção de Saúde da Família (NASF) em apenas algumas UBS e um Centro de Especialização Odontológica (CEO) tampouco disponível para todo o município. Além disso um Hospital Geral “Tarcisio Maia”, um Hospital da Mulher e a Casa de Saúde para acompanhamento das gestantes, assim como o Hospital Psiquiátrico “São Camilo”, um Hospital para tratamento de doenças contagiosas “Rafael Fernandes” e um Centro de Pronto Atendimento (PAM); especializada temos: oftalmologista, cardiologista, dermatologista, pediatra, na disponibilidade de atenção temos: clínico, psiquiatra, odontologista, neurologista e ginecologista.

Estou trabalhando na UBS “Bernadete Bezerra” que é urbana. O modelo de atenção é Estratégia de Saúde da Família (ESF). Mantém vínculo com o SUS e com as instituições de ensino de forma adequada e contínua. Ela tem duas equipes de saúde, composto por duas médicas, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, 14 agentes comunitários de saúde (ACS), dois odontólogos e 2 técnicas em odontologia

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 tanto para trabalhadores quanto para usuários e dois consultórios odontológicos.

A mesma está localizada longe da população, com dificuldades de locomoção dos usuários para a UBS. Tem departamentos como farmácia e sala de ACS desprovidos de recursos adequados, o que não permite 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 usuário. Consultório médico pequeno e com pouca ventilação, sendo pouco confortável para exame do usuário. Pouca sinalização com figuras para usuários, onde muitos são analfabetos e eles ficam desorientados no local, além disso, presença de barreiras arquitetônicas. Para a solução deve ter participação todos os fatores do governo, conselho local e movimento de moradores. Nossa equipe deve levantar dados que demonstrem a relevância do problema, e levar o pleito de construção de uma nova UBS mais próxima à comunidade ao gestor e/ou Secretaria Municipal de Saúde, com a inclusão de ambientes que garantissem a acessibilidade de todos e que fosse acompanhada do suprimento de equipamentos de informática e mobiliário adequado para garantir a boa ambiência da UBS. Devemos fazer uma apresentação em uma reunião da equipe do problema de sinalização da UBS para oferecer solução conjuntamente com a gerência e administração da unidade

Em relação às atribuições das ações desenvolvidas pelos 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, mas existem identificação de indivíduos, grupos e famílias expostos a riscos, assim como identificação de grupos de agravos, mesmo que incompletas. Além disso, fazemos atendimentos às grávidas, crianças, idosos, doenças crônicas não transmissíveis como HAS, DM, Tuberculose (TB), 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 na sua realização. Não são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos, não fazemos atendimentos de urgências/emergências. É prioridade também a visita e cuidado domiciliar. Não

temos o apoio do NASF e nossa população tem graves 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 ACS e melhorar a participação da comunidade e as ações Inter setoriais. É importante o apoio federal, estadual e 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 3.720 usuários cadastrados pela equipe de saúde, de acordo como Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos 1227 mulheres em idade fértil (10-49 anos). Fazemos ações de promoção e prevenção de toda a população. Nossa equipe está distribuída de um jeito adequado onde as 7 ACS garantem o trabalho em equipe, sendo apropriado o tamanho do serviço para o tamanho da área, A mesma tem o predomínio do sexo feminino e a faixa etária de 40 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 enfermeira, a enfermeira e a técnica do SAME (arquivo de prontuários), eles executam a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência. Os usuários agendados do acolhimento são para equipe de referência do usuário que recebem orientações específicas. As situações agudas como: crianças com febre, pressão arterial (PA) elevada, crises de asma bronquial, dor aguda, usuários com sintomas ou sinais que comprometem a vida e outros, tem prioridade sempre e não tem limite de atendimento. Eu acho que o efetivo trabalho em equipe, produz relações solidárias e complementares entre os profissionais, gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários

Em minha UBS fazemos atendimento de puericultura duas vezes na semana tanto enfermeira como médica. De acordo com os indicadores do CAP temos uma estimativa de 54, a cobertura do programa de atenção à saúde da criança é 70%, pois, 38 crianças são acompanhadas. Dentro dos indicadores de qualidade: consultas em dia 30 (79%), atraso das consultas agendadas em

mais de sete dias 8 (21%), teste de pezinho até sete dias 29 (76%), triagem auditivo 0, primeira consulta de puericultura, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes 38 (100%)

Nas consultas com adequada 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 primeira consulta de puericultura não se tem dificuldade, mas com as consultas de pediatria, já que temos poucos especialistas, geralmente trabalham em uma UBS perto e 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 (nenhuma unidade tem condições para o proceder) Felizmente a assistência das mães ao hospital melhorou e aumentou a realização do proceder. Nossa equipe fez o levantamento de quantas crianças precisaria de acompanhamento especializado, para levar à secretaria municipal de saúde a necessidade de especialista pediatra em função de nossa UBS para tecnicamente e socialmente a relevância desse problema. 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, assim como nova estratégia de recuperação de atraso das consultas agendadas em um período menor de três meses.

Entende-se que o Ministério da Saúde (MS) preconiza o acompanhamento de crianças de baixo risco por médicos de família e comunidade, porém é preciso suporte tanto para situações que requeiram avaliação quanto acompanhamento de pediatras, além de apoio matricial para que o acompanhamento seja realizado na UBS.

Sobre o acompanhamento do pré-natal, em nossa UBS precisamos qualificar os profissionais para que ofereçam um atendimento de qualidade, de o acolhimento e a escuta das necessidades da gestante até o conhecimento científico adequado com protocolos específicos preconizados pelo MS.

Segundo o CAP a estimativa foi de 55.8%, residentes na área e acompanhadas 16 (29%), pré-natal iniciado no I trimestres 6 (38%), consultas em dia de acordo com calendário de MS 12 (75%), exame ginecológico por trimestre 8 (50%), solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo, prescrição de sulfato ferroso, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo 16 (100%) foram indicadores de qualidade. É o programa com prioridade, mas infelizmente temos dificuldade com a cobertura e acompanhamento das gestantes da UBS: ainda a equipe tem que reforçar a busca ativa das gestantes na comunidade, assim como de gestantes faltosas à consulta. 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 puérperas, 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 à 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 ótimo, 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. Na cobertura temos um total de 16 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS (29%).

Em nossa UBS temos uma cobertura segundo o CAP, da prevenção do câncer de colo de útero de 934 mulheres de 25 a 64 anos, mas 835 usuárias são acompanhadas (89%), exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 692 (83%), exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso 51, exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado 1, avaliação de risco para câncer de colo uterino, orientação sobre prevenção de CA de colo uterino, orientação sobre Dsts, e exames coletados com as amostras satisfatórias 835 (100%); além disso, a cobertura segundo CAP, da prevenção do câncer de mama de 279 mulheres de 50 a 69 anos, mas 228 usuárias são acompanhadas (82%). Temos demora em oferecer

resultados de exame citopatológico, então temos que aumentar as pesquisas de os 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 modificar comportamentos e estilos de vida inadequadas fundamentalmente em adolescentes. Mantemos uma avaliação adequada da usuária doente, Em conjunto com a gerenciada a 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 deve oferecer para a unidade o serviço de internet para fornecer os resultados em tempo preciso para tomar uma conduta adequada.

Além disso, temos que fazer atividades de prevenção sobre os fatores de risco de câncer da mama, pesquisa ativa de mulheres, que elas tenham um adequado conhecimento sobre os sintomas mais comuns de câncer de mama, importância de autoexame 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 a doença deve conhecer sobre exercícios físicos adequados, oferecer cuidados com autoestima, nutrição, integração a sociedade. É importante avaliação com a Secretaria de Saúde a necessidades da população de fazer os exames de um jeito rápido. Também buscar ter um profissional que se dedique a tempo completo deste programa. Devemos manter em nossa unidade um registro mais específico, atualizado da doença, que permita fazer estudos, comparações sobre o câncer da mama

Em minha UBS a realização da ação programática de HAS e DM é uma vez na semana, mais a demanda pode aumentar. Agendamos usuários continuamente que precisam acompanhamento. A estimativa de usuários com hipertensão segundo o CAP há 771 usuários, mas 578 são acompanhados na UBS, sendo a cobertura de 75%, quanto ao diabetes a estimativa do CAP há 220 usuários, mas 152 usuários são acompanhados na UBS, sendo a cobertura de 69%. Nossa UBS não conta com um local para observação de aquele usuário com sintomas e valores altos de pressão arterial. Há um 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 mobilidade oculta, o 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. Levar a Equipe de Saúde a possibilidade de aumentar outro dia para atendimento dos usuários com a doença. Ampliar a capacidade do UBS para a abordagem integral do usuário 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. Buscar conjuntamente com a secretaria municipal de saúde o jeito rápido para a realização de exames complementares, assim como elevar o número de cardiologistas para acompanhamento dos usuários.

Geralmente fazemos o exame físico geral e por sistemas embora devessem 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 o jeito rápido para a realização de exames complementares, assim como elevar o número de endocrinologistas para acompanhamento dos usuários.

Fazemos o atendimento de usuários idosos três vezes por semana, assim como visitas domiciliares. Geralmente a consulta é desenvolvida por médico e enfermeira, embora nem todos os usuários têm avaliação multidimensional e de fragilização. Não temos o protocolo de atendimento para idosos, além disso, não tem "Equipe Multiprofissional" em nossa área. O sistema de contra referência hospitalar é insuficiente.

