

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Matadouro/Estação, Campo Maior/PI**

Yaneivis Govea Moré

Pelotas, 2015

Yaneivis Govea Moré

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Matadouro/Estação, Campo Maior/PI

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

Orientador: Suelle Manjourany Silva Duro

Pelotas, 2015

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

M835m More, Yanevis Govea

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Matadouro/Estação, Campo Maior/PI / Yanevis Govea More; Suele Manjourany Silva Duro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Duro, Suele Manjourany Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico esse trabalho a todos aqueles que se comprometem com a atenção primária.

Dedico também, a minha mãe por manter vivos meus sonhos bem como pela a força para tentar realizá-los.

Agradecimentos

A minha orientadora Suele Manjourany Silva Duro, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo para a conclusão do projeto.

A minha equipe de saúde pela compreensão e apoio em todos os momentos de que precisei. Esta experiência foi muito importante para o meu crescimento pessoal e profissional.

Resumo

MORÉ, Yaneivis Govea. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Matadouro/Estação, Campo Maior/PI.** 2015. 80f. 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.

O presente trabalho é fruto de uma intervenção objetivando a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Matadouro/Estação do município de Campo Maior, estado do Piauí. O foco da intervenção foi escolhido após a realização de uma análise situacional da unidade de saúde com o objetivo de identificar a ação programática mais deficitária. Foi então proposto, o desenvolvimento de ações que envolveram o aumento da cobertura da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhorar a qualidade, a adesão, o registro das informações, realização de estratificação de risco cardiovascular e a promoção da saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. As ações programadas, foram desenvolvidas entre os meses de janeiro e abril do ano de 2015, abrangendo os seguintes eixos temáticos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Conseguiu-se incrementar a cobertura da atenção ofertada para 98% dos usuários com hipertensão (n=358) e 100% dos usuários com diabetes (n=90). Foram ainda melhorados, os indicadores referentes à qualidade, como o fato de encerrarmos a intervenção com quase a totalidade das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames complementares em dia, todos os faltosos buscados, registros atualizados para todos e 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam ações de promoção da saúde. Foram muitos os ganhos obtidos para a comunidade, para a equipe de saúde e para o serviço. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço e pretende-se seguir fortalecendo as ações já implementadas e também planejar intervenções para outras ações programáticas visando a qualificação do cuidado em saúde prestado a nossa comunidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão arterial sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	47
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	48
Figura 3	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	49
Figura 4	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	49
Figura 5	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	50
Figura 6	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	51
Figura 7	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	52
Figura 8	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	53
Figura 9	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015.	53
Figura 10	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015.	54
Figura 11	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	55
Figura 12	Gráfico da proporção de diabético faltoso às consultas com busca ativa na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	55
Figura 13	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	56
Figura 14	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015	56
Figura 15	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015.	57

- Figura 16 Gráfico da proporção de usuários com diabetes com 58
estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia
na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí, 2015.
- Figura 17 Gráfico da proporção de usuários com hipertensão com 58
orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF
Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí, 2015
- Figura 18 Gráfico da proporção de usuários com diabetes com orientação 59
nutricional sobre alimentação saudável na ESF
Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí, 2015.
- Figura 19 Gráfico da proporção de usuários com hipertensão e de 59
usuários com diabetes com orientação sobre prática de
atividade física regular na ESF Matadouro/ Estação. Campo
Maior. Piauí, 2015
- Figura 20 Gráfico da proporção de usuários com hipertensão e de 60
usuários com diabetes que receberam orientação sobre os
riscos de tabagismo na ESF Matadouro/ Estação. Campo
Maior. Piauí, 2015
- Figura 21 Gráfico da proporção de usuários com hipertensão e de 61
usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene
bucal na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí, 2015

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OMIA	Planilha de objetivos, metas, indicadores e ações.
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 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	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma	41
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados	46
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências	69
Apêndices.....	70
Anexos	74

Apresentação

O presente estudo é o Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema único de saúde (SUS). Foi desenvolvido por meio da implementação de um projeto de intervenção na melhoria da atenção prestada a pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde Matadouro/Estação no município de Campo Maior/PI.

O volume está organizado em sete partes: 1) Análise Situacional – onde foi realizada uma análise das ações programáticas, buscando a escolha do foco da intervenção; 2) Análise Estratégica – para elaboração do projeto de intervenção na ação programática escolhida como foco da intervenção; 3) Relatório de Intervenção – que descreve a realização da intervenção; 4) Avaliação da Intervenção – onde são apresentados os resultados atingidos; 5) Relatório da Intervenção para aos Gestores, 6) Relatório da Intervenção para a Comunidade e 7) Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na UBS Matadouro, que está localizada na cidade de Campo Maior no estado do Piauí. Minha unidade básica de saúde (UBS) está em construção, mas a nossa ESF está oferecendo seus serviços na USB Cariri, junto à ESF de Cariri. A UBS está localizada no centro de Campo Maior em local de fácil acesso. Nós temos uma jornada de trabalho de oito horas durante a manhã e à tarde.

