

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Belinha Nunes, Picos, PI

Yadira Escalona Guerra

Pelotas, 2015.

Yadira Escalona Guerra

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS
Belinha Nunes, Picos, PI**

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

Orientadora: Janaine Sari

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G934m Guerra, Yadira Escalona

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Belinha Nunes, Picos, PI / Yadira Escalona Guerra; Janaine Sari, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Sari, Janaine, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Esse Trabalho de Conclusão de Curso é fruto não apenas de um esforço pessoal, mas do empenho e colaboração de amigos, profissionais e familiares. Dedico esse projeto final aos meus pais, Guadalupe e Ramiro, à minha irmã, Yamile, à minha filha Melany e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram na formatação geral desse estudo.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado paz e saúde para vencer cada um dos obstáculos.

A todos os membros dessa Universidade, ao corpo docente e administrativo.

A minha orientadora, Janaine Sari pela compreensão, empenho e sensibilidade na transmissão dos seus conhecimentos.

Ao meu namorado, amigo e parceiro de todas as horas, o jornalista J.Pereira, pela disponibilidade incondicional de estar sempre presente nas discussões e orientações desse curso.

Resumo

ESCALONA GUERRA, Yadira. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Belinha Nunes, Picos, PI.** 77 Fls, 2015. 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 intervenção para melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizada na UBS Belinha Nunes, Picos, PI. Teve como objetivo geral proporcionar a melhoria da qualidade da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), com idade igual ou superior a 20 anos residentes na área de abrangência da unidade. Foi programada para ser realizada em 16 semanas, entretanto, por motivos inerentes ao curso de especialização, foi desenvolvida em 12 semanas. A população total pertencente à UBS Belinha Nunes no início do curso de especialização era de 2.868 pessoas. No decorrer do curso, a área de abrangência foi dividida e a população total passou a ser 1998 pessoas. Segundo a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da UFPel, a estimativa da população com 20 anos ou mais é de 1921 pessoas na área de abrangência. Conforme essa planilha a estimativa de pessoas com HAS e DM é de 304 e 75 pessoas, respectivamente. A população total de hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes foge da estimativa. Segundo dados da UBS, possuímos 202 hipertensos e 76 diabéticos. Com a intervenção a equipe conseguiu cadastrar 182 hipertensos (90,1%) e 76 diabéticos (100%), superando a meta pactuada. As metas referentes aos objetivos da qualidade da atenção, melhoria dos registros e adesão e também da realização da avaliação de risco nem sempre iniciaram com sucesso, mas foram alcançadas em 100% no final da intervenção. Dentre essas metas estão à realização do exame clínico e dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo; a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico; melhoria dos registros;

a realização das buscas ativas aos faltosos e a realização da estratificação do risco cardiovascular. As metas referentes ao objetivo de promover a saúde hipertensos e diabéticos foram alcançadas em 100% em todos os meses intervenção. Graças à realização da intervenção a equipe conseguiu melhorar a qualidade de vida dos usuários atendidos e ficou fortalecida por meio das atividades de capacitação desenvolvidas, restabelecendo-se o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus e Doença Crônica.

Lista de Figuras

Figura 01	Gráfico de cobertura de atenção aos hipertensos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	48 e 64
Figura 02	Gráfico de cobertura de atenção aos diabéticos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	49 e 64
Figura 03	Gráfico de cobertura de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	50
Figura 04	Gráfico de cobertura de hipertensos com os exames complementares em dia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	51
Figura 05	Gráfico de cobertura de hipertensos com prescrição da Farmácia Popular/ Hiperdia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	52
Figura 06	Gráfico de cobertura de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	53
Figura 07	Gráfico de cobertura de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	54
Figura 08	Gráfico de cobertura de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	54
Figura 09	Gráfico de cobertura de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	55
Figura 10	Gráfico de cobertura de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	56
Figura 11	Gráfico de cobertura de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	56
Figura 12	Gráfico de cobertura de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	57
Figura 13	Gráfico de cobertura de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.	58
Figura 14	Gráfico de cobertura de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Belinha Nunes,	59

Picos, PI, 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PI	Piauí
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	10
Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa	18
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão	61
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	68
Referências.....	70

Anexos.....	71
-------------	----

Apresentação

Este volume está constituído pelo Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de especialização em Saúde da Família realizado por meio de uma intervenção de saúde realizada na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, Picos, PI. A população alvo incluiu os usuários hipertensos e diabéticos. O objetivo principal foi melhorar a atenção destes usuários. Para alcançar os objetivos, metas e ações pactuadas, a equipe de saúde teve que realizar um trabalho árduo e organizado. O produto final da intervenção é fruto do comprometimento dos profissionais da equipe com a saúde das pessoas de nossa comunidade.

Esse volume contém sete capítulos. O primeiro deles se refere à análise situacional e objetiva situar o leitor quanto aos aspectos relativos ao processo de trabalho, estrutura e linhas de cuidados na UBS. O segundo capítulo trata-se da análise estratégica, em que são abordados os aspectos do foco da intervenção, metodologia, indicadores e o cronograma. O terceiro capítulo aborda o relatório da intervenção. O quarto capítulo relata a avaliação da intervenção, trazendo os resultados e a discussão. O quinto capítulo trata-se do relatório para os gestores, o sexto capítulo o relatório para a comunidade e o sétimo e último capítulo traz a reflexão pessoal do processo de aprendizagem do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Belinha Nunes, município Picos, Estado Piauí (PI). Aqui trabalham duas equipes de saúde em uma área muito grande e carente, na periferia da cidade.

As doenças mais frequentes são doenças respiratórias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), Parasitismo intestinal, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), entre outras. Fazemos consulta de segunda a sexta e visita domiciliar as terças a tarde. Temos situações muito difíceis com idosos e deficientes mentais abandonados por seus familiares.

Dedicamos muito tempo a atividades de promoção e prevenção de saúde, pois quando ofertamos conhecimentos ao povo, nosso trabalho tem mais resultados. Trabalhamos conjuntamente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), entre outras instituições, ofertando, assim, uma assistência mais integral. Nossa área de abrangência possui fortalezas, pois conta com um Hospital Regional, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um Centro de Assistência Médica, que prestam serviços de urgência e assistência especializada. Também contamos com um Laboratório Clínico que realiza estudos a população carente, entretanto, não é suficiente para suprir a demanda solicitada pelos usuários, sendo assim uma de nossas debilidades.

Embora a maioria da população seja de baixo nível socioeconômico, são muito receptivos e cumprem com nossas orientações, não sendo nosso espanhol uma barreira na comunicação. É um prazer poder colaborar com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Picos, a cidade modelo e a capital do Mel, é um dos municípios do Estado Piauí. Situa-se na região centro-sul do estado e tem como principal característica social a mistura étnica, pois sua população é formada por indivíduos das mais diversas partes do país. A população da cidade é atualmente de 79.294 habitantes, distribuídos na zona urbana e rural, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O município oferece amplo atendimento na área da saúde, tanto no setor público quanto privado. Conta, atualmente, com 36 UBS, todas com modelo da ESF, sem Unidade Básica de Saúde tradicional. Também possui 06 equipes de NASF, que prestam apoio aos ESFs. Contamos com assistência médica especializada no Centro de Assistência Médica com especialidades como Ortopedia e traumatologia, Ginecologia, Mastologia e Cirurgia Geral. As demais especialidades são ofertadas nas clínicas privadas. Picos possui um Hospital Regional que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 5 hospitais privados, que também prestam essa assistência. A realização de exames complementares é desenvolvida em 2 laboratórios do SUS e 42 que tem convênio com o SUS. O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) já existe, mas ainda não há atendimento.

Nossa UBS está localizada na área urbana do município e o modelo de atenção é a saúde da família por meio da ESF. Possuímos vínculo com a instituição de ensino de enfermagem e a nossa equipe multiprofissional é formada por duas equipes de saúde, sendo os profissionais um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma recepcionista, uma técnica em enfermagem que presta assistência na sala de vacinas, um odontólogo e uma Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

Temos algumas dificuldades na estrutura física da UBS. Por exemplo, a sala de procedimentos de enfermagem tem um espaço muito reduzido, dificultando as vezes o adequado desenvolvimento dos procedimentos. A farmácia apresenta inadequada iluminação e ventilação, a sala de espera tem poucas cadeiras e o espaço é reduzido, pois ofertamos vários atendimentos no mesmo horário. Além disso, existem barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso dos usuários à UBS, como a presença de desníveis na calçada de

acesso, dificultando o deslocamento seguro dos usuários cadeirantes, idosos, etc.

Na minha realidade de trabalho, a maioria dos profissionais atuantes na saúde da família cumpre com as suas atribuições. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam as visitas domiciliares com êxito, fazem o agendamento para visita da equipe aos usuários acamados facilitando, assim, o cuidado para com essa população. A dentista realiza o diagnóstico e atenção da saúde bucal da nossa área, atividades programadas e demanda espontânea e gerenciamento dos insumos necessários para o bom funcionamento da unidade. A equipe de enfermagem realiza consultas e procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares e nas escolas, gerencia os planejamentos das ACS, contribui e participa nas atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe, participa no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Eu, como médica do ESF, realizo minhas atribuições na atenção da saúde dos indivíduos da área com consultas clínicas, atividades na UBS e nas escolas, atividades programadas e de demanda espontânea, encaminho usuários quando é necessário e solicito a hospitalização de usuários que precisem, contribuo e participo nas atividades de educação permanente e participo no gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS. Penso que a principal dificuldade reside na necessidade de termos outra técnica de enfermagem que possa fazer os procedimentos, pois não é suficiente só uma para a farmácia e outra para executar os demais procedimentos.

Nossa área adstrita possui 2.868 usuários, predominando as idades entre 15 e 59 anos, sendo essas 1.800 pessoas. Em breve nossa área de abrangência será dividida em duas e então a população total será modificada.

Quanto à demanda espontânea, ela não é muito frequente, às vezes acontecem fundamentalmente como urgências, sendo atendidas rapidamente. A maior parte dos atendimentos são agendados e penso que, com o fortalecimento do trabalho em equipe e com o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas, o atendimento ganhará em qualidade.

As consultas de **puericultura** são realizadas de 0 a 24 meses e todas as semanas são agendadas. Temos dificuldades no que se refere a atenção a criança, pois mesmo após explicar aos pais a importância das consultas, eles

não comparecem com a frequência solicitada. Existem os registros dos atendimentos feitos nos prontuários médicos, nas fichas espelhos e nos prontuários odontológicos. Avaliamos o crescimento e desenvolvimento das crianças de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde.

Os dados do caderno de Ações Programáticas (CAP) demonstraram que a estimativa de crianças menores de um ano na área de abrangência é de 43. No momento a equipe tem realizado o acompanhamento de 28 crianças menores de 1 ano, representando o 65% da estimativa do CAP.

Realizamos um adequado seguimento de nossas **gestantes e puérperas**, pois 100% das gestantes comparecem as consultas programadas, têm o esquema vacinal atualizado, fazem os exames indicados, os suplementos de ferro e, em caso de intercorrências, também fizemos a consulta todos os dias da semana e com prioridade de vagas disponíveis para gestantes, puérperas, crianças, idosos e qualquer urgência ou emergência que precise do nosso atendimento. Temos dificuldade na assistência odontológica às gestantes, pois temos só uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas áreas de abrangência, sendo insuficiente para o atendimento de toda a população.