Segundo o CAP a cobertura do usuário idoso há 403, mas 369 são acompanhados na UBS, sendo a cobertura de 92%. Os indicadores estavam deste jeito: realização de avaliação multidimensional rápida 170, acompanhamento em dia 325, deles HTA 223, Diabetes Mellitus 98, investigação de indicadores de fragilização na velhice 224 usuários. A atenção deve ser muito integral oferecendo maior segurança em todos os sentidos, devemos elevar nossos conhecimentos em relação ao usuário 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. Necessitamos de maior controle ambulatorial das 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. Realizar ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer. Alcançar adequado sistema de referência e contra referência hospitalar com a realização de reuniões entre atenção primária e secundária. A 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.

A Avaliação com a Secretaria de Saúde Municipal, deverá incluir a necessidade de criação de uma 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 idosa 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 entornos seguros e saudáveis.

A atenção a saúde bucal no momento da análise situacional ficou com dificuldade porque não contamos com odontologista há mais de seis meses, a atenção da população só é com ajuda da outra equipe de saúde. Com poucas atividades com grupos na UBS, especificamente do grupo de Hiperdia, redução da realização de mais de um procedimento por consulta, poucos atendimentos de urgência por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, não conclusão de tratamentos, redução das orientações coletivas para manutenção da saúde, pouca capacidade de agendamento e outras ações.

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

Eu acho que o relatório de análise situacional foi muito mais específico e adequado, ao início da unidade não conhecíamos de verdade os problemas de nossa UBS, mas pouco a pouco com o desenvolvimento dos temas pelo curso de especialização mediante a análise situacional da UBS, utilização dos questionários e caderno de ações programáticas, e os protocolos para cada ação programática preconizada pelo MS junto com o apoio de nossa orientadora, fomos capazes de especificar cada problemática, fazer uma reflexão crítica e buscar possível solução. Felizmente as informações foram mais detalhadas, os resultados mais específicos, tivemos um análises mais ampliado 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 HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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 “Bernadete Bezerra” 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 para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos. A equipe de saúde está composta por uma médica, uma enfermeira, técnicas de enfermagem, 7 agentes comunitárias de saúde, agora sem odontólogo, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnica em farmácia. A população adstrita é de 3720 usuários. Em minha UBS a realização da consulta para hipertensos é em um dia na semana, mas a demanda pode aumentar. 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 Bernadete Bezerra tem-se 578 usuários hipertensos cadastrados (75%) de uma cobertura de 771 usuários de acordo com o Caderno de Ações Programáticas - CAP e 152 usuários diabéticos cadastrados

(69%) de uma cobertura de 220 usuários de acordo com o Caderno de Ações Programáticas – CAP. Agendamos usuários continuamente que precisam de acompanhamento regular, de acordo a Protocolo de atenção à hipertensão e diabetes. Temos dificuldade na busca ativa e monitoramento do atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias em 70% da população de hipertensos, assim como a realização de exames periódicos em dia em 61% desta população. Assim como temos dificuldade de monitoramento e busca ativa de faltosos que resulta em atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias em 26% da população diabética, a realização de exames periódicos em dia está em 82% dos diabéticos, assim como precisamos melhorar o exame físico dos pés, medida da sensibilidade dos pés, e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses em 51% dos diabéticos. 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. Infelizmente 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 a monitoramento e avaliação, tenho aspectos que viabilizam a realização da intervenção como todas as condições de estrutura na UBS, todo o equipamento em ótimas condições, adequada preparação intelectual da medica e enfermeira, assim como o apoio integral da gerencia da UBS e Secretaria de Saúde.

A intervenção pode ajudar a melhorar os indicadores de saúde da UBS e município, vai oferecer maior relação entre os usuários e os profissionais de saúde, as capacitações dos profissionais irão aumentar os conhecimentos sobre adequada avaliação e acompanhamento das pessoas. Os usuários irão ter conhecimento das doenças com possíveis complicações, além disso, o contato com lideranças comunitárias vai oferecer maior apoio para a atenção dos usuários; por meio da avaliação biológica, psicológica e social com aumento da expectativa da vida.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários 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

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.

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

Está estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses na área da equipe da UBS Bernadete Bezerra, no município Mossoró, RN. Participarão todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013), do Ministério da Saúde. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (ANEXO C).

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 (esfigmomanometro, 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 da médica e enfermeira da equipe. Além disso, será realizada 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 da médica e da enfermeira.

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 81% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 81% 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 a enfermeira 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 diabéticos/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 a enfermeira 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 da médica, além disto, 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 pela médica.

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 a médica 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 a médica.

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 pela enfermeira.

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, realizar 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 realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde e no primeiro encontro para capacitação do protocolo, que será realizado na primeira semana da intervenção pela médica.

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 pela enfermeira semanalmente. Se identificado 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 a médica e a enfermeira irão organizar a agenda para acolhimento dos usuários provenientes das buscas domiciliares deixando horários disponíveis com as ACS para atendimento clínico ou acolhimento com a enfermagem.

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 pela médica e enfermeira 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 pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica 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 da enfermeira mensalmente. A implantação do registro específico será realizada pela equipe de enfermagem e pela médica em cada contato com os usuários. O monitoramento dos registros será feito pela enfermeira 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 a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica 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 pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica 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 pela enfermeira 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 a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica 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 pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica 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 a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feita com a enfermeira e a médica 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.

A enfermeira 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 da médica 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 realizado pela médica 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 a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e a médica 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 pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica 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 adotamos o Manual Técnico de Atenção para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2012 e 2013. Nós iremos utilizar o prontuário específico e a ficha espelho disponíveis pelo curso. A ficha oferece 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 549 hipertensos e 179 diabéticos, pela estimativa da equipe.

A primeira reunião aconteceu na UBS, na área de recepção, para a apresentação do projeto para a equipe, a responsável foi a médica. Ela falou a justificativa da intervenção de acordo ao análises do CAP e as estimativas encontradas

Nós fizemos contato com o gestor municipal para as disposições de todas as fichas espelho e outros materiais necessários na primeira semana de intervenção, tendo como responsável a médica, isso aconteceu na Secretaria Municipal de Saúde, na etapa de planejamento. Para o acompanhamento

mensal da intervenção contamos com planilha eletrônica de coleta de dados para o uso da equipe, e foi monitorada pela médica, a disposição do material foi ótimo

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisou o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que voltaram ao serviço para consulta nos últimos três meses. 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. Todas as semanas na UBS

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 (na terça e quinta feira) e a realização das visitas domiciliares (todos os dias pelas agentes comunitárias de saúde). Os esfigmomanômetros da unidade deverão manter-se calibrados. Contamos com todos os instrumentos, materiais e ferramentas necessárias para a atividade

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 estudaram 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 a médica. 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 a médica e enfermeira.

Para viabilizar a ação de sensibilizar à 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. Como principais responsáveis a médica e enfermeira, os principais temas foram Direitos dos usuários a realização regular de exames complementares, aos medicamentos da farmácia popular Hiperdia, registros específicos e acesso a segunda via se necessário. Essas orientações foram fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que foram realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

Para monitoramento e avaliação, semanalmente a enfermeira, c, examinou as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estiveram com consultas, estratificação de risco cardiovascular, exames clínicos, exames complementares em atraso. As agentes de saúde fizeram busca ativa de todos os usuários em atraso, todas as semanas na área de abrangência. Organização da agenda das visitas domiciliares, organização dos horários disponíveis para o acolhimentos dos usuários resultantes da busca ativa pela médica e enfermeira, semanalmente na UBS. Estimamos 45 hipertensos por semana totalizando aproximadamente 183 por mês, de diabéticos 13 por semana aproximadamente 52 por mês. Ao fazer a busca já

agendaram ao usuário para um horário de sua disponibilidade. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha- espelho foram consolidado no registro.

Monitoramento e organização da intervenção																
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas integralmente: a organização aconteceu do início com verificação das ficha-espelho no arquivo, prontuários, todo a equipe do SAME ajudou de um jeito adequado ao desenvolvimento dos primeiros passos. O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos), fita métrica e glicosímetro foram preparados ao início da intervenção.

Dedicamos tempo também para a organização, a sinalização de situações de alerta 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, mantivemos a identificação de atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares. Houve a atualização do registro e dos prontuários da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção. Continuamos a avaliação da realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico.



Figura 1: Reunião com a gestora municipal e médica da UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Dentro das atividades mais importantes desenvolvidas ficou a capacitação dos profissionais da equipe pela enfermeira e médica. Foi muito interessante a definição das atribuições de cada profissional na ação programática, tomando como referência o protocolo, impresso pela enfermeira na primeira semana e outros temas desenvolvidos foram: respeito ao cadastramento, acolhimento, temas relacionados ao atendimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, fundamentalmente fatores de risco para o desenvolvimento das doenças, adequado exame clínico, atualização para o tratamento não farmacológico, e tratamento farmacológico com as principais drogas, periodicidade da realização de consultas, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, saúde bucal, principais metodologias de educação em saúde e outros.



Figura 2: Reunião com agentes comunitários de saúde na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.



Figura 3: Reunião com a gestora da UBS e a médica na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

O atendimento clínico completo foi realizado a todos os usuários cadastrados nos três meses planejados, oferecemos acolhimento aos usuários, exame clínico completo com avaliação nutricional (IMC) e a estratificação de risco (Framingham, e lesões órgão alvo), o hemoglicoteste foi realizado nos diabéticos para o controle da glicose capilar, e como rastreamento de DM na população hipertensa com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Os exames laboratoriais foram indicados de acordo ao fluxograma indicado.