A UBS onde eu estou trabalhando é composta de dois consultórios de enfermagem, um consultório de atendimento médico, um consultório de odontologia, um para atendimento do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), uma sala de vacina, uma sala de curativo, um banheiro e uma sala de espera para pacientes. A estrutura do local apresenta uma construção adequada com boa iluminação e ar condicionado apesar de ser uma UBS muito pequena para trabalhar duas ESF unidas, o que às vezes torna difícil para a atenção dos pacientes, por não ter a quantidade de salas necessárias para fazer uma consulta médica com a privacidade que o paciente requer.

Minha ESF é composta por 11 profissionais de saúde, entre eles estamos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, seis agentes de saúde e eu como médica da equipe de saúde. Realizamos nossas reuniões regulares onde propomos objetivos para cumprir durante todo o mês, bem como o planejamento de consultas para pacientes com doenças crônicas, além do acompanhamento para crianças, para as gestantes, bem como visitas domiciliares para pacientes acamados e pessoas com deficiências que não podem ir à UBS.

Desenvolvemos um trabalho conjunto, todos unidos, cada qual fazendo seu trabalho com qualidade, para assim, aumentar e melhorar a qualidade dos serviços, e assim, a qualidade da atenção básicas da saúde para a família.

Nossa equipe de saúde atende a uma população de mais de 2.400 pacientes, a maioria deles são idosos, o que, por vezes, muitos deles não podem ir à UBS pela distância das suas casas até lá e isso cria um conflito, porque às vezes não procuram consulta médica por essa razão, e nós não podemos desenvolver um bom acompanhamento, outro problema que está ocorrendo é que muitas vezes faltam medicamentos para doenças crônicas principalmente, porque em muitos casos, os pacientes não têm os recursos para comprar seus medicamentos e deixam o tratamento e é aí que começam as complicações da doença.

Temos também um percentual de pacientes acamados e de pacientes com doenças crônicas sendo a hipertensão arterial a doença mais comum de elas, a população em geral tem pouca educação sanitária, porque estamos apresentando alta incidência de doenças transmissíveis, tais como infecções respiratórias agudas e parasitismo intestinal.

Por esta razão, nossa equipe de saúde tem desenvolvido ações em conjunto com a comunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população, a fim de reduzir o risco dessas doenças, que são em sua maioria evitáveis e foram feitos planos de ações para resolver os principais problemas de saúde que está apresentando nossa comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Campo Maior tem um total de 45.180 habitantes, possui uma área de 1.699,383 km², localiza-se à latitude 04°49'40" sul e à longitude 42°10'07" oeste, estando à altitude de 125 metros e a distância da capital do estado é de 84 km. Não possui grandes elevações e as planícies predominam na bacia sedimentar do Meio Norte, sendo sua baixada no rio Longá a de maior significação, onde há zonas intercaladas de encostas com chapadas de altitudes de 150 a 300 metros na parte Leste, em que ocorre surgimento da Serra de Santo Antônio e as elevações de acesso a Castelo do Piauí e Pedro II. Seus limites geográficos são:

Ao Oeste: com os municípios de Cabeceiras do Piauí e José de Freitas.

Ao Leste: com Jatobá do Piauí, Sigefredo Pacheco e Novo Santo Antônio.

Ao Norte: com Nossa Senhora de Nazaré e Cocal de Telha.

Ao Sul: com Altos, Alto Longá e Coivaras.

O sistema de saúde do município conta com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 do modelo tradicional e 7 de saúde da família, além disso tem um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a grande maioria dos usuários que necessitam de especialistas são encaminhados para a capital e, devido à demanda, demora muito para conseguir atendimento. A secretaria de saúde do município faz alguns exames, outros são realizados em clínicas pelo SUS, e outros na capital do estado. O município conta com um pequeno hospital que faz os atendimentos de urgência e emergência, além clínicas privadas.

A Unidade Básica de Saúde onde trabalho é Matadouro, ela está localizada na cidade de Campo Maior no estado do Piauí, mas está em construção, por esse motivo, nossa ESF está oferecendo seus serviços junto à ESF de Cariri. A UBS está localizada no centro de Campo Maior de fácil acesso, mas longe da população da área de abrangência. Nós temos uma jornada de trabalho de oito horas/dia durante os turnos manhã e tarde.

A UBS onde eu estou trabalhando é composta de dois consultórios de enfermagem, um para atendimento médico, um de odontologia, um consultório para o atendimento do NASF, uma sala de vacina, uma sala de curativo, dois banheiros e uma sala de espera para os usuários. Toda a estrutura do local apresenta uma construção adequada, além de iluminação adequada e ar condicionado. Apesar de ser uma UBS muito pequena para trabalhar duas ESF juntas, às vezes é muito difícil para a atenção dos usuários, por não ter a quantidade de salas necessárias para fazer uma consulta médica com a privacidade requerida.

Minha ESF é composta por 13 profissionais de saúde, entre eles, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, seis agentes de saúde, uma técnica de dentista, uma técnica de vacinas e eu, médica da equipe de saúde. Realizamos nossas reuniões regulares onde propomos objetivos para cumprir durante todo o mês, bem como o planejamento de consultas para usuários com doenças crônicas, além do acompanhamento para crianças, para as gestantes, visitas domiciliares para acamados e pessoas com deficiências que não podem ir à unidade de saúde.