Segundo os dados do CAP as estimativas de gestantes para nossa área de abrangência é de 43. Nesse momento a equipe tem acompanhado 13 gestantes, o que corresponde a 30% da estimativa do CAP. Já a estimativa de partos nos últimos 12 meses é de 43 e essa estimativa está de acordo com a realidade da UBS, já que no último ano 43 mulheres realizaram a consulta de puerpério.

As principais dificuldades encontram-se nas consultas de planejamento pré-concepcional, pois geralmente mais de 50% das gestações não são planejadas. Penso que para oferecer uma atenção ao pré-natal de qualidade temos que fortalecer o trabalho em equipe com o risco pré-concepcional. Precisamos dar ênfase na importância das consultas de planejamento pré-concepcional, com medidas preventivas para ter uma gravidez saudável. Além disso, é preciso trabalhar muito mais com o risco pré-concepcional da nossa área, pois assim teremos um adequado controle das mulheres em idade fértil e contribuiremos para diminuir os indicadores de óbitos maternos e fetais.

O controle do **Câncer de Colo de Útero e de Mama** é desenvolvido adequadamente por nossa equipe. Semanalmente realizamos consultas aos grupos de riscos e realizamos exame de prevenção a cada três anos nos casos negativos, com a realização de inter consultas nos casos que precisem, conforme preconiza os protocolos do Ministério da Saúde. Nas consultas fazemos trabalho educativo sobre a importância do autoexame das mamas e sobre os fatores de riscos mais frequentes para o Câncer do Colo de Útero. Temos um livro de controle dos resultados dos exames das duas áreas, ainda não temos nosso registro próprio, o que é de grande importância para o adequado controle destas pessoas.

Segundo os dados do CAP as estimativas o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos é de 694 usuárias. Na UBS temos 613 mulheres nessa faixa etária acompanhadas para prevenção do câncer de colo de útero, o que corresponde a 88% da estimativa. Já a estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos, segundo o CAP é de 215 usuárias. De acordo com os registros da UBS temos 189 mulheres nessa faixa etária acompanhadas para prevenção do câncer de mama.

Os atendimentos das Doenças Crônicas não Transmissíveis, como a **HAS e DM**, são realizados pelos protocolos de atendimento do Ministério da Saúde. Em todas as semanas temos um dia para consultas em dois turnos diferentes, além das intercorrências que são atendidas o restante da semana. Nosso trabalho, além das consultas clínicas, é realizado nas vistas domiciliares fazendo pesquisas na população. Nas consultas realizamos avaliação do risco cardiovascular e assim possibilitamos maior qualidade de vida aos usuários. Ainda precisamos ganhar em adesão dos usuários aos tratamentos e às consultas de controle, algo que não é feito adequadamente em nossa UBS e que devemos melhorar.

Segundo os dados do CAP a estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais é de 575 pessoas. Já a estimativa de diabéticos é de 164 usuários. No momento a equipe tem cadastrados 186 hipertensos e 52 diabéticos, o que corresponde a 32% para ambas linhas de cuidado, de acordo com as estimativas do CAP.

Em nossa UBS realizamos atendimento aos usuários **idosos**, sempre usando os protocolos de atendimentos para o planejamento das consultas e

seguimentos dos mesmos. Os atendimentos são desenvolvidos nas consultas de HIPERDIA (Programa de atenção ao Hipertenso e Diabético), tanto por demanda agendada e espontânea. Além disso, fazemos visitas domiciliares onde atendemos principalmente aos usuários acamados. Precisamos incrementar as atividades educativas e a vinculação de toda equipe para ganhar em qualidade. Temos registros destas atividades nos prontuários médicos.

Segundo as estimativas do CAP há 304 idosos na área de abrangência. No momento a equipe tem acompanhado 289 idosos, o que corresponde a 95%, de acordo com a estimativa.

Para conseguir um trabalho de excelência precisamos ter nosso próprio local de atuação, pois assim ganhamos em organização e responsabilidade, já que a UBS onde fazemos atendimento é adequada para apenas uma equipe de saúde. O restante dos desafios é da nossa equipe, como melhorar em organização e unidade, pois temos o principal, o pessoal humano que ama sua profissão.

Se fizermos uma comparação de nosso trabalho ao início com o da atualidade, podemos dizer que temos fortalecido o funcionamento como equipe, temos melhor organização e, assim, melhores resultados. A frequência dos atendimentos diminuiu as demandas espontâneas, assim podemos incrementar as atividades de promoção e prevenção. Além disso, falta muito por avançar e o curso da especialização nos apoia muito com as informações que são oferecidas. Dessa forma, na medida em que o tempo passa os resultados serão melhores.

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

Fazendo uma comparação com a visão que eu tinha no início do curso, quando realizei a tarefa da semana de ambientação e agora, após a análise situacional, consigo perceber que no momento consigo ter uma visão mais abrangente do meu ESF. Após a unidade 01 do curso, com o preenchimento dos questionários, do CAP e a partir das reflexões feitas com a equipe, posso

dizer que realmente conheço meu local de trabalho nos mais diversos sentidos. Como na cobertura de atendimentos a populações alvo, como a infraestrutura existente e a que seria adequada, como a atenção a demanda espontânea e as atribuições dos profissionais da equipe que atuo. Assim sendo, considero a análise situacional muito importante para reconhecermos verdadeiramente a nossa realidade dentro da saúde da família. Com o curso de especialização ganhamos em conhecimentos sobre os programas de atendimentos, protocolos, organização, atribuições dos profissionais e assim melhoramos a qualidade dos atendimentos, desenvolvemos um melhor acolhimento e fluxo das consultas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática que selecionamos como foco de intervenção foi Hipertensão e Diabetes, de grande importância para mudar algumas das deficiências que temos em nossa área sobre o manejo e controle destas doenças. A ação programática que será desenvolvida foi detectada como o problema de maior importância na comunidade e, através da intervenção, será permitido o manejo adequado desses usuários.

Nossa UBS apresenta uma estrutura física que precisa de algumas remodelações, pois além de apresentar dificuldades estruturais, algumas de suas salas são muito pequenas para a prestação do serviço para o qual foram desenhadas. Prestam atendimento na mesma unidade duas equipes de saúde da família, o que dificulta ainda mais o bom desempenho das nossas funções, pois, geralmente, coincidimos na hora das consultas e não temos consultórios suficientes para prestar o atendimento. Por esse motivo, muitas vezes, precisamos esperar que desocupasse um consultório para poder prestar nosso serviço. Esse fato faz com que os usuários fiquem impacientes aguardando o nosso atendimento. Além disso, as áreas de abrangência ainda não estão bem divididas e isso dificulta o vínculo e o reconhecimento da população adstrita. Entretanto, em breve as áreas serão divididas e esses problemas solucionados.

A equipe é formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 5 ACS, uma recepcionista, uma dentista, uma ASB e a médica. A área cadastrada tem uma população de 2868 usuários, onde predominam as doenças crônicas não transmissíveis, o parasitismo intestinal e as DSTs. Sendo a Hipertensão e a Diabetes as enfermidades de maior prevalência e incidência, decidimos designá-las como nosso foco de intervenção. Segundo

as estimativas do CAP existem na área de abrangência 575 usuários hipertensos e 164 diabéticos. Até o momento a equipe tem cadastrado pelos ACS 186 hipertensos e 52 diabéticos, porém, nem todos esses usuários estão sendo devidamente acompanhados, já que não temos exato controle devido ao fato de estarmos assistindo áreas de abrangência ainda não devidamente divididas. Além disso, os usuários apresentam uma inadequada adesão às consultas e à realização do tratamento, objetivo importante na hora de selecionar o tema, pois precisamos mudar os hábitos incorretos dos usuários para assim ganhar em qualidade na atenção. Já iniciamos atividades de promoção na comunidade para estimular a participação dos usuários nas atividades educativas que iniciarão em breve no ESF.

Esta intervenção é de grande importância para nossa população, pois temos uma alta prevalência dessas doenças e existe um incorreto controle das mesmas, já que não há adequada adesão ao tratamento por parte dos usuários e a equipe não está realizando a atenção em saúde de forma sistematizada. Nossa equipe de trabalho se encontra envolvida neste projeto, pois é preocupação de todos obterem o resultado esperado e assim melhorar a atenção e a qualidade de vida dos usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção em saúde aos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica;

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes mellitus.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e 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 dos exames complementares em dia com o protocolo;

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

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 dos usuários em questão aos programas de acompanhamento;

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 dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Meta 6.3: Garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Meta 6.4: Garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Belinha Nunes no Município de Picos, PI. A população total da área de abrangência é de 2868 pessoas, entretanto, em breve a área será dividida em duas ESFs. Participarão da intervenção os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade pertencentes à área adstrita.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica;

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com Diabetes mellitus.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Para alcançar essas metas, no eixo de monitoramento e avaliação pretendemos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através do apoio dos ACS e o preenchimento das fichas espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do serviço

No eixo de organização e gestão do serviço queremos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa por meio do

preenchimento das fichas espelho; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, com a participação de todos os profissionais e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial: esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, materiais esses que já estão disponíveis aos profissionais. Vamos melhorar o acolhimento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes com a realização de diversas atividades que estimulem a participação dos mesmos, temos planejado um café de manhã onde realizaremos avaliação clínica dos usuários, atividades de educação nutricional e geral, para assim conseguir maior adesão às consultas e ao tratamento. Temos como responsável desta atividade nossa enfermeira coordenando o adequado desenvolvimento da mesma, conjuntamente com nossa equipe e um grupo de 6 estudantes de enfermagem.

Engajamento Público

No eixo de engajamento público, vamos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Faremos essas ações nas consultas clínicas e também em atividades coletivas na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Quanto ao eixo de qualificação da prática clínica, queremos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste. Essas ações de capacitação serão coordenadas pela médica e enfermeira e acontecerão nas reuniões de equipe na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos realizando as consultas guiadas por os protocolos de atendimentos.

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

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Neste eixo vamos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos por meio da ficha espelho de cada usuário que será o guia do profissional durante o atendimento.

Organização e Gestão

Quanto à organização e gestão pretendemos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários durante as conversas na reunião de equipe. Além disso, vamos capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer em conjunto a periodicidade para atualização dos profissionais. Também será impresso a versão atualizada do protocolo para ficar disponível para todos os profissionais.

Engajamento Público

No eixo de engajamento público vamos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Isso será feito nas consultas individuais e em atividades coletivas na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Durante as reuniões de equipe será realizada a capacitação dos profissionais para a realização do exame clínico apropriado, através de uma palestra feita pela médica.

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 dos exames complementares em dia com o protocolo.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Através da ficha espelho de cada usuário será realizado o monitoramento do número de diabéticos e hipertensos com exames

laboratoriais solicitados e com a periodicidade recomendada de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Organização e Gestão

Utilizando a ficha espelho durante as consultas clínicas a médica poderá garantir a solicitação dos exames complementares e com o controle semanal dessas fichas ficará estabelecido o sistema de alerta para os exames complementares preconizados. O gestor municipal será convidado a participar de uma reunião de equipe para que possamos garantir com ele a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Engajamento Público

Em conversas na sala de espera e durante as consultas clínicas, os usuários serão orientados quanto à necessidade e a periodicidade para a realização dos exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Na reunião de equipe será realizada capacitação para que os profissionais possam seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Será monitorado o acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia por meio da ficha espelho de cada usuário.