A equipe ofereceu as visitas domiciliares a algumas casas de usuários faltosos, previamente planejados. Como facilidade, mantivemos as visitas domiciliares a algumas casas de usuários faltosos, para manter o acompanhamento adequado. Além disso, tivemos o apoio da gerente para mudar o atual cronograma de atendimento e colocar um espaço para os usuários de alto risco e melhorar a qualidade de atendimento e estabelecemos programa de agendamento para melhorar o acolhimento dos hipertensos cadastrados no programa de Hiperdia.

Como aspecto fundamental, mantivemos a relação com a comunidade e os grupos de hipertensos e diabéticos. Eles foram informados sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS em qualquer cenário de desempenho da equipe. Falamos os usuários e a comunidade quanto à importância do cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo. Os direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, da realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, além disso, sobre a importância da realização do exame clínico, dos exames complementares, da avaliação do risco cardiovascular e da identificação de

lesões precoces em órgãos alvo e outros. As reuniões com os usuários foram ótimas, os usuários e comunidade ficaram muito motivados.



Figura 4: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.



Figura 5: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Bernadete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na primeira semana aconteceu uma reunião da médica com o gestor para demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, 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.

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 a orientadora 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 a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de avaliação de indicadores do atendimento odontológico.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Para realizar a avaliação dos resultados da intervenção, utilizaremos os dados da equipe, pois estão delimitados e não são contraditórios aos números estimados pelo CAP e pela planilha de coleta de dados. Encontramos pela equipe 578 hipertensos e 188 diabéticos residentes na área, enquanto pelo CAP e pela planilha de coleta de dados tem-se 771 e 566 hipertensos e 220 e 140 diabéticos, respectivamente. Nossa UBS tem duas equipes, mas o trabalho foi desenvolvido apenas em uma, onde os registros identificaram a possibilidade de fazer a intervenção neste tema. Felizmente a outra equipe tem identificada as maiores dificuldades em outro tema da atenção à criança

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

Na área adstrita a minha UBS há 578 pessoas com hipertensão, foram acompanhados na intervenção 388, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 67,1%. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 17,5%, perfazendo 101 hipertensos, no 2º mês foi de 44,1%, correspondendo à 255 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 67,1%, perfazendo 388 hipertensos (figura 6). Devemos lembrar que a estimativa foi respeito aos dados da equipe, em uma população de usuários, onde o nível de escolaridade, de atenção a qualidade de vida é difícil alcançar melhorar os dados de cobertura propostos. Considero que o trabalho ajudou, o tempo para desenvolver as ações foi pequeno, mais todos achamos de positivo os resultados

atingidos, todos ficaram com motivação e interesse, onde os números não foram os desejados, mas a qualidade melhorou. As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: acompanhamento os dados previamente colhidos e os registros dos usuários cadastrados, 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 importante falar que o trabalho foi da equipe e não de toda a unidade, porque não teve adesão de todas as equipes (a outra equipe tem identificadas dificuldades em outros programas e ofereceram prioridades a eles)

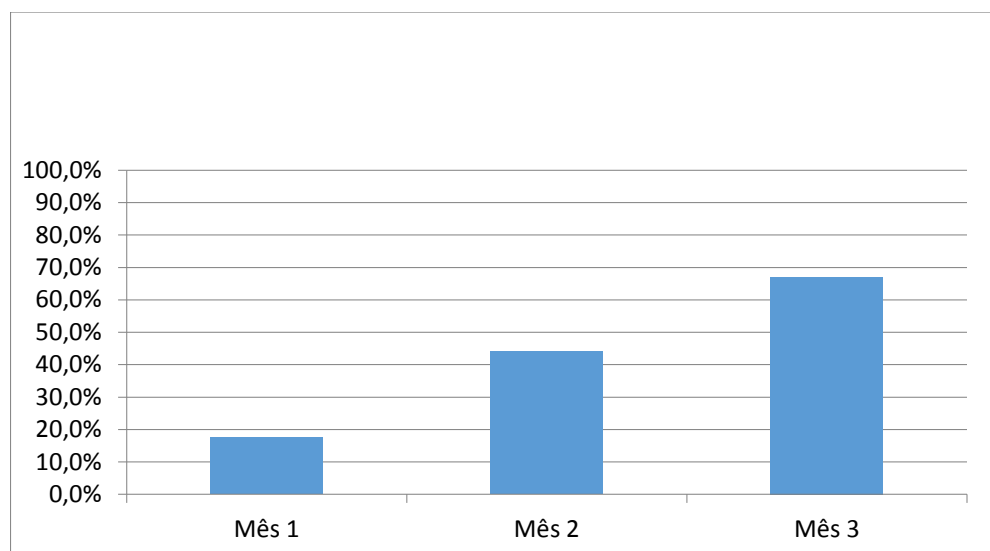


Figura 6: Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Na área adstrita a minha UBS pertencem a população de 188 diabéticos pela adscrição da equipe na ação programática, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 100%. É importante destacar que o registro dos usuários

diabéticos da área não fica completo, acreditamos o que é secundário a não identificação de toda a população de diabéticos da área. A evolução desse indicador foi no 1º mês o percentual foi de 30,3%, perfazendo 57 diabéticos, no 2º mês foi de 70,7%, correspondendo a 133 diabéticos acompanhados pela equipe da UBS e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 188 diabéticos (figura 7). Com isso, ultrapassamos a meta de cobertura da intervenção, que foi de 95% e atingimos 100%. As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o cadastramento 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. A intervenção foi realizada pela equipe, todos estiveram motivados.

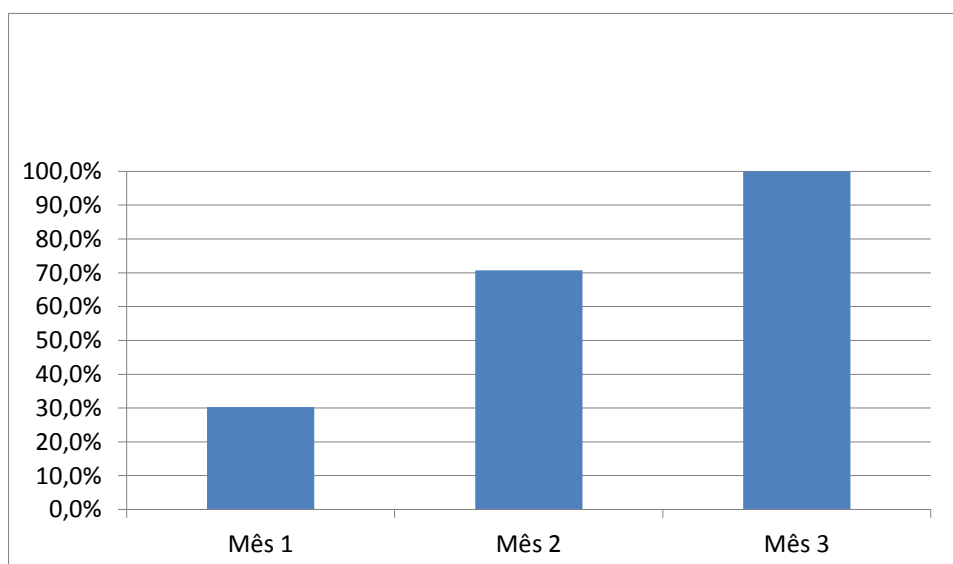


Figura 7: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 67,3%, perfazendo 68

hipertensos, no 2º mês foi de 68,6%, correspondendo à 175 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 69,8%, perfazendo 271 hipertensos (figura 8). Realmente acho que não foi possível atingir o 100%, conforme a estimativa, isso aconteceu porque é difícil fazer um exame físico completo na primeira consulta, eles precisam de consultas de acompanhamento para completar todo o exame clínico, infelizmente o tempo da intervenção não deu certo. 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.

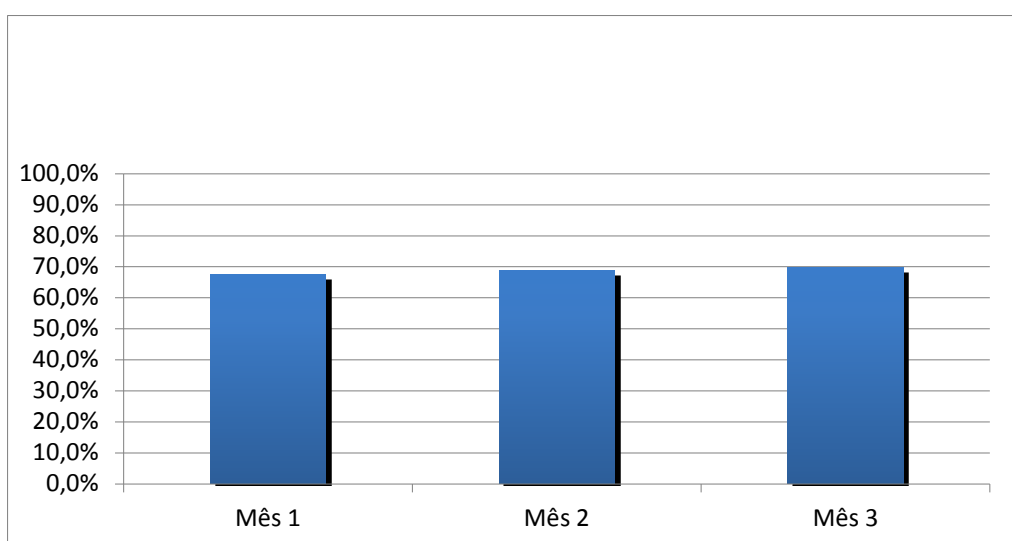


Figura 8: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 57,9%, perfazendo 33 diabéticos, no 2º mês foi de 61,7%, correspondendo à 82 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 61,7%, perfazendo 116 diabéticos (figura 9). Realmente acho que não foi possível atingir o 100%, conforme a estimativa, isso aconteceu porque é difícil fazer um exame físico completo na primeira consulta, eles precisam de consultas de acompanhamento para completar todo o exame clínico, infelizmente o tempo da intervenção não deu

certo. No 2º e 3º mês o volume de usuários aumentou, mas os principais pontos para manter a qualidade foram desenvolvidos

As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos 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.