Desenvolvemos um trabalho conjunto, cada qual fazendo seu trabalho com qualidade, para assim, aumentar e melhorar a qualidade dos serviços, e conseqüentemente, a qualidade da atenção prestada.

Nossa equipe de saúde atende a uma população de 2.407 indivíduos, a maioria deles estão em idade compreendidas entre 20 anos e 59 anos (1371 usuários). Temos, na comunidade, uma proporção importante de usuários idosos, às vezes, muitos deles não podem ir à unidade de saúde pela distância de suas casas e isso cria um conflito, porque às vezes não procuram consulta médica por essa razão e nós não conseguimos desenvolver um bom acompanhamento.

A população em geral tem pouca educação sanitária, porque estamos apresentando alta incidência de doenças transmissíveis, tais como infecções respiratórias agudas e parasitismo intestinal.

Por esta razão, nossa equipe de saúde tem desenvolvido atividades em conjunto com a comunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população, a fim de reduzir o risco dessas doenças, que são, em sua maioria, evitáveis e foram feitos planos de ação para resolver os principais problemas de saúde que nossa comunidade está apresentando.

Também é importante falar que na UBS existem muitas dificuldades, não tem as condições necessárias para duas equipes de saúde, não conta com uma boa sala de recepção, não possui espaços adaptados para as pessoas com deficiência, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, larguras das portas, bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura e piso antiderrapante. Não possui almoxarifado. A iluminação é adequada, mas a ventilação não é boa, não conta com janelas suficientes para uma boa circulação de ar. Quanto ao número de salas, não conta com sala de prontuários, sala de agente comunitário de saúde, sala de nebulização. Tem apenas um consultório médico e para dois profissionais e cada uma atende equipes diferentes, e população diferentes e os consultórios não possuem banheiros.

Por outra parte, se analisamos as barreiras arquitetônicas, podemos começar pela a indisponibilidade de cadeiras de rodas, ausência de rampas alternativas, assim como a ausência de corrimão em o corredor da UBS, existência de degraus, e a presença de calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas, sem contar que a maior proporção dos usuários são idosos e apresentam muita dificuldade para chegar à consulta médica pelo distante que se encontra a unidade de saúde da

população que atendemos. Nossa equipe de saúde faz atividade na comunidade, realizamos as visitas domiciliares aos usuários acamados, idosos, portadores de doenças crônicas e com sequelas, para assim que o usuário receba também atenção médica e não tenha que ir à unidade de saúde. A presença destas barreiras arquitetônicas impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas.

A Saúde da Família está compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde de a população. E por isso, que é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

Porém, para poder ofertar uma atenção integral ao indivíduo, temos primeiro que resolver em nossa unidade de saúde posto de saúde uma série de problemas que estamos apresentando como a falta de alguns equipamentos e instrumentos de uso geral os quais são fundamentais para realizar uma boa atenção ao usuário, como a falta de uma balança infantil, negatoscopio, oftalmoscópio, otoscópio, pote para coleta de escarro, autoclave, pinças e material para sutura, também a falta de um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário. Em minha UBS não contamos com telefone próprio da UBS, caixa de som, câmera fotográfica, câmera filmadora, gravador de som e projetor de slides. Estes equipamentos aqui mencionados ficam na Secretaria de Saúde são em conjunto para todo a ESF do município. Temos um computador na UBS para todos os profissionais que ali trabalham, o mesmo está em boas condições só que a internet em ocasiões fica ruim.

Quanto à disposição de medicamentos posso falar que, em ocasiões são muito escassos, apesar de entregarmos medicamento na unidade de saúde apenas a usuários com doenças crônicas e às mulheres em risco reprodutivo (contraceptivos e preservativos), os outros medicamentos têm que ser retirados na farmácia da Secretaria Municipal ou na Farmácia Popular que, em muitas vezes, não têm os medicamentos que os usuários necessitam. Além disso, não contamos, na unidade de saúde, com medicamentos para urgência médica. Contamos com uma sala de

vacinação a qual apresenta uma adequada estrutura e tem todas as vacinas disponíveis para que o usuário possa tomar sua vacina na data correspondente.

Quanto a exames laboratoriais, estamos apresentando muitos problemas na marcação e realização dos mesmos, o usuário refere que os exames demoram muito tempo para poder realizá-los, também em ocasiões nós precisamos de um exame de urgência para confirmar um diagnóstico e não temos como realizar. Em nossa UBS, não contamos com o acesso a livros didáticos para o desenvolvimento das atividades inerentes à rotina de atendimento na Atenção Básica à Saúde, só realizamos nossas revisões bibliográficas pelo computador assim também fazemos as tele-consultorias médicas para o esclarecimento de dúvidas através da Internet.

As atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. São atribuições comuns a todos os profissionais tais como participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, realizar ações de atenção à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, além de realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

Em minha equipe, nós fazemos um trabalho em conjunto com a comunidade realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças com todos