Organização e gestão do serviço

A técnica de enfermagem irá realizar o controle de estoque (incluindo a validade) dos medicamentos por meio de uma listagem das medicações. A mesma profissional manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Engajamento público

Por meio de palestras e nas consultas clínicas os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos

medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter esse acesso.

Qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de equipe será programada uma atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e também uma capacitação da equipe para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Por meio das fichas espelho de cada usuário será monitorado o número de hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

Com auxílio da equipe de saúde bucal do ESF Belinha Nunes será organizada a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os hipertensos e diabéticos, através do encaminhamento de todos os casos cadastrados para o serviço de odontologia. A agenda de saúde bucal foi organizada com dias específicos para realizar a consulta odontológica desses usuários e também o tratamento odontológico necessário.

Engajamento público

Nas conversas na sala de espera e em cada consulta médica a comunidade e os hipertensos e diabéticos foram orientados sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Com auxílio da equipe de saúde bucal, durante a reunião de equipe, todos os profissionais foram capacitados para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e 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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Para esse eixo foi realizado a ação de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através do controle da agenda e também por meio da digitação semanal dos dados na planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Foram organizadas visitas domiciliares por meio dos ACS para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos. Também foi organizada a agenda para acolher os usuários com estas doenças provenientes das buscas domiciliares, sendo que foi reservado 2 dias na semana para esse fim.

Engajamento público

Para se atingir o engajamento público foi ouvida a comunidade durante as atividades realizadas na sala de espera e também nas visitas domiciliares sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Também durante as atividades educativas a equipe conseguiu esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância da realização das mesmas.

Qualificação da prática clínica

Quanto à qualificação da prática clínica, os ACS foram capacitados durante as reuniões de equipe para orientarem os usuários quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos.

Meta 4.2: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos.

Ações:

Monitoramento e avaliação

Será realizado o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde por meio do exame semanal das fichas espelho de cada usuário atendido no momento da digitação dos dados na planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Nesse eixo foram mantidas e atualizadas as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) por meio do trabalho da enfermeira da equipe. Foi implantada a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, que foi a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização. Na reunião de equipe pactuamos como seria o registro das informações, que deveria ser feito por cada profissional (médico, enfermeira, técnica de enfermagem ou dentista) no momento do atendimento e definimos como responsável pelo monitoramento dos registros a médica e a enfermeira. Além disso, organizamos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas 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, que foi o exame semanal da planilha de coleta de dados e das fichas espelho.

Engajamento público

Nas atividades educativas na sala de espera e durante as consultas clínicas foi orientado os hipertensos e diabéticos, bem como a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Foi realizada a capacitação da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas através das fichas espelhos.

Objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Foi monitorado o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano por meio do preenchimento da ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

Durante a intervenção os usuários avaliados como de alto risco tiveram o atendimento priorizado, sendo que 2 atendimentos por semana foram reservados para esse fim, organizando, assim, a agenda para o atendimento dessa demanda.

Engajamento público

Durante as consultas clínicas orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer a eles e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões de equipe os profissionais foram capacitados para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Além disso, foram orientados da importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

Foi monitorada a realização da orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Em conjunto com a equipe e com auxílio da nutricionista foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Engajamento público

Em todas as consultas clínicas e também nas atividades na sala de espera os usuários e a comunidade em geral foram orientados sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões de equipe os profissionais foram capacitados sobre diferentes metodologias de educação em saúde por meio de pesquisas sobre esse tema na internet e sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos

Ações:

Monitoramento e avaliação

Foi realizado o monitoramento da realização da orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos por meio do preenchimento da ficha espelho de cada usuário e a digitação desses dados na planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Foram organizadas práticas coletivas para orientação de atividade física aos hipertensos e diabéticos e demandado ao gestor parcerias para essas atividades, contando com o apoio, dessa forma, do educador físico.

Engajamento público

Durante as consultas, os usuários em questão e a comunidade em geral foram orientados sobre a importância da realização de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

Nas reuniões de equipe os profissionais foram capacitados sobre promoção da prática de atividade física regular e sobre diferentes metodologias de educação em saúde.

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

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

Monitoramento e avaliação

Foi realizado o monitoramento da realização de orientações sobre riscos do tabagismo para os hipertensos e diabéticos por meio do preenchimento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Foi conversado com o gestor para que se faça a compra da medicação para o abandono do tabagismo.

Engajamento público

Para os fumantes hipertensos e diabéticos foi orientado sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

Na reunião de equipe foram capacitados os profissionais para o tratamento de tabagistas e também sobre diferentes metodologias de educação em saúde nesse sentido.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

A realização de orientação aos hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal foi monitorada por meio das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

A equipe organizou o tempo médio das consultas por meio do agendamento dos usuários para que pudesse garantir as orientações em nível individual.

Engajamento público

Nas ações de promoção de saúde, bem como nas consultas individuais foi orientado os usuários e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

Toda a equipe foi capacitada, durante a reunião, para que fossem capazes de oferecer aos usuários orientações de higiene bucal, atividade que foi planejada e executada pela equipe de saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura para os hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários com Diabete mellitus.

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

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

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

Referente ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 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: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 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: Garantir a 100% dos hipertensos a realização dos exames complementares em dia com o protocolo;

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos;

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

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

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários em questão aos programas de acompanhamento.

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.

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

Indicador: 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.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos;

Meta 4.1: manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos;

Indicador 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: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos;

Indicador 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.

Referente ao objetivo 5: Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular;

Meta 5.1: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 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: realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Indicador 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.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: garantir a orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: garantir a orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos;

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.2.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde (BRASIL, 2012). Utilizaremos a ficha Individual de hipertensos e diabéticos e as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso de especialização. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, dados relativos à avaliação de risco cardiovascular e exame do pé diabético. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento de intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que também nos foi disponibilizada pelo curso de especialização.

Para desenvolver as **ações de qualificação da prática clínica** selecionamos como responsáveis o médico, o enfermeiro e o dentista da equipe, se realizarão no horário das reuniões da equipe, durante 8 horas por duas semanas, no ESF. Nas primeiras 4 horas, as ações a serem desenvolvidas serão as de 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 a equipe para a realização de um exame clínico apropriado nos usuários diabéticos e hipertensos; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares; realizar atualização profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da farmácia popular e HIPERDIA; capacitar os ACS para orientação dos hipertensos e diabéticos quanto às consultas e sua periodicidade. Nas outras 4 horas, a capacitação dos ACS será para o cadastramento de diabéticos de

toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmHg, capacitar a equipe do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham, ou de lesões de órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e sobre o controle de fatores de risco modificáveis; capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de saúde bucal. Para tal, serão desenvolvidos intercâmbios teórico práticos entre todos os membros da equipe, usando temas do manual técnico, consolidando de forma didática os conhecimentos necessários. Para o desenvolvimento destas ações precisaremos de canetas, folhas, manguitos, glicômetro e fitas e protocolos de atendimento.

Para as ações de monitoramento e avaliação temos como responsável o enfermeiro, o médico, os ACS e o dentista. Serão realizadas em 12 horas semanais, 8 horas no momento das consultas de hiperdia, fazendo revisão das fichas individuais pelo médico e o enfermeiro e os ACS farão a revisão nos registros dos usuários cadastrados e nas consultas de Nutrição verificando as orientações nutricionais nas mesmas. As 4 horas restantes, serão feitas ações nas visitas domiciliares, verificando a assistência às consultas e o nível de orientação dos usuários com seu tratamento. Dessa forma, serão monitorados o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade e o protocolo adotado pela unidade de saúde; o acesso aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA; os usuários da intervenção que necessitam de atendimento odontológico o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e diabéticos previstas no protocolo; a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde; o

número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano e monitorar a realização e orientação nutricional, de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e de higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Para o correto desenvolvimento desse monitoramento precisaremos de canetas, fichas e prontuários individuais, sets de mono filamentos, balança, disco de IMC, fita métrica, escovas e cremes dentais, macro modelos odontológicos, livros de registros e protocolos de atendimentos.

As ações de **Organização e gestão de serviço** terão como responsável o enfermeiro da equipe e serão desenvolvidas no ESF, no horário depois do expediente, nas segundas-feiras, 2 horas por duas semanas. Nas primeiras 2 horas, vamos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa; treinar toda a equipe para melhorar o acolhimento para esses usuários através da resolutividade e do vínculo; garantir material adequado para a tomada da medida de pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; organizar as capacitações, bem como a periodicidade para atualização dos profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, além de dispor de versão atualizada dos protocolos impressa no ESF; garantir a solicitação dos exames complementares e com o gestor obter a garantia da agilidade para a realização desses exames; estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados e organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, bem como a agenda para acolher os usuários provenientes dessa busca. Estas ações serão desenvolvidas em reunião com toda a equipe. Nas segundas 2 horas pretendemos realizar o controle se estoque, incluindo a validade dos medicamentos; manter um registro dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade; organização ação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a agenda de saúde bucal para a realização das consultas provenientes dessa avaliação; manter as informações do SIAB atualizadas; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o responsável pelo monitoramento dos registros, que será a enfermeira; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização da

consulta, na realização dos exames complementares e na realização da estratificação de risco, o que será feito por meio de planilhas específicas. Vamos a implantar a ficha de acompanhamento a qual terá os dados específicos dos usuários necessários para realizar uma correta avaliação de risco, priorizar o atendimento dos usuários avaliados como alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda, além de organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável, práticas coletivas para orientação de atividade física, com o auxílio de educadores físicos conseguido através de parcerias institucionais; além de demandar as gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo e a organização de tempo médio nas consultas de saúde bucal com a finalidade de garantir as orientações a nível individual. Para o correto desenvolvimento destas ações precisamos canetas, folhas, imprimir fichas de acompanhamento e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver os nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, o que poderemos conseguir com o auxílio do NASF.

Para desenvolver **as ações de engajamento público** selecionamos como responsáveis o médico e o enfermeiro. Essas atividades serão realizadas todas as segundas-feiras, no horário da manhã, com a participação da equipe, do NASF, e dos estudantes de enfermagem em conjunto com os usuários, os familiares e a comunidade. Realizaremos na primeira segunda um café de manhã com atividades educativas, participativas e de intercâmbio. Para estas atividades do engajamento público serão dedicadas 16 horas, 4 horas semanais. As ações desenvolvidas serão: informar a comunidade sobre a existência do programa; informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; 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 a necessidade e periodicidade da realização de exames complementares; orientar quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos

medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA; orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal; informar a comunidade a importância da realização de consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer a evasão dos portadores de HAS e DM; esclarecer aos diabéticos e hipertensos sobre a periodicidade preconizada para as consultas; orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de registros e acesso a segunda via se necessário; orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância de acompanhamento regular e quanto à importância do controle dos fatores de risco, como a alimentação; orientar aos usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; sobre a prática de atividade física regular; sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Para a realização desta atividade precisaremos de vários recursos econômicos para confeccionar o café de manhã, material educativo, manguitos, glicômetros, fitas métricas, para realizar atividades demonstrativas e estimular melhorias durante o intercâmbio.