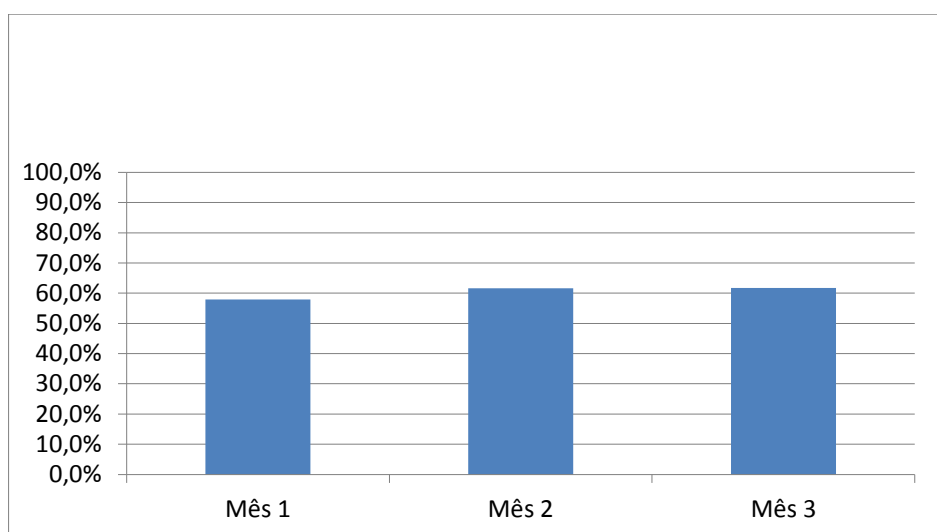


Figura 9: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 68,3%, perfazendo 69 hipertensos, no 2º mês foi de 69,8%, correspondendo à 178 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 69,8%, perfazendo 271 hipertensos (figura 10). Esta meta não foi atingida, conhecíamos as dificuldades com a realização dos exames complementares no município, mais foi ambicioso acreditar na possibilidade de rapidez pelo Departamento de marcação na UBS e Secretaria de Saúde e lograr os resultados esperados. Nos atendimentos foram exames de rotina como creatinina, colesterol, triglicérides, ureia, e Rx de tórax urina, nada de complexidade. Dificultou

a melhoria desde 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 esta melhoria, mas ainda não tem possíveis soluções. 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.

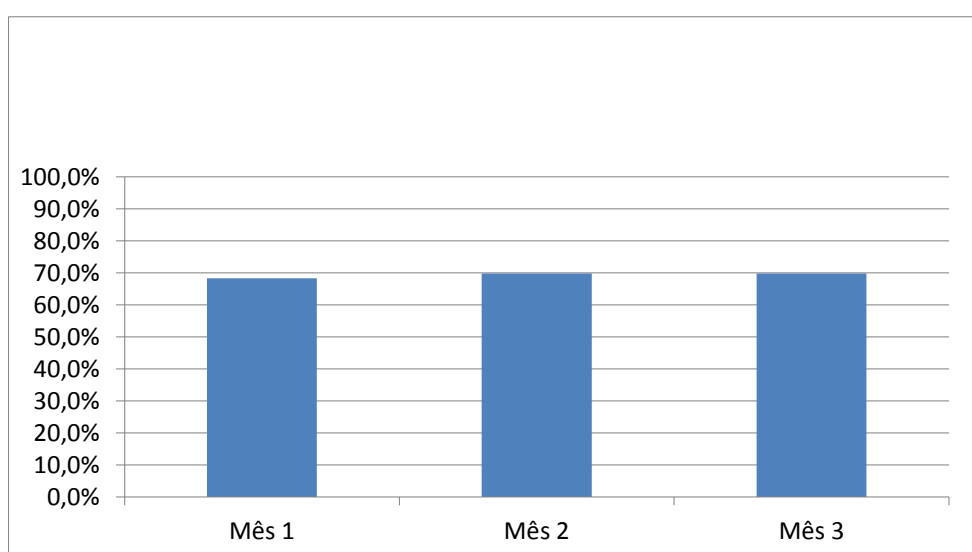


Figura 10: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 59,6%, perfazendo 34 diabéticos, no 2º mês foi de 63,2%, correspondendo à 84 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 61,2%, perfazendo 115 diabéticos (figura 11). Esta meta não foi atingida, conhecíamos as dificuldades com a realização dos exames complementares no município, mais foi ambicioso acreditar a possibilidade da rapidez pelo Departamento de marcação na UBS e Secretaria de Saúde e lograr os resultados

esperados. Nos atendimentos foram exames de rotina como glicose, creatinina, colesterol, triglicérides, ureia, e RS de tórax, urina, nada de complexidade. Dificultou a melhoria desde 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 esta melhoria, mas ainda não tem possíveis soluções. 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.

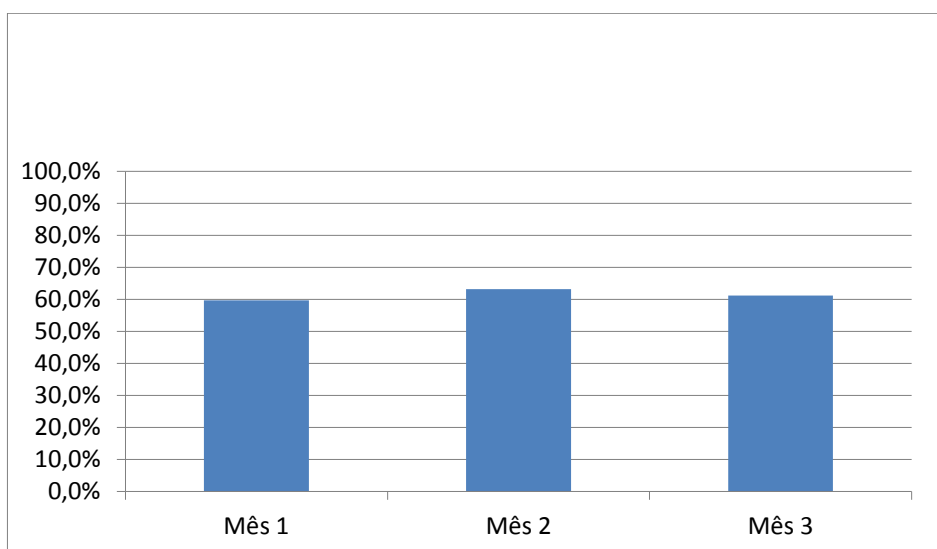


Figura 11: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

Respeito a esse indicador temos no 1º mês o percentual de 87,1%, perfazendo 74 hipertensos, no 2º mês foi de 86,4%, correspondendo à 185 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 81,8%, perfazendo 265 hipertensos (figura 12).

Dentro das dificuldades tivemos a falta de alguns medicamentos ou demora de sua chegada a Unidade Básica de Saúde, às vezes outros medicamentos não ficam na farmácia da Unidade, geralmente indicados pelo cardiologista.

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 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.

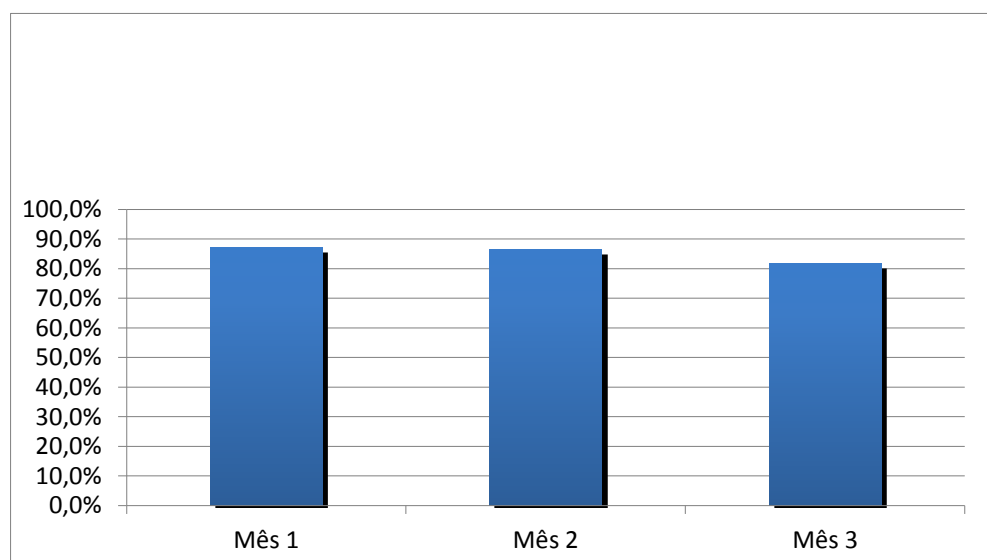


Figura 12: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

Neste indicador temos no 1º mês o percentual de 90,2%, perfazendo 46 diabéticos, no 2º mês foi de 84,5%, correspondendo à 98 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 79,6%, perfazendo 129 diabéticos (figura 13). Dentro das dificuldades

tivemos a falta de algum medicamentos a demora de sua chegada a Unidade Básica de Saúde, as vezes outros medicamentos não ficam na farmácia da Unidade, geralmente indicados pelo cardiologista e endocrinologista

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.