2.2.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x	x
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x	X										
Cadastramento de dos hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensão e diabetes solicitando apoio para o cadastramento e para as demais estratégias que serão implementadas	X		x		X		x		X		x	
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	x	X	X	X	X	x	x	X
Grupo de hipertensos e diabéticos	X		X		X		X		X		X	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	x		x									
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	X	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x
Monitoramento da intervenção	X	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x
Intercambio com os usuários, os familiares e a comunidade sobre alimentação saudável, importância do tratamento e assistência às consultas e sobre as possíveis complicações neurológicas e cardiovasculares.	X	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x
Monitoramento da saúde bucal dos hipertensos e diabéticos	X	X	X	x	X	X	x	x	X	X	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O objetivo desse relatório de intervenção é mostrar, de forma sintética, o conjunto de ações desenvolvidas nos últimos três meses de atuação da ESF Belinha Nunes e, mais especificamente, revelar metas não alcançadas e os motivos pelas quais não foram cumpridas.

Alguns meses antes de iniciarmos a intervenção a área de abrangência da ESF Belinha Nunes foi dividida em duas ESF. A nossa equipe continuou a se chamar Belinha Nunes e passamos a assistir a uma população de 1998 usuários e não mais a população de 2868 pessoas, que foi descrita no relatório da análise situacional. Assim sendo, as estimativas em relação a população e linhas de cuidado modificaram durante o curso de especialização. Nesse momento, na área de abrangência, a estimativa da população com 20 anos ou mais segundo a planilha de coleta de dados do curso de especialização em saúde da família da UFPel é de 1338 pessoas. Já o número estimado de hipertensos e diabéticos é de 304 e 75 pessoas, respectivamente. Assim sendo, a equipe de profissionais precisou se reorganizar com as mudanças que ocorreram para que a intervenção fosse realizada com sucesso na nova área de abrangência.

A chegada do projeto de intervenção na UBS foi determinante para o início da organização das atividades e o planejamento das ações que iriam ser desenvolvidas. Com o início da intervenção as ações foram organizadas e sistematizadas utilizando os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, algo que não acontecia anteriormente. Embasados nas orientações pré-estabelecidas, os profissionais da unidade passaram a trabalhar com mais segurança, observando suas atribuições.

Assim sendo, a grande maioria das ações previstas puderam ser cumpridas com afinco e entusiasmo por todos os membros da equipe. Todas as ações previstas no eixo de monitoramento e avaliação foram desenvolvidas e para tal foi de grande valia o uso das fichas espelho e da planilha de coleta de dados, instrumentos disponibilizados pelo curso de especialização. Também foi essencial para o cumprimento dessas ações o comprometimento de todos os profissionais no preenchimento adequado das fichas, pois sem os registros corretos todas as ações de monitoramento estariam prejudicadas.

As ações do eixo de organização e gestão do serviço auxiliaram a equipe a remodelar a atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos, promovendo maior controle das atividades e melhor qualidade na realização das mesmas. Assim sendo, foi reestruturado o acolhimento aos usuários todas as segundas ferias nos dois turnos de atendimento, sendo realizado por todos os membros da equipe. O cadastro dos usuários foi garantido pelos ACS, pois no momento da intervenção já tínhamos o novo mapeamento da área de abrangência, o que permitiu o melhor reconhecimento da área adstrita. Os materiais para a intervenção, assim como as medicações foram garantidos pela gestão. Cada membro da equipe teve suas atribuições estabelecidas e foi disponibilizado o protocolo do Ministério da Saúde para ser acessado por todos. Os exames complementares foram garantidos e solicitados e a equipe pode organizar o estoque e as necessidades de medicamentos dos usuários. A ESB esteve engajada realizando controle da agenda e a realização dos exames e tratamentos odontológicos necessários. Os ACS organizaram as visitas domiciliares e o agendamento das consultas semanalmente, cada um responsável pela sua microárea, para que os procedimentos fossem realizados adequadamente. A enfermeira e a médica foram as principais envolvidas no controle dos registros, sendo todas as ações realizadas para o alcance do objetivo de melhorar esses registros. Foi organizada a agenda e priorizado os hipertensos e diabéticos de alto risco e organizado todas as atividades de promoção de saúde pactuadas.

No eixo do engajamento público, todas as ações previstas foram realizadas com muito empenho pelos profissionais e com uma boa receptividade pelos usuários. Com as ações realizadas os usuários e familiares passaram a ter um novo entendimento sobre as consultas,

freqüentando a UBS de forma muito mais espontânea e sempre com a preocupação de dar prosseguimento ao tratamento. E, o que é melhor, não o fazem mais apenas para obter a receita médica como ocorria, anteriormente.

As ações referentes ao eixo de qualificação da prática clínica foram muito importantes para a equipe de saúde. Há mais de um ano não se tinham registros de qualificação profissional na UBS Belinha Nunes. Diferentemente do que ocorria naquele período, hoje, algumas dessas atividades foram resgatadas integralmente com foco em temas variados, entre eles, a realização de exames clínicos apropriados e qualificação da equipe para seguir corretamente o protocolo do Ministério da Saúde no que diz respeito a atenção ao usuário hipertenso e diabético.

É importante destacar, que o desenvolvimento dessas ações só foi possível pelo esforço conjunto da equipe envolvida e a superação de algumas dificuldades, entre elas, a carência de material educativo, de medicamentos, esfigmomanômetros, fita glicêmica, balança, carência de profissionais no NASF (educador físico, psicólogo e nutricionista durante um período da intervenção), carência de transporte e a falta de um local apropriado para a realização de palestras. Paralelas a essas ações, ocorreram também facilidades. A principal delas foi à integração da equipe da unidade, assim como o suporte da Secretaria Municipal de Saúde e a colaboração total das lideranças comunitárias. A necessidade de um profissional na área de educação física foi discutida com a então Secretária de Saúde e a Direção do NASF, porém, na época, não haviam profissionais habilitados nesta área com disponibilidade para atuar em nosso setor.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Infelizmente, não foi possível demandar, junto ao gestor do município, parcerias institucionais que pudessem envolver educadores físicos nessas atividades devido à carência desses profissionais em nossa área de atuação. Essas dificuldades, porém, não foram motivos de desestímulos. Ao contrário do que muitos imaginavam, serviram apenas para revitalizar o nosso trabalho.

Assim, estamos convencidos que, a sensação no momento é de felicidade pelos objetivos alcançados e, ao mesmo tempo, de dever cumprido.

Mesmo sabendo que muito há para ser feito, festejamos as metas atingidas ao tomarmos conhecimento que usuários e familiares compreenderam a necessidade e importância do serviço de atenção primária, na educação e prevenção, contribuindo, decisivamente, com a melhoria dos índices de qualidade de saúde do município.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Algumas dificuldades foram encontradas nas atividades de coleta e sistematização de dados, só que não impediram a realização dessas atividades. Entre elas estão a falta de fichas espelho suficientes para a coleta de dados, por dificuldades com a impressão na secretaria de saúde. Problema que foi resolvido no mesmo mês e conseguimos continuar com a elaboração da intervenção.

Um ponto positivo da coleta de dados foi o uso dos diários da intervenção, que colaboraram muito para a sistematização dos dados qualitativos. Além disso, as fichas espelho e as planilhas de coleta de dados foram instrumentos essenciais para a coleta dos dados quantitativos e para o cálculo dos indicadores da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Atualmente as ações já estão incorporadas à rotina do serviço, entretanto, para permitir que as ações do projeto fizessem parte da nossa rotina precisamos realizar algumas mudanças. As reuniões da equipe começaram a ser semanais, para que as atividades fossem realizadas com a participação da toda equipe. Outro dos aspetos importantes foi o contato mensal com a gestão do município, para que mantivessem o conhecimento atualizado dos problemas que podem estar dificultando nosso atuar diário.

Para que as ações perdurem a partir de agora, as consultas de odontologia vão continuar sendo realizadas nos mesmos horários que as consultas de Hiperdia, e além disso agora também vão a coincidir com as consultas de pré-natal, para poder avaliar mais integralmente aos usuários no mesmo dia, facilitando nosso trabalho.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O projeto de intervenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado na UBS Belinha Nunes, Picos, PI. Teve como objetivo geral proporcionar a melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, com idade igual ou superior a 20 anos residentes na área de abrangência. Foi programado para ser realizado em 16 semanas, entretanto, por motivos inerentes ao curso de especialização foi desenvolvido em 12 semanas.

No início do curso de especialização em saúde da família, quando foi realizada a análise situacional, a população total pertencente à UBS Belinha Nunes era de 2868 pessoas. Segundo o CAP, a estimativa da população com 20 anos ou mais era de 1921 e a estimativa de pessoas com HAS e DM era de 575 e 164 pessoas, respectivamente.

Durante o curso, alguns meses antes do início da intervenção, a área de abrangência foi dividida em duas e a população da ESF Belinha Nunes passou a ser de 1998 pessoas. Após a divisão, segundo a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização, que foi o instrumento utilizado para o cálculo dos indicadores da intervenção, a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais na área de abrangência é de 1338 pessoas. Já a estimativa de hipertensos e diabéticos é de 304 e 75 pessoas. Com o desenvolvimento da intervenção os ACS realizaram o cadastramento de todos os usuários da área de abrangência e, no momento, possuímos um total de 202 hipertensos e 76 diabéticos. A seguir estão descritos os resultados alcançados para cada objetivo e meta pactuada.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura da ação programática

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados apenas 26 hipertensos (12,9%) devido às dificuldades encontradas com o início das atividades, principalmente no que se refere a divulgação do projeto. No segundo mês foram cadastrados 113 usuários (55,9%) e no terceiro mês foi possível cadastrar 182 hipertensos (90,1%), superando a meta pactuada.

Esse cadastramento foi muito importante para a equipe porque passamos a ter um melhor conhecimento desses usuários, fazendo com que as ações e atividades de acompanhamento pudessem ser mais bem organizadas. A figura 01 demonstra os dados referentes a essa meta.

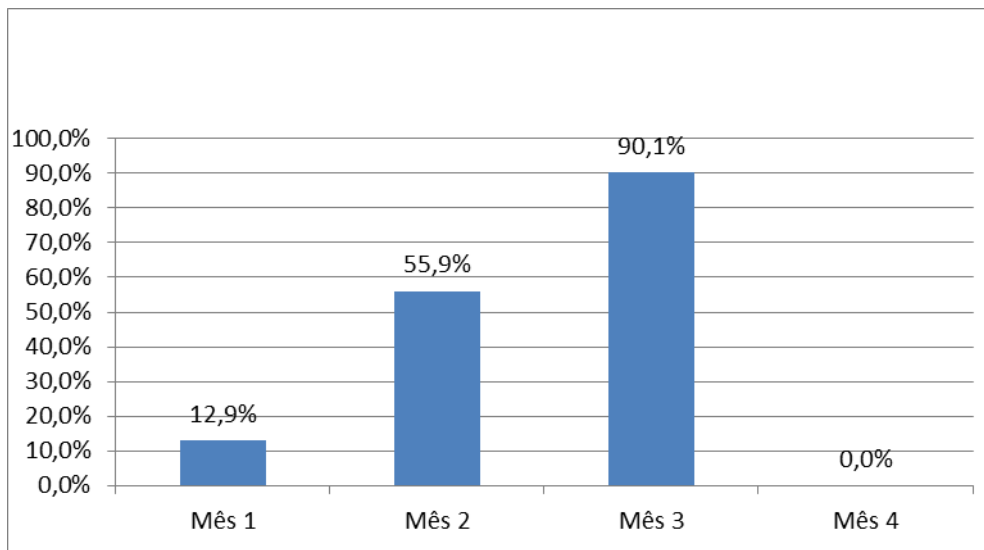


Figura 01 – Gráfico de cobertura de atenção aos hipertensos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês foram cadastrados 41 usuários (53,9%). No segundo mês foram 62 usuários (81,6%) e no terceiro mês culminou com 76 diabéticos (100%), ultrapassando a meta pactuada. Esse resultado superou todas as nossas expectativas, resultado de um esforço conjunto de todos os membros da equipe.

Da mesma forma que os hipertensos, esse resultado faz com que a equipe se organize melhor quanto à atenção a esses usuários e passe a conhecer a realidade dessa linha de cuidado na UBS. A figura 02 demonstra a cobertura de atenção ao diabético.

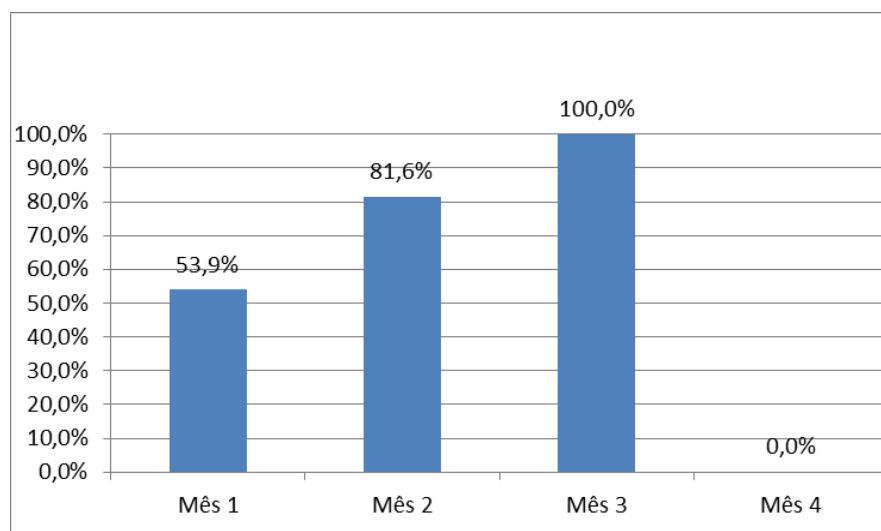


Figura 02 – Gráfico de cobertura de atenção aos diabéticos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos

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

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

No primeiro mês realizamos o exame clínico de acordo com o protocolo em 25 hipertensos (96,2%), pois apresentamos muitas dificuldades por causa da falta de material de trabalho, como esfigmomanômetros, fita métrica, escala para avaliação do estado nutricional e demais material necessário para a correta avaliação nas consultas. No segundo mês, graças às reuniões com a secretaria e o apoio que ofereceu ao desenvolvimento do projeto, foi alcançado a meta de 100%.

Realizar essa avaliação permitiu ter um melhor conhecimento e controle do estado de saúde de nossos hipertensos oferecendo a eles uma melhor qualidade nos atendimentos de cuidado contínuo. Dessa forma, os usuários ganharam em conhecimentos e valorizaram ainda mais a importância das consultas. A figura 03 expressa os dados referentes a essa meta.

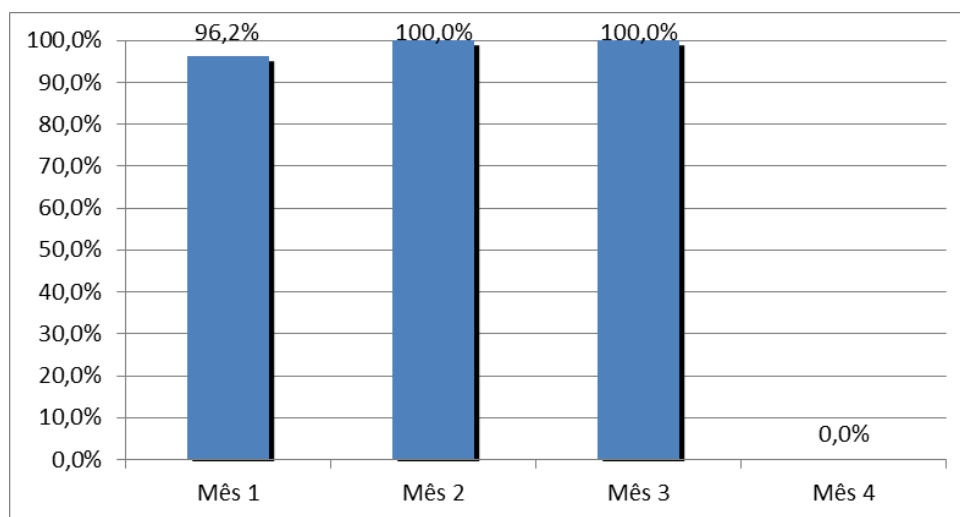


Figura 03 – Gráfico de cobertura de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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

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

Para os diabéticos, foi muito mais fácil a realização do exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, já que o número de diabéticos é menor e são usuários que frequentam mais a unidade de saúde. Sendo assim, nos 3 meses da intervenção foi alcançado a meta de 100%, ou seja, todos os usuários cadastrados receberam o exame clínico apropriado.

O exame apropriado permitiu detectar complicações presentes nestes usuários, tomando, assim, condutas apropriadas e mostrando para eles todas as possíveis complicações que podem ser resultado de um inadequado manejo de sua doença.

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

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

No primeiro mês 25 hipertensos (96,2%) tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Não foi alcançado a meta de 100% porque apresentamos dificuldades iniciais com o projeto e também dificuldades do município para garantir a realização dos exames, devido a pouca oferta do SUS e a alta demanda de usuários para realizar exames. No segundo e terceiro mês, graças às reuniões com a gestão do município e depois de começar a implementar medidas para priorizar os usuários do projeto na realização de exames, conseguimos alcançar a meta pactuada de 100%. A figura 4 demonstra esses dados.

Essa meta permitiu avaliar de forma mais integral os usuários, detectando afecções associadas e complicações próprias dessa doença.

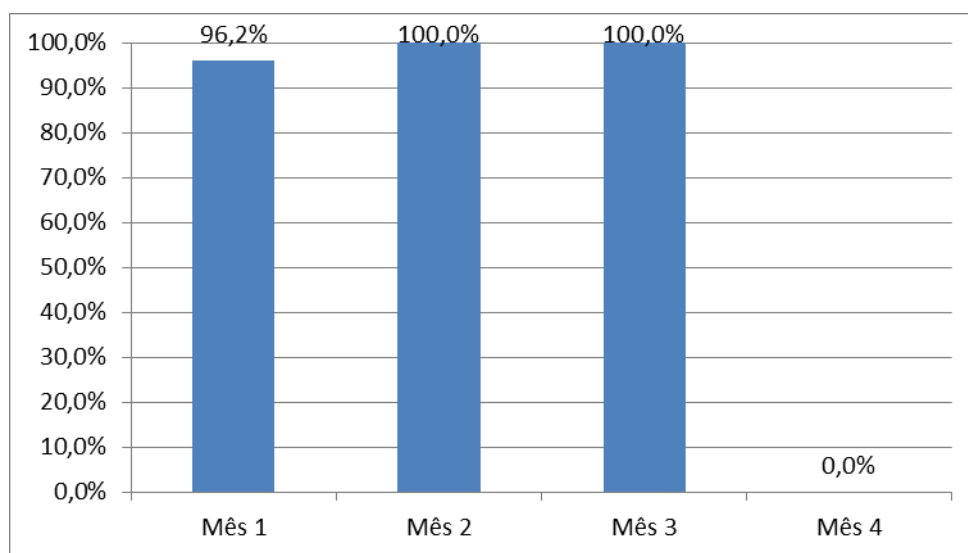


Figura 04 – Gráfico de cobertura de hipertensos com os exames complementares em dia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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

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

Durante todo o período da intervenção, todos os diabéticos tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, alcançando a meta de 100% nos 3 meses.

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.

No primeiro mês 22 hipertensos (88%) tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia. Apresentamos dificuldades no início do projeto devido a instabilidade da entrada desses medicamentos à farmácia da nossa UBS. Depois de atualizar o cadastro e solicitar a quantidade de medicamentos necessários melhorou muito e conseguimos no segundo e terceiro mês alcançar a meta pactuada de 100%, conforme ilustra a figura 05.

Através do alcance dessa meta conseguimos melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento, pois muitos utilizavam medicamentos muito custosos, sem ter condições econômicas para comprá-los.

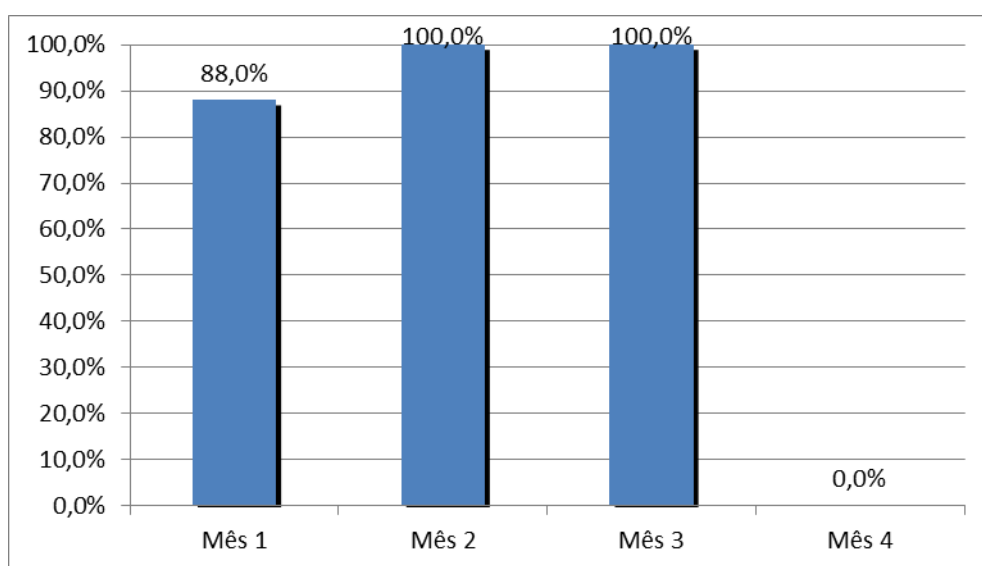


Figura 05 – Gráfico de cobertura de hipertensos com prescrição da Farmácia Popular/ Hiperdia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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.