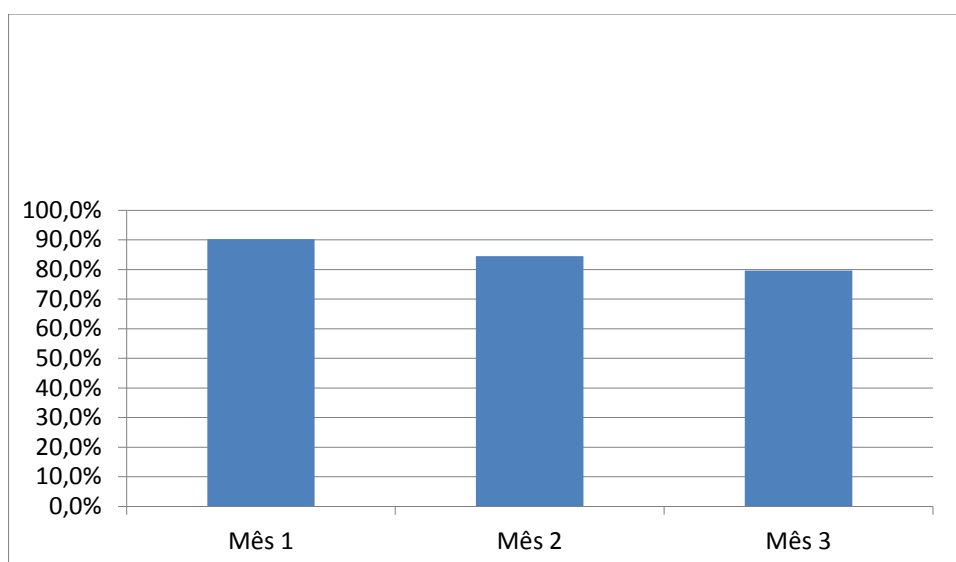


Figura 13: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi de 45,5%, perfazendo 46 hipertensos, no 2º mês foi de 48,2%, correspondendo à 123 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 47,2%, perfazendo 183 hipertensos (figura 14).

A principal dificuldade para alcançar a meta de 100% foi a ausência de odontólogo na equipe, infelizmente a população considera muito necessário a presença do odontólogo nas ações de saúde bucal, foi difícil a organização da agenda de saúde bucal e avaliação dos usuários, felizmente o odontólogo da outra equipe ofereceu ajuda, mas foi impossível a avaliação de todos os usuários. A atividade ajudou a fazer propostas para capacitar a todo o pessoal de saúde na UBS, para buscar melhores resultados.

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.

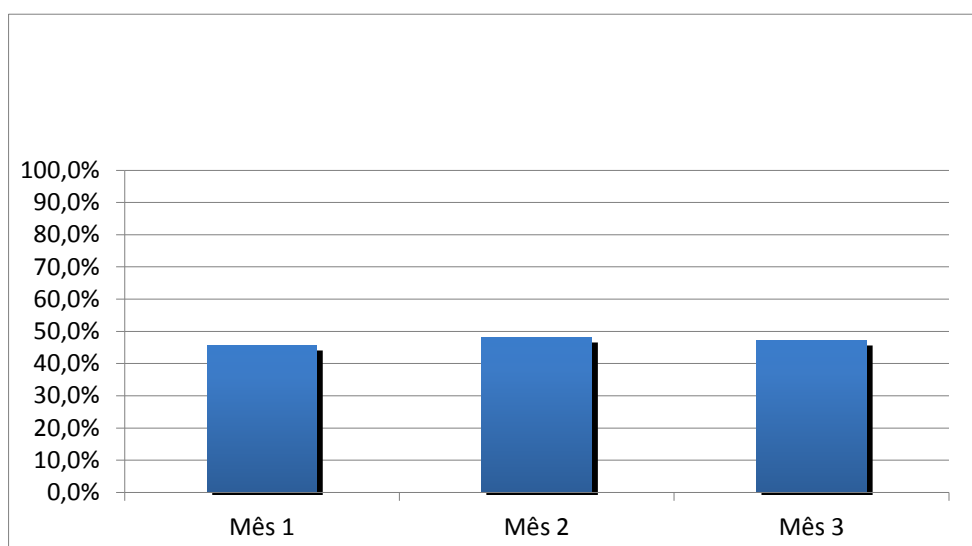


Figura 14: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

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

A evolução desse indicador não foi ótima, visto que no 1º mês o percentual foi de 38,6%, perfazendo 22 diabéticos, no 2º mês foi de 45,1%, correspondendo a 60 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 42,6%, perfazendo 80 diabéticos (figura 15). O fato mais importante aconteceu no maior vínculo com todas as pessoas da

equipe, infelizmente no terceiro mês contamos com pouca ajuda da outra equipe. A principal dificuldade para não atingir 100% deste indicador foi ausência de odontologista na UBS, onde foi difícil a organização da agenda de saúde bucal e avaliação dos usuários, felizmente o odontologista da outra equipe ofereceu ajuda, mais foi impossível a avaliação de todos os usuários.

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.

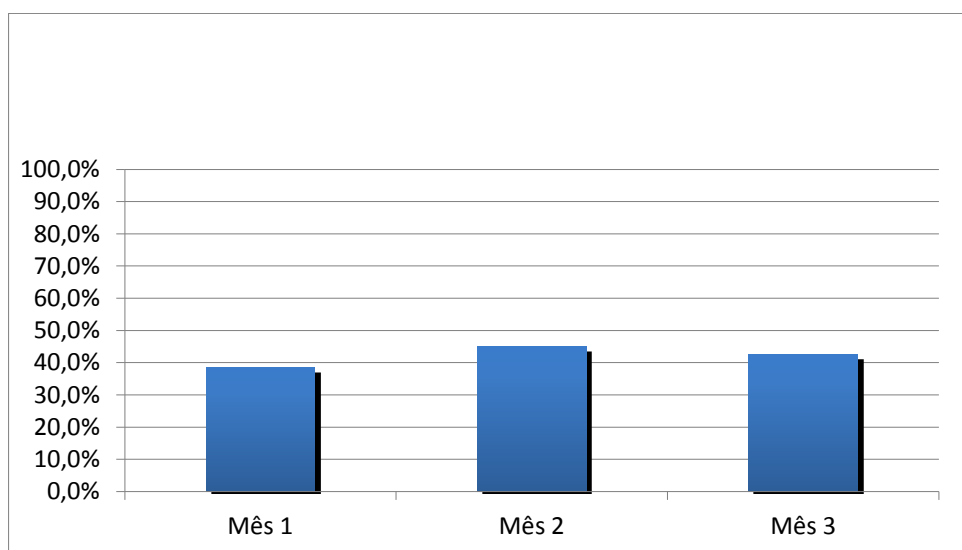


Figura 15: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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 36 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 81 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 123 hipertensos. Felizmente tivemos êxito. 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.

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 98,0%, correspondendo à 49 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 98,6%, perfazendo 70 diabéticos (figura 16). 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 ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

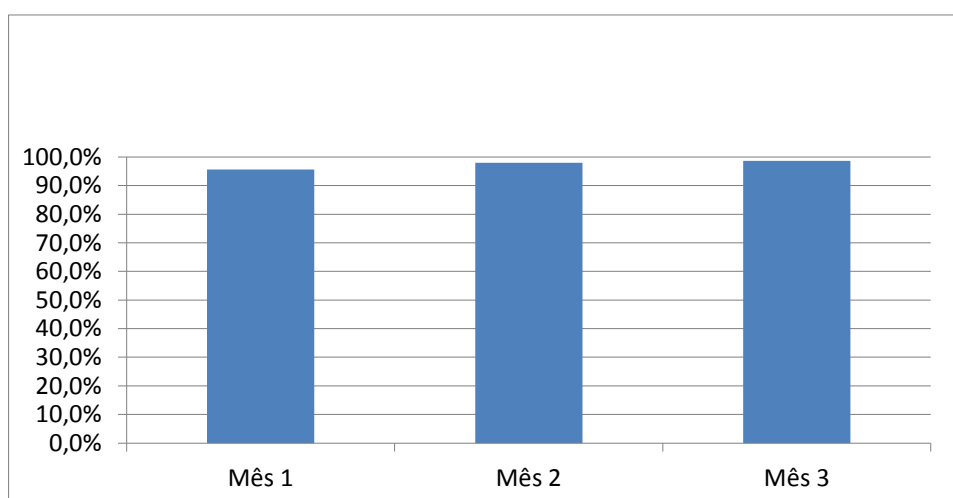


Figura 16: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 62,4%, perfazendo 63 hipertensos, no 2º mês foi de 68,2%, correspondendo à 174 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 66,8%, perfazendo 259 hipertensos (figura 17). Dificultou o adequado acompanhamento o baixo nível de conhecimentos dos usuários respeito às necessidades de acompanhamento, assim como algumas irregularidade da supervisão no preenchimento dos registros ao acompanhamento do hipertenso

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.