No primeiro mês 38 diabéticos (92,7%) tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia. No segundo e terceiro mês 100% dos diabéticos cadastrados tiveram essa prescrição, conforme ilustra a figura 06.

Foi mais fácil conseguir alcançar essa meta com os diabéticos, pois a maioria usava os medicamentos da unidade.

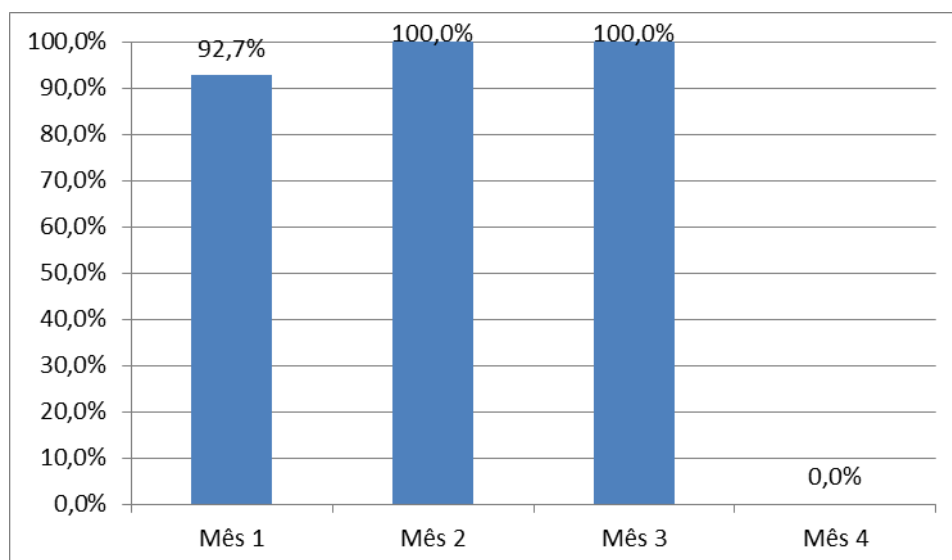


Figura 06 – Gráfico de cobertura de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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

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

No primeiro mês conseguimos avaliar 22 hipertensos (84,6%), pois a dentista estava de férias nesse período. No segundo e terceiro mês a meta de 100% foi alcançada. A figura 07 ilustra esses dados.

Para que pudéssemos alcançar essa meta, todo o trabalho foi desenvolvido em conjunto, planejando as consultas de hiperdia nos mesmos horários das de odontologia. A maioria dos hipertensos avaliados apresentaram ao menos uma patologia odontológica, assim sendo, esse acompanhamento é de extrema importância para melhorar a qualidade de vida dos usuários e, ao mesmo tempo, evitar as complicações que possam piorar seu estado de saúde.

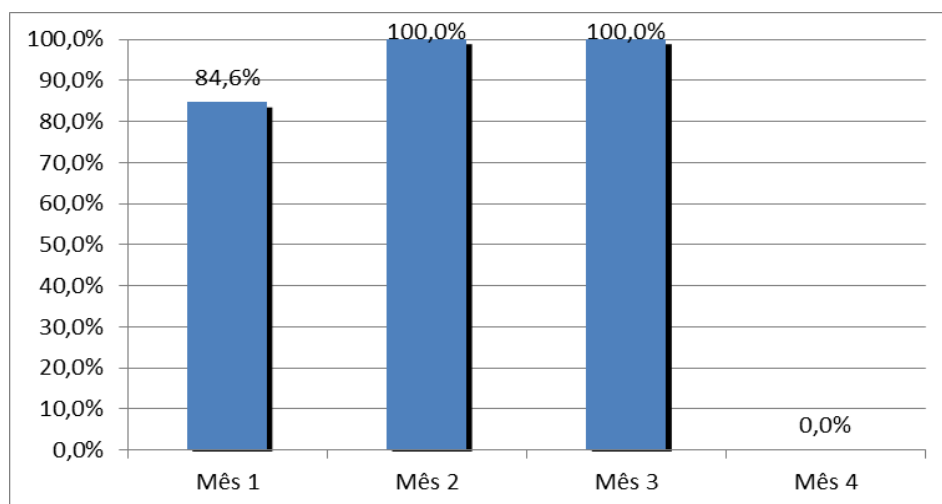


Figura 07 – Gráfico de cobertura de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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

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

No caso dos diabéticos, no primeiro mês foram avaliados para necessidade de atendimento odontológico 37 usuários (90,2%). Não foi alcançado a meta de 100% devido a falta de equipe de saúde bucal. No segundo e terceiro mês foi possível avaliar 100% dos diabéticos. A figura 08 demonstra esses dados.

Da mesma forma que no caso dos hipertensos para os diabéticos foi muito importante poder realizar essa avaliação, para detectar de forma precoce os problemas de saúde bucal e evitar as complicações que possam aparecer.

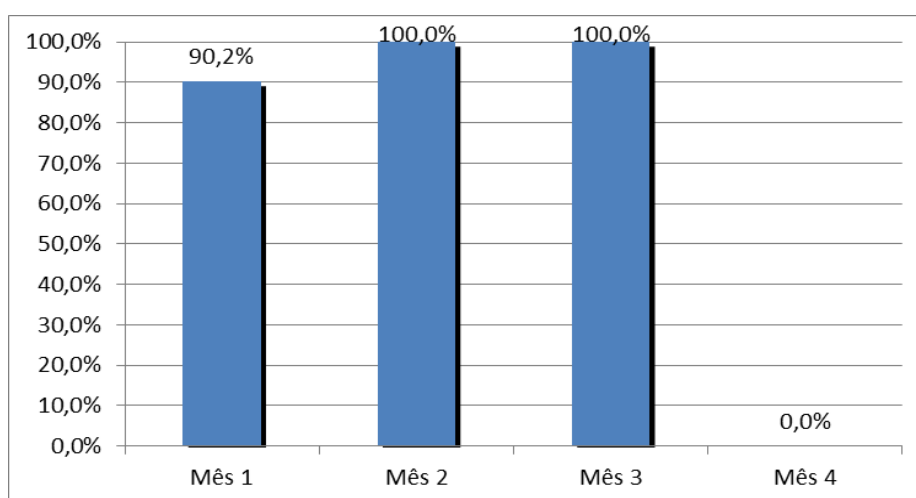


Figura 08 – Gráfico de cobertura de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos às consultas médicas

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 com busca ativa.

No primeiro mês da intervenção não precisamos realizar busca ativa, pois não tivemos faltosos. No segundo e terceiro mês realizamos a busca de 100% dos faltosos, conforme figura 09.

Apresentamos algumas dificuldades para realizar essa busca ativa, pois eram atribuições novas que se iniciaram nesse período e, além disso, apresentamos dificuldades com o transporte para a realização das visitas domiciliares.

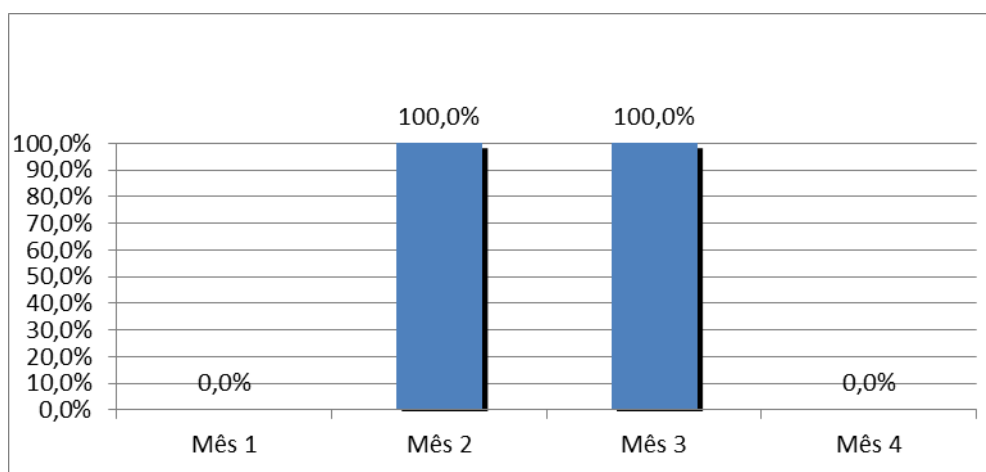


Figura 09 – Gráfico de cobertura de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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 com busca ativa

No primeiro mês, dos dois usuários faltosos apenas um recebeu a busca ativa, pois apresentamos dificuldades já antes mencionadas sobre a incorporação dessa atividade na dinâmica de trabalho da UBS, e outras dificuldades de transporte. No segundo mês realizamos a busca de 40 faltosos (97,6%), e no terceiro mês 47 diabéticos, alcançando 100% da meta pactuada. Tudo isso graças a nosso trabalho em equipe. A figura 10 ilustra esses dados.

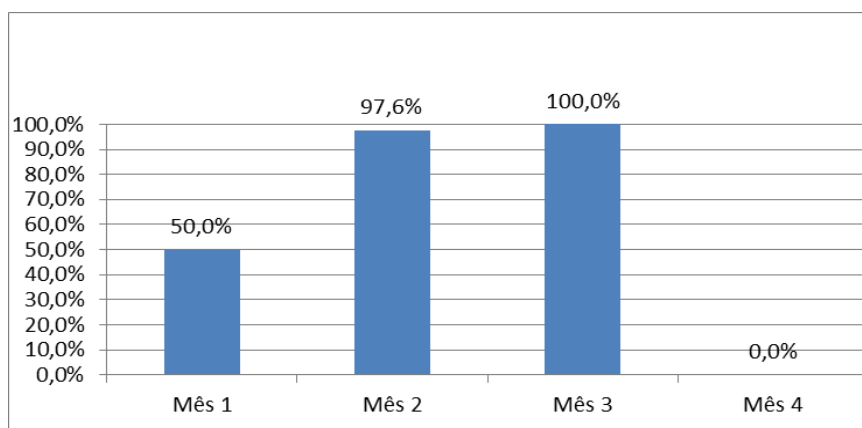


Figura 10 – Gráfico de cobertura de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar qualidade do registro de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

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.

No primeiro mês foi possível manter com ficha de acompanhamentos de 21 hipertensos (80,8%), pois apresentamos dificuldades na impressão desses documentos e não contávamos com as fichas em quantidade suficiente. No segundo e terceiro mês a meta foi alcançada. A figura 11 ilustra esses resultados.

O registro adequado permitiu que cada usuário pudesse ser avaliado de forma mais objetiva nas próximas consultas e, assim pudemos melhorar as orientações e o acompanhamento.

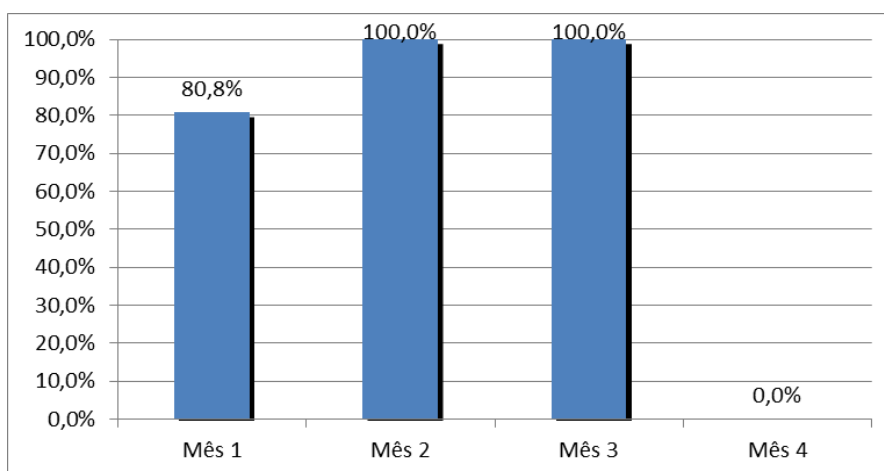


Figura 11 – Gráfico de cobertura de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

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.

No primeiro mês conseguimos manter com ficha de acompanhamento de 36 diabéticos (87,8%). No segundo e terceiro mês 100% dos diabéticos tiveram o registro adequado. A figura 12 ilustra esses dados.

O registro adequado de acompanhamento é muito importante, permite manter um melhor controle do estado de saúde do usuário e as consultas seguintes são baseadas nessas avaliações, ajudando muito a mudar estilos de vida para ganhar em qualidade de vida.

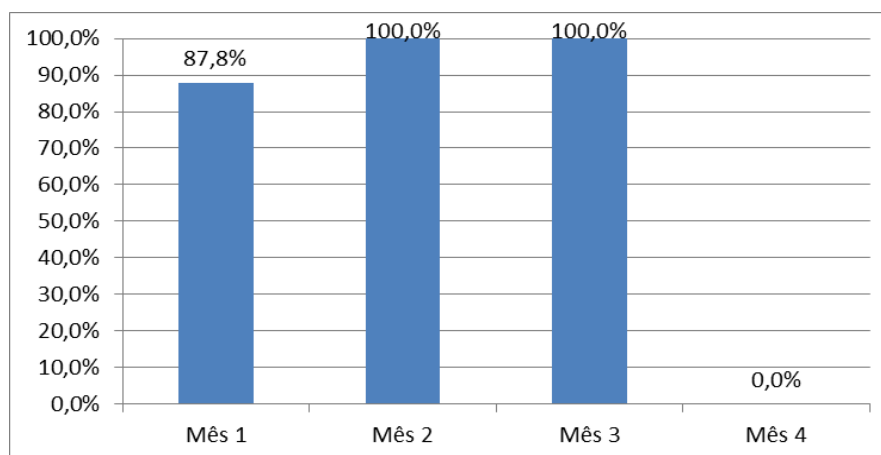


Figura 12 – Gráfico de cobertura de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de realizar avaliação de risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

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

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

No primeiro mês se realizou estratificação de risco cardiovascular a 18 usuários (69,2%), pois apresentamos dificuldades com equipamentos para o exame clínico e para a realização de exames laboratoriais. Com os meses foi possível eliminar em grande magnitude os problemas que atrapalhavam as

atividades e no segundo e terceiro mês a meta de 100% foi alcançada. A figura 13 demonstra esses resultados.

Essa avaliação facilita de uma forma mais integral o cuidado contínuo de qualidade aos usuários, oferecendo para eles informação sobre a sua saúde e sobre a importância de cumprir com as orientações médicas.

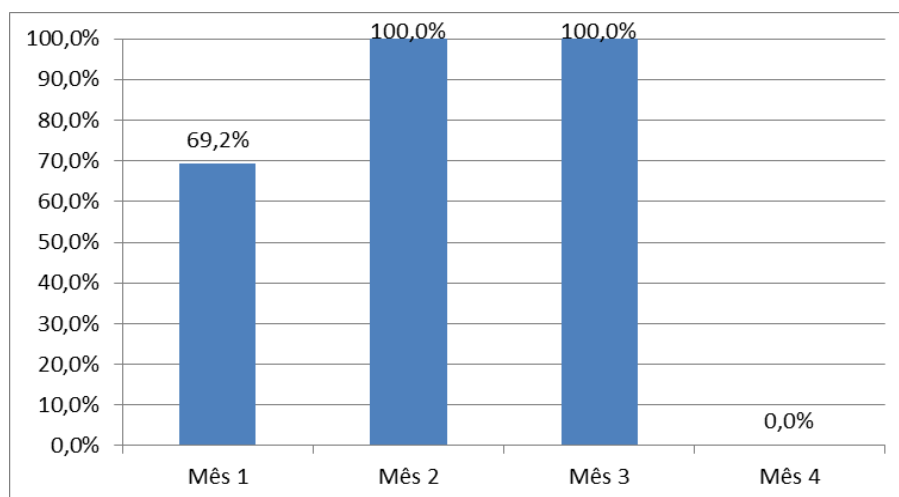


Figura 13 – Gráfico de cobertura de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação de 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.

No primeiro mês conseguimos avaliar 31 diabéticos (75,6%), sendo os motivos que dificultaram os mesmos que para os hipertensos. No segundo e terceiro mês avaliamos 100% dos usuários cadastrados quanto ao risco cardiovascular, cumprindo com a meta pactuada, conforme demonstra a figura 14.

Essa atividade foi de grande importância, pois permitiu ter uma avaliação mais integral do estado de saúde desses usuários e pode oferecer a eles a informação necessária para adotar medidas de prevenção da saúde.

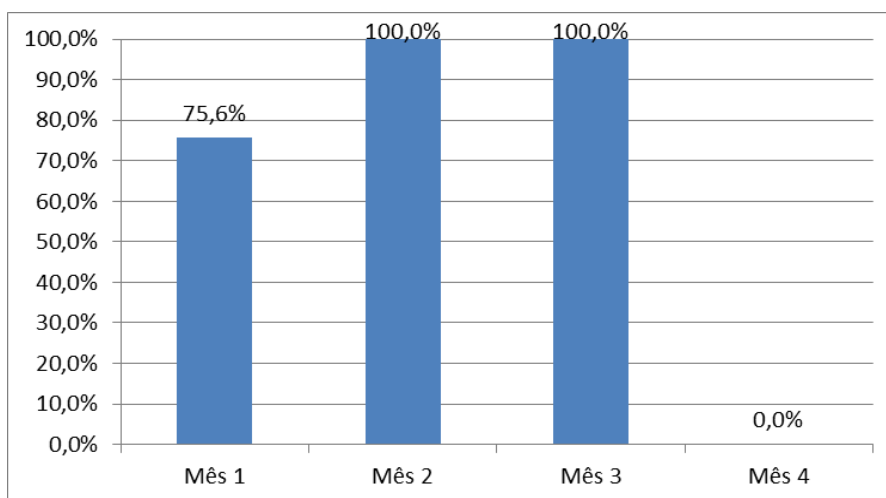


Figura 14 – Gráfico de cobertura de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo da realização de atividades de promoção de saúde para hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

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

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

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

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

Durante os 3 meses do projeto de intervenção, 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável.

A orientação sobre alimentação saudável constitui, dentre das atividades de promoção para mudar estilos de vida, uma das mais importantes. A maioria dos usuários com essas doenças crônicas não transmissíveis apresentam transtornos da nutrição, como obesidade e sobrepeso, estados que influem diretamente no estado de saúde. Mudar estilos de vida é um dos pontos fundamentais para conseguir o controle dessas doenças.

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

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

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

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

Durante todo o período do projeto de intervenção, 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre atividade física regular, alcançando a meta pactuada.

A prática de atividade física regular permite que os usuários melhorem sua qualidade de vida e com isso seu estado de saúde. Foi muito proveitoso realizar essas atividades educativas com os usuários, já que permitiu controlar melhor a doença, além disso, ajudou a regular estados nutricionais inadequados como sobrepeso e obesidade.

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

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

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

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

Todos os hipertensos e diabéticos foram orientados quanto aos riscos do tabagismo nos 3 meses da intervenção, alcançando a meta pactuada.

Foi muito importante explicar os riscos do tabagismo, pois os usuários conseguiram valorizar o dano que o tabaco pode causar a sua saúde.

As atividades de promoção influem de forma positiva na saúde dos usuários, pois oferecem conhecimentos necessários para conseguir mudar estilos de vida prejudiciais a sua saúde. Realizamos essa atividade junto com um grupo selecionado para iniciar um tratamento com o objetivo de eliminar o tabagismo. Só conseguimos êxito do tratamento em um usuário, mas foi muito produtivo para todo o desenvolvimento dessas atividades.

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

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

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

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

Todos os hipertensos e diabéticos, nos 3 meses da intervenção, foram orientados sobre higiene bucal. Os usuários aprenderam a se cuidar para evitar as doenças bucais e mudaram seus estilos de vida.

4.2 Discussão

Após a implantação do projeto de intervenção, conseguimos ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos em nossa unidade de saúde e retomar as atividades de qualificação profissional, as quais fortaleceram o trabalho em equipe e a qualidade da atenção, principalmente, na avaliação de risco cardiovascular nesse grupo de usuários. Conseguimos que a realização das consultas de hiperdia se realizassem com maior envolvimento das equipes, do NASF e EBS.

A equipe foi fortalecida durante o período da intervenção, pois com a realização das reuniões semanais e as atividades de capacitação, cada profissional baseado nos protocolos de atendimento ganhou mais segurança no seu trabalho para desenvolver suas atribuições. Por exemplo, os usuários chegam a consulta previamente avaliados pelo pessoal técnico e de enfermagem, pois além de estar estabelecido e ser uma atribuição, essa ação não era cumprida. Agora as consultas são muito mais objetivas e com maior qualidade. Os ACS participam ativamente na citação dos usuários para que não existam atrasos nas consultas de cuidado contínuo, graças aos registros que foram realizados é agora muito mais fácil o trabalho.

Graças à classificação dos grupos de risco o agendamento das consultas de cuidado contínuo está sendo muito mais objetiva e organizada.

A comunidade tem agradecido muito todas as atividades que realizamos de promoção de saúde, ficaram estimulados a cuidar sua saúde. Muitos iniciaram atividades físicas, e alimentação saudável. Muitas pessoas já nos comunicaram quanto tem sido importante em sua saúde estas mudanças. Ainda existem usuários hipertensos que não participam das nossas consultas, mas continuaremos trabalhando para obter melhores resultados.

Depois de transcorrido esse período, percebemos que faltou ao início do projeto mais articulação com a gestão. Mas agora, queremos dar continuidade ao projeto e teremos oportunidade de superar essas dificuldades, para ganhar em qualidade e os resultados sejam melhores a cada dia.

Penso que incorporar a intervenção a nossa rotina de trabalho vai precisar principalmente da unidade da equipe. Já que é um trabalho que precisa ser articulado entre todos para obter os resultados alcançados até o momento. Também precisamos que a gestão continue vinculada diretamente para apoiar nosso trabalho.

No mês próximo queremos continuar ampliando a cobertura dos hipertensos que faltaram por participar nas nossas consultas e avaliações. Pensamos reunir à equipe para avaliar a possibilidade de implementar um projeto similar baseado na atenção ao programa de Puericultura na UBS.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Durante o período de três meses foi desenvolvido na nossa UBS o Projeto da Intervenção na linha de cuidado de hipertensão e diabetes, motivo pelo qual nos reunir em mais de uma ocasião com vocês. Neste momento chegou a hora de falar sobre os resultados obtidos com esse trabalho.