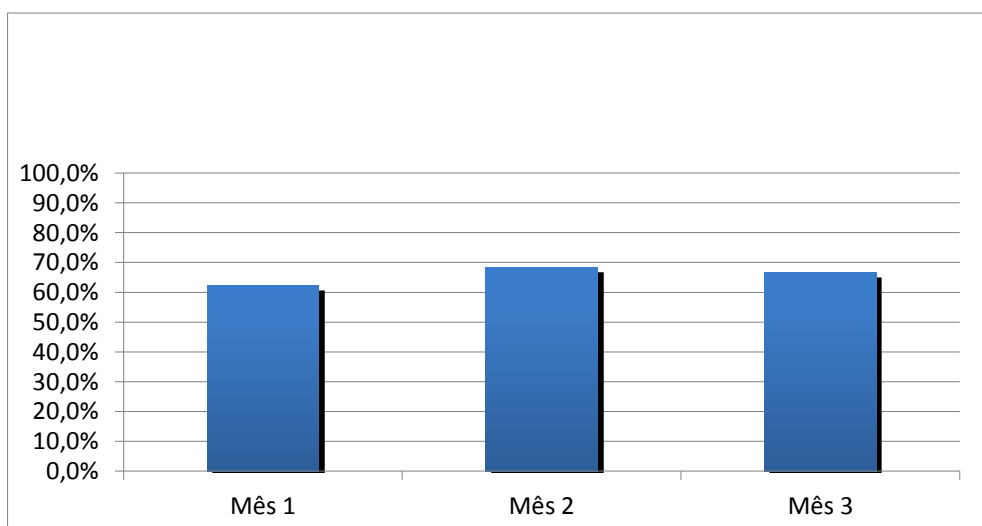


Figura 17: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 56,1%, perfazendo 32 diabéticos, no 2º mês foi de 60,9%, correspondendo à 81 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 60,6%, perfazendo 114 diabéticos (figura 18). Dificultou o adequado acompanhamento o baixo nível de conhecimentos dos usuários respeito às necessidades de acompanhamento, assim como algumas irregularidades da supervisão no preenchimento dos registros ao acompanhamento deste usuário, assim como a pouca cooperação dos familiares na necessidade de manter um registro com qualidade e periodicidade.

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.

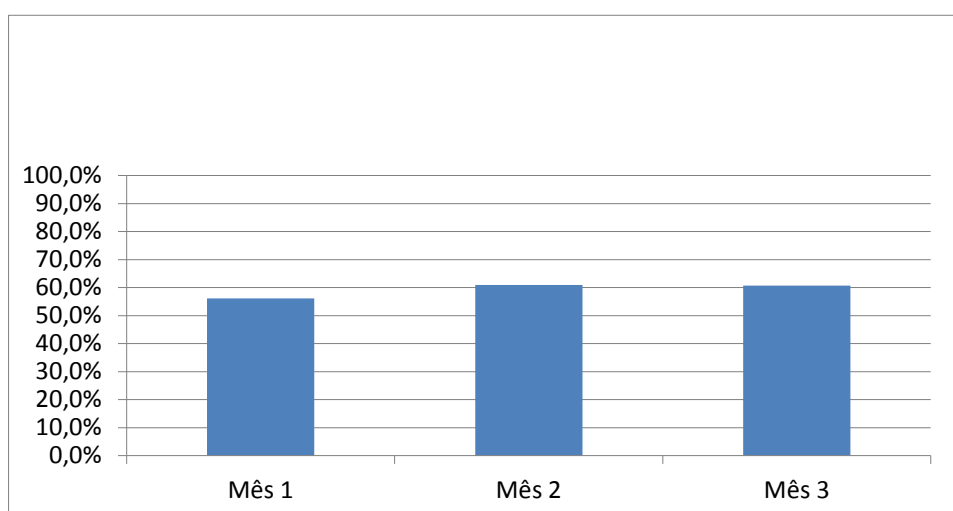


Figura 18: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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.

A evolução deste indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 67,3%, perfazendo 68 hipertensos, no 2º mês foi de 70,2%, correspondendo a 179 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 63,4%, perfazendo 246 hipertensos (figura 19). Dentro das principais dificuldades foram: impossibilidade de fazer avaliação do risco individual a todos os usuários na primeira consulta, a maioria não tinha estudos para avaliar as doenças relacionadas com lesões em órgão alvo como coração, cérebro, rins ou retina e pouca adesão dos usuários ao programa

. 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.

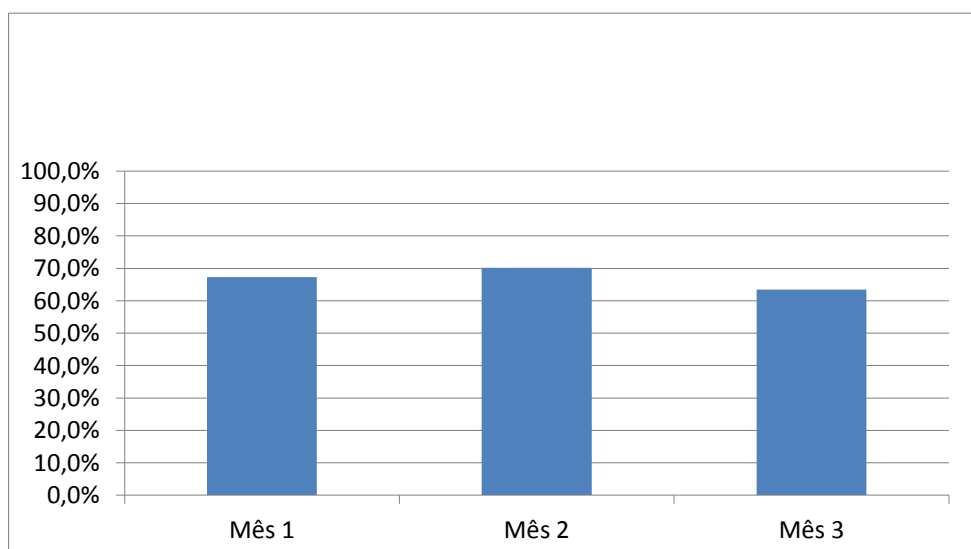


Figura 19: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 61,4%, perfazendo 35 diabéticos, no 2º mês foi de 66,2%, correspondendo à 88 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 60,6%, perfazendo 114 diabéticos (figura 20). Dentro das principais dificuldades foram: impossibilidade de fazer avaliação do risco individual a todos os usuários na primeira consulta, a maioria não tinha estudos para avaliar as doenças relacionadas com lesões em órgão alvo como coração, cérebro, rins ou retina e pouca adesão dos usuários ao programa

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 como: pé diabético, retinopatia diabética, doença renal crônica. Infelizmente não tivemos toda assistência e motivação dos usuários, mas vamos diversificar as estratégias.

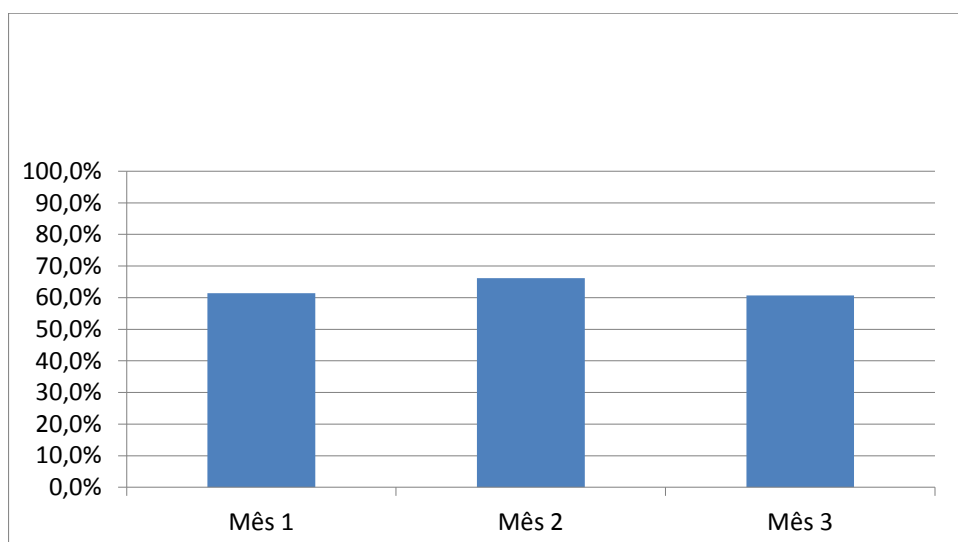


Figura 20: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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 94,1%, perfazendo 95 hipertensos, no 2º mês foi de 97,6%, correspondendo à 249 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 98,5%, perfazendo 382 hipertensos (figura 21). Infelizmente não tivemos toda assistência e motivação dos doentes, os hábitos dietéticos foram difíceis de modificar, mas seguiremos a orientação, pois pensamos ser uma mudança gradual com a população, foi impossível envolver nutricionistas na atividade

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, mas é necessário garantir junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, que ainda não atingiu o estimado de 100%.

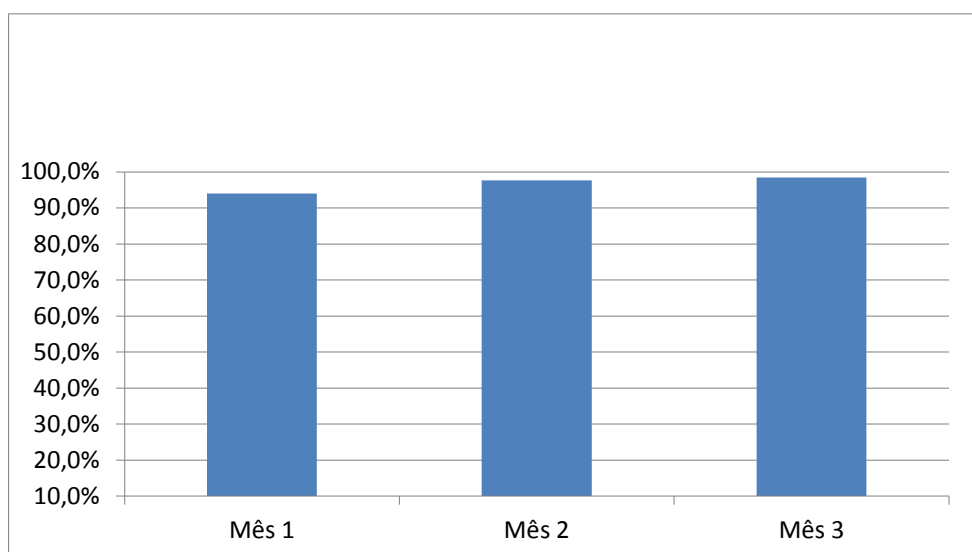


Figura 21: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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 94,7%, perfazendo 54 diabéticos, no 2º mês foi de 97,7%, correspondendo à 130 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 98,4%, perfazendo 185 diabéticos (figura 22). Infelizmente não tivemos toda assistência e motivação dos doentes, os hábitos dietéticos foram difíceis de modificar visto que são hábitos socioculturais que requerem mudanças a longo prazo, mas continuaremos trabalhando com estas orientações, foi impossível envolver nutricionistas na atividade

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 solicitar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e fornecer a qualidade da atividade, ainda não deu certo.

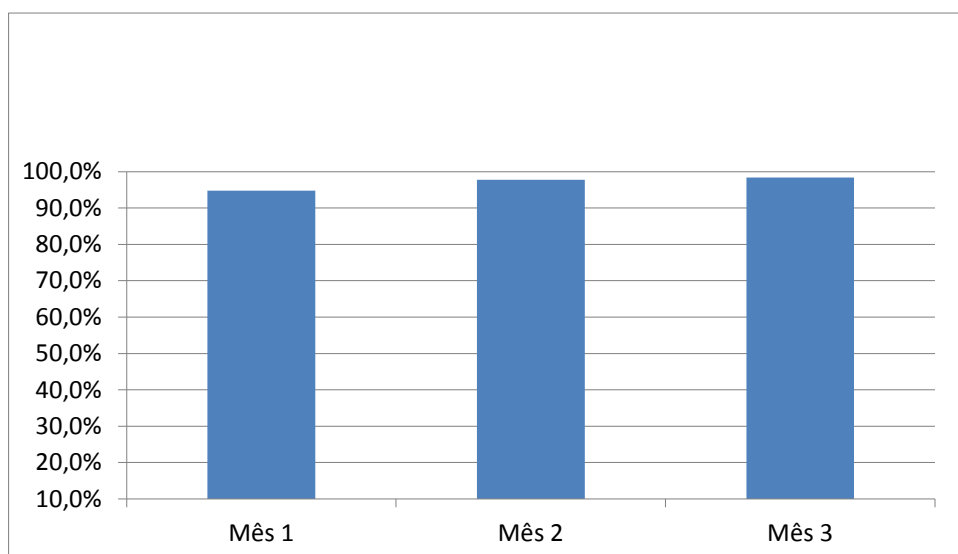


Figura 22: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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 93,1%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 97,3%, correspondendo à 248 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 98,2%, perfazendo 381 hipertensos (figura 23). A maior dificuldade foi na adesão, o nível educacional dos usuários é baixo e muitos avaliaram de pouco interesse no tema e vamos buscar outras estratégias para tal, foi impossível envolver educadores físicos na atividade

As ações que mais auxiliaram 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.

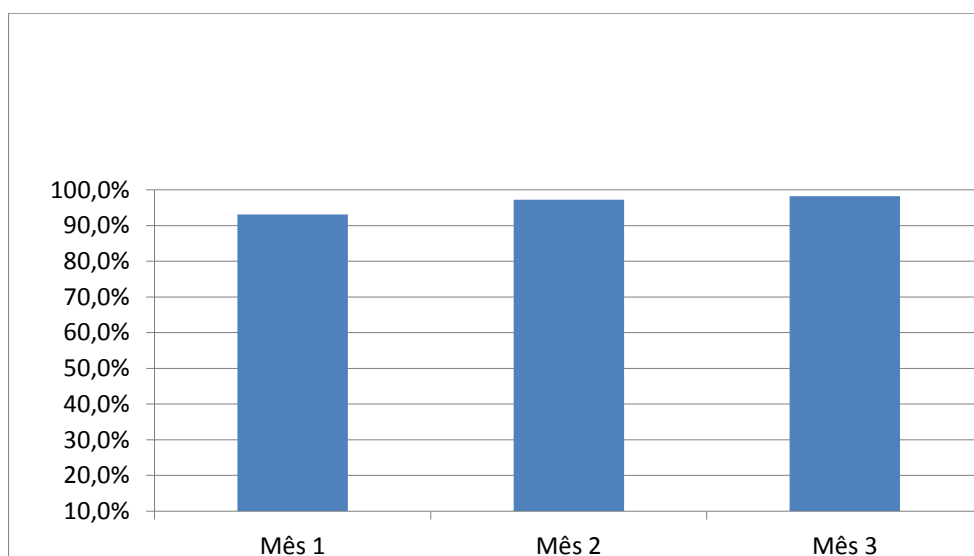


Figura 23: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 93,0%, perfazendo 53 diabéticos, no 2º mês foi de 97,0%, correspondendo a 129 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 97,9%, perfazendo 184 diabéticos (figura 24). A maior dificuldade foi na adesão, o nível educacional dos usuários é baixo e muitos avaliaram de pouco interesse no tema e vamos buscar outras estratégias para tal, foi impossível envolver educadores físicos na atividade

As ações que mais auxiliaram 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.

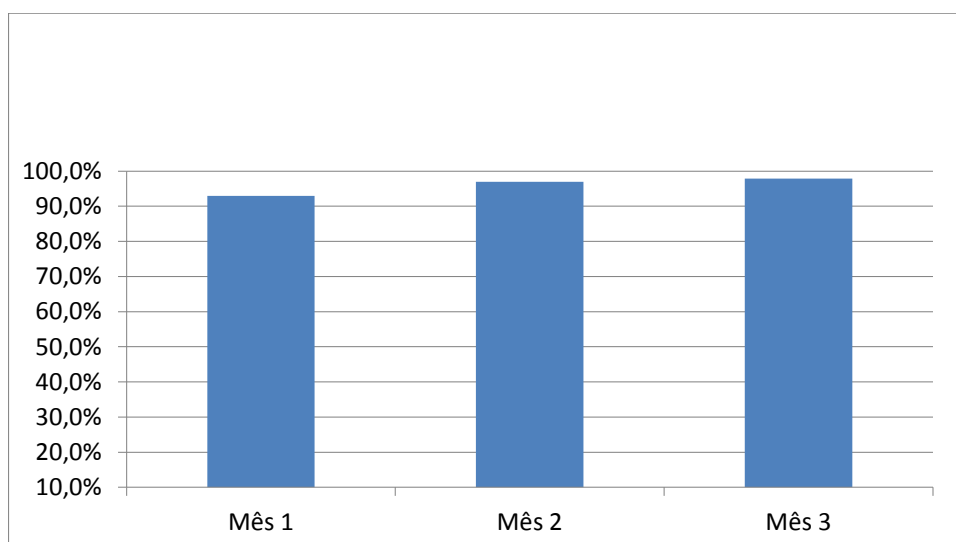


Figura 24: Proporção de Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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 a análise deste indicador temos no 1º mês o percentual de 93,1%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 97,3%, correspondendo a 248 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 98,2%, perfazendo 381 hipertensos (figura 25). A maior dificuldade aconteceu com a adesão e motivação pelo tema, embora os resultados foram com valores elevados

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 mau 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" juntamente com o gestor, assim proporcionará à população mais oportunidades para a escolha de saúde.

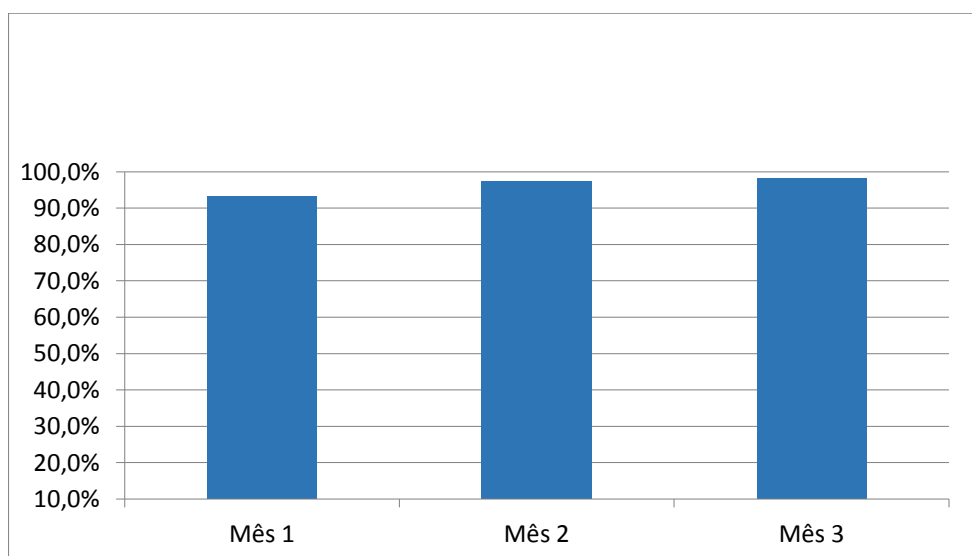


Figura 25: Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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 84,2%, perfazendo 85 diabéticos, no 2º mês foi de 93,7%, correspondendo à 239 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 95,9%, perfazendo 372 diabéticos (figura 26). A maior dificuldade aconteceu com a adesão e motivação pelo tema, embora os resultados foram com valores elevados

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.

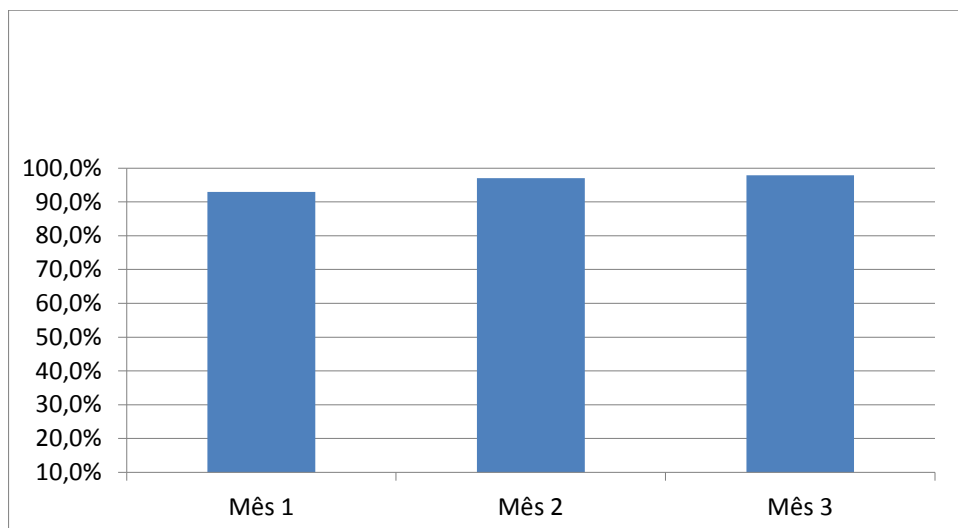


Figura 26: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários 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 84,2%, perfazendo 85 hipertensos, no 2º mês foi de 93,7%, correspondendo à 239 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 95,9%, perfazendo 372 hipertensos (figura 27). A maior dificuldade aconteceu com a adesão. 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.

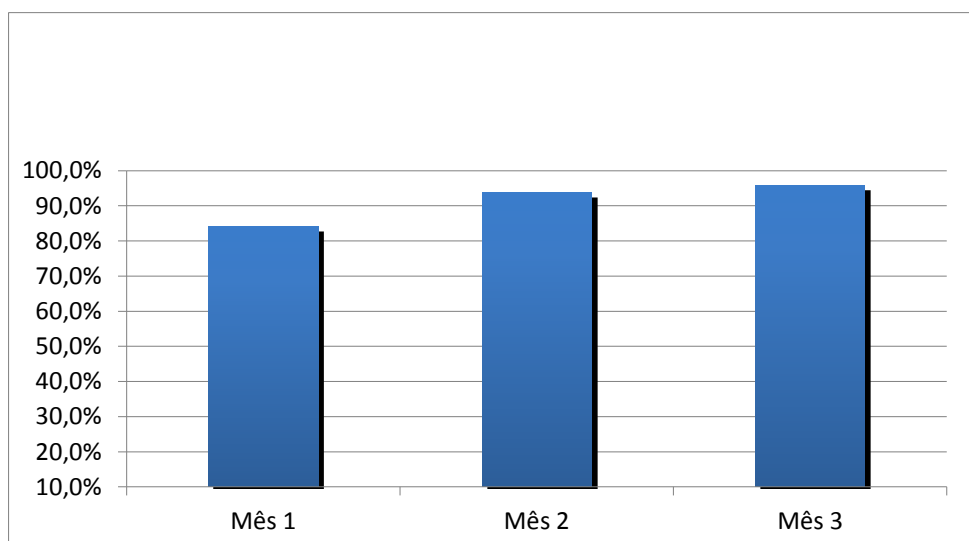


Figura 27: Proporção de Hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários 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 87,7%, perfazendo 50 diabéticos, no 2º mês foi de 94,7%, correspondendo à 126 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 96,3%, perfazendo 181 diabéticos (figura 28). A maior dificuldade aconteceu com a adesão. 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.

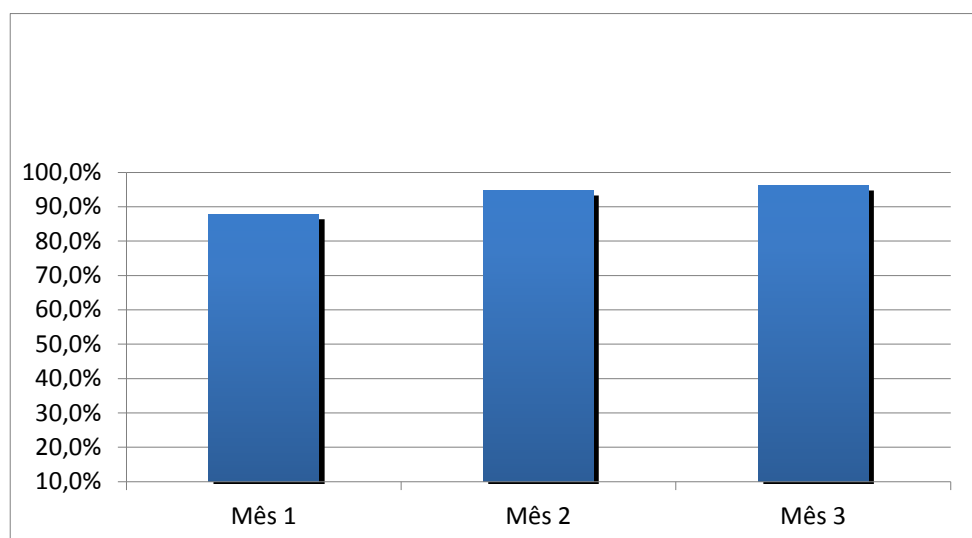


Figura 28: Proporção de Diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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 ficou mais organizado, melhorou 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 pela médica, uma enfermeira, técnicas de enfermagem, 7 agentes comunitárias de saúde, agora sem odontólogo, 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 adequado 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 na médica e enfermeira, 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 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 Melhoria da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN de autoria da médica Eslaidi Mendoza Clavel a partir do curso de especialização em saúde da família UNASUS – realizado pela UFPel. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e abril de 2015.

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 a 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 388 usuários hipertensos - 67,1% e 188 diabéticos, ou seja, 100%. Valores significativos para a conclusão de nosso trabalho em relação à cobertura.

Dentre os aspectos do processo de trabalho que foram melhorados 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, destacam-se as relacionadas à informação a 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 as sinais e sintomas da hipoglicemia e a necessidade de detecção e tratamento precoce, realizar 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, promover 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 odontólogo a tempo completo para a equipe melhorando a cobertura para avaliação e cuidado da saúde bucal, abordagem terapêutico 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,

Dra. Eslaidi Mendonza Clavel.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

O relatório a seguir é uma apresentação de como foi realizado o Projeto de Intervenção após um estudo detalhado de nossa UBS Bernardete Bezerra, Mossoró/RN através do curso de especialização em saúde da família UNASUS realizado pela UFPel com modalidade Educação à distância (Ead) de minha autoria. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e abril de 2015 sobre o tema Melhoria da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

Nossa motivação nesse assunto resultou após o análise das estatísticas da equipe, consultas de atendimentos e doenças mais frequentes diagnosticadas. Onde existia o número de 578 usuários hipertensos que estavam incluídos no programa de um total de aproximadamente 771 hipertensos que devem existir na área e 152 diabéticos, de 220 usuários que devem existir na área.

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,

Dra. Eslaidi Mendoza Clavel.

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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95(1 supl.1): p. 1-51.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

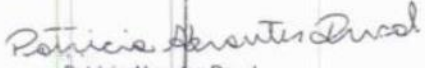
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.


Ilma Srª
Proª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



Anexo B - Planilha de coleta de dados

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

Recortar Copiar Área de Transferência Pincel de Formatação Fonte Alinhamento Número Estilo

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente Mesclar e Centralizar Formatação Condicional como Tabela Estilo

AutoSoma Preencher Limpar Edição

CS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 19 20 21 22 23 24 25 26

A B C D E F G H I

Digite apenas nas células em VERDE.

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

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.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				

OBSERVAÇÕES

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 contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.

DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção				

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

***Estimativa no território**

População total	
-----------------	--

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

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

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.

14 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 Denise Bermudez

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																				
Jódo para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	Módulo do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame físico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares e um dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebeu todas as medicações?	Todos os medicamentos do diário de Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Faz realização busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro independente na ficha de susceptibilidade?	A estratificação de risco cardiovascular por exame físico está em dia?	O paciente recebeu orientação individual sobre a importância da atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o risco do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?		
Orientações de precaução	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em caso	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	0 - Não 1 - Sim	
1																				
2																				
3																				
4	1																			
5	2																			
6	3																			
7	4																			
8	5																			
9	6																			
10	7																			
11	8																			
12	9																			
13	10																			
14	11																			
15	12																			
16	13																			
17	14																			
18	15																			
19	16																			
20	17																			
21	18																			
22	19																			
23	20																			
24	21																			
25	22																			
26	23																			
27	24																			
28	25																			
29	26																			
30	27																			
31	28																			
32	29																			
33	30																			
34	31																			
35	32																			

PRONTO Orientações Dados da UBS Plan1 Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores 59% 23:39 05/01/2015

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

Eu, Eslaidi Mendoza Clavel, médica 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.

Eslaidi Mendoza Clavel

Nome