Depois de iniciado o projeto a equipe de saúde, em conjunto com o NASF, conseguiram se integrar muito mais no trabalho na unidade. Agora, as consultas, são planejadas em conjunto e os horários de atendimento se coordenam para que as avaliações sejam com mais qualidade e de forma mais integral. Sendo muito mais fácil e prático para os usuários serem avaliados, no mesmo horário, por várias especialidades.

Outro avanço foi a atualização dos registros dos usuários nas novas fichas espelho e no livro de registro. Isso permitiu que todas as avaliações realizadas fossem registradas com ótima qualidade, sendo possível organizar, da melhor maneira, as consultas de acompanhamento continuado, a realização de exames, baseados nos protocolos de atendimento atualizados, e as interconsultas com outras especialidades. Isso evita, a realização desnecessária de exames e permite estabelecer as prioridades estipuladas pelos protocolos, através da classificação de risco realizada.

Antes da intervenção, na nossa unidade não contávamos com protocolos de atendimentos para HAS e DM. Graças à implementação do projeto e ao apoio da gestão, hoje, nossa unidade pode contar com os protocolos atualizados para oferecer atenção em saúde de qualidade.

Uma das atividades de maior impacto para a equipe, foram aquelas referentes a qualificação profissional. É uma necessidade de todos o estudo constante, o qual nos oferece segurança na prática diária, melhorando assim, a qualidade da atenção à vocês, nossos usuários.

As ações referentes ao engajamento público, referentes a divulgação da intervenção, só foram possíveis com o apoio da comunidade. Queremos agradecer a participação de todos nas atividades de promoção e prevenção que foram realizadas para que todos pudessem adquirir hábitos saudáveis e de qualidade de vida.

Para conhecimento da gestão municipal, algumas figuras, aqui representadas, revelam os percentuais alcançados quanto ao cadastramento dos hipertensos e diabéticos. Ressaltamos que ainda não foi possível alcançar 100% dos usuários, mas contamos com todos vocês para que possamos atingir esse percentual em breve.

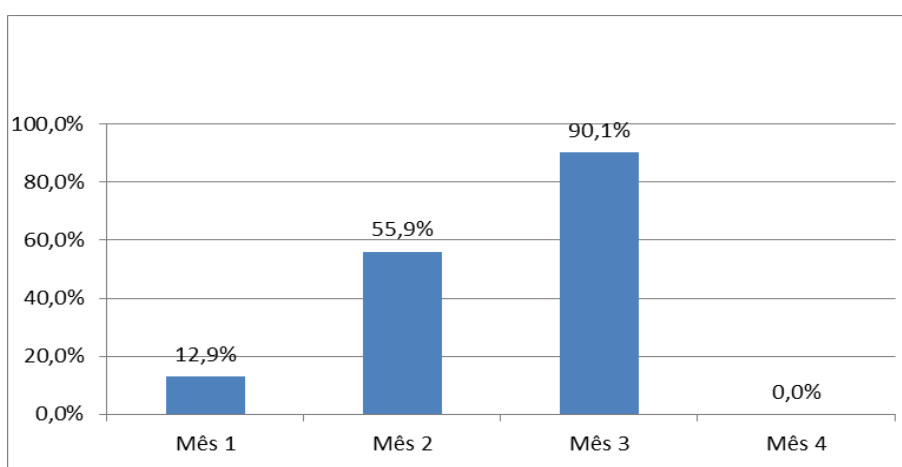


Figura 01 – Cobertura de atenção aos hipertensos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

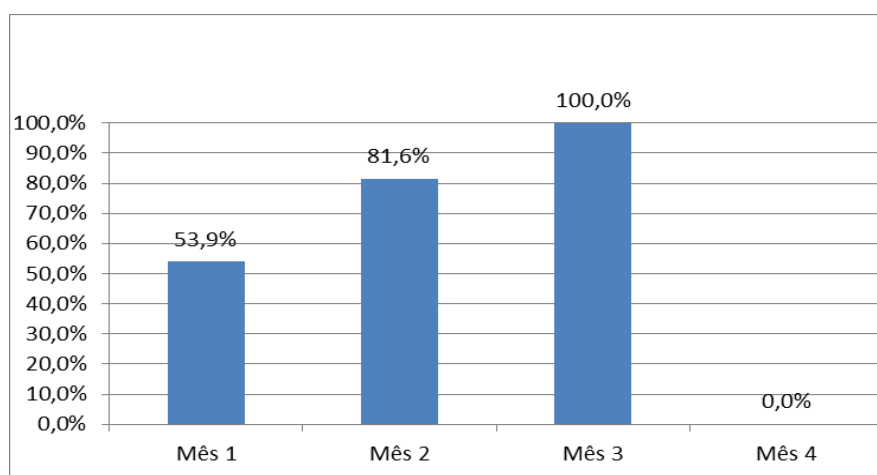


Figura 02 – Cobertura de atenção aos diabéticos na área de abrangência da UBS Belinha Nunes, Picos, PI, 2015.

Essa intervenção foi produto de um trabalho em conjunto com a gestão permitindo que as atividades fossem desenvolvidas com mais qualidade, obtendo assim os resultados alcançados.

É importante ressaltar, que o projeto chegou para ficar na nossa unidade e que outras mudanças serão realizadas para a melhoria da saúde da população. Mas, para que isso seja possível, vamos a continuar precisando do apoio da gestão. Por exemplo, a colocação de um educador físico na nossa área, é indispensável para desenvolver atividades educativas e preventivas que ficaram pendentes do projeto e que precisam continuar sendo desenvolvidas. Mas ainda estamos a tempo, pois nosso trabalho continua, e esperamos contar como até agora, com seu apoio e colaboração.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Quero aproveitar esse momento para conversar um pouco com vocês que, ao longo desses meses, se tornaram não apenas usuários, mas verdadeiros amigos nessa jornada de trabalho.

No dia em que tive a oportunidade de atender pela primeira vez neste posto, percebi, de imediato, a preocupação da equipe em superar os problemas de saúde que afetavam a comunidade, como a alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como HAS e DM. Foi por essa razão que este foi o tema escolhido para a intervenção, oferecendo um atendimento mais integral e de ótima qualidade.

Foi possível perceber, depois de um ano de trabalho, que o principal problema estava, fundamentalmente, nos inadequados hábitos higiênico-dietéticos dessa comunidade, como por exemplo: alimentação inadequada, a falta da prática de exercícios físicos e os hábitos tóxicos.

Este relatório para vocês, comunidade da UBS Saúde Belinha Nunes é, antes de tudo, uma demonstração dos principais avanços e conquistas obtidos após a implantação das ações da intervenção. Assim sendo, com a intervenção a equipe de saúde avançou no controle e qualidade das consultas de cuidado contínuo, com o objetivo de monitorar o estado de saúde dos usuários e evitar complicações secundárias.

Além disso, a equipe conseguiu realizar com êxito atividades educativas para toda a comunidade, todas elas relacionadas aos Programas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Isso significa que, hoje, graças a essas ações, houve uma evolução no nível de conhecimento de todos, possibilitando que os usuários saibam mais sobre as doenças e os diversos tratamentos indicados.

Depois de conseguirmos atualizar os registros dos usuários percebemos também que ficou bem mais fácil a organização e o planejamento das consultas. Hoje, para que tenham uma ideia, é possível saber o dia, o mês e o horário que todos vocês foram atendidos no posto de saúde e, mais do que isso, com base nessas informações podemos saber a classificação de risco, podemos programar as consultas e avaliações por especialistas, além de controlar os exames laboratoriais.

A partir de agora, se continuarmos promovendo esse trabalho em conjunto, poderemos superar novas metas e realizar muito mais. Mas, para que isso aconteça, precisamos sempre do apoio incondicional de cada um de vocês. Para nos ajudar, vocês podem, por exemplo, continuar participando mais assiduamente das consultas, das atividades educativas dirigidas a comunidade e ajudar sempre na divulgação das ações realizadas junto aos seus familiares e amigos.

7 Reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS, tem sido para mim uma experiência inesquecível. Foram muitos os momentos vividos e os conhecimentos obtidos. As dificuldades iniciaram com a matrícula, aspecto que me desestimulou muito. Depois as dificuldades com o idioma, problemas com a internet e outras próprias de estar distante dos seres mais queridos, a família.

Apesar de tudo isso, penso que o desenvolvimento de meu trabalho durante o curso tem sido positivo, já que nunca tive altas expectativas. Sentia muitas dificuldades com a língua portuguesa, o que me desmotivava muito, pois normalmente em minha língua materna gosto da comunicação e aqui me sentia “atada” sem poder expressar o que desejava. Mas, com o transcurso dos meses fui ganhando um pouco mais habilidade para escrever e as dificuldades foram diminuindo.

Todas essas dificuldades iniciais não me deixavam perceber o valor que o curso estava tendo para minha vida profissional, algo que percebi com o andamento das atividades.

A realização diária de tarefas e estudos de casos clínicos exigiu mais de cada um de nós, médicos. Tivemos que estudar o idioma e, assim, melhoramos na qualidade de nossas consultas e de nosso dia-a-dia para viver no país estrangeiro. Também, conseguimos atualizar os protocolos de atendimento que não existiam na nossa área, enriquecendo nosso conhecimento sobre o manejo clínico de muitas doenças, e inclusive, sobre o conhecimento de outras que não tínhamos nenhuma experiência profissional, por estar radicadas há muito tempo em nosso país de origem.

Compartilhar experiências nos fóruns foi muito importante, pois facilitou muito nossa rotina, ajudou na prática de nosso trabalho e através dele foi possível conhecer mais do Brasil e dos colegas, promovendo relações entre nós.

O estudo semanal de casos clínicos e os estudos de prática clínica nos fortaleceram, pois enriqueceram nossos conhecimentos, nos ajudando a ser hoje melhores profissionais da atenção básica.

O Projeto de Intervenção nos ajudou a conhecer ainda mais nossa área de abrangência. Tiveram algumas dificuldades que precisaram ser superadas para obter os resultados positivos para a nossa equipe e para os usuários. Além disso, uniu ainda mais nossa equipe e nos aproximou da gestão do município, ajudando a resolver algumas das dificuldades que afetavam o processo de trabalho.

Hoje, se fizermos uma comparação de nosso desempenho, do início até agora, podemos observar um grande avanço de forma integral. Por isso, agradeço a todos os trabalhadores da universidade que participaram de qualquer forma do desenvolvimento de nosso curso. A minha orientadora, que sempre está me guiando e orientando com o melhor dos objetivos. Espero que as conclusões do curso sejam um reflexo de todo o esforço mancomunado de todos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2012.

Anexos

Anexo 2- Planilha de coleta de dados

The image shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "Idalmis planilha final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel". The spreadsheet is designed for data collection and is structured as follows:

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês						
1	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente com o clínico e acordo protocolo
2	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - 1 -

The spreadsheet includes a ribbon with tabs for "Arquivo", "Página Inicial", "Inserir", "Layout da Página", "Fórmulas", "Dados", "Revisão", and "Exibição". The status bar at the bottom shows "Pronto Referências Circulares: L704" and the system tray displays the date "31/05/2015" and time "22:58".

Anexo 3- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 4-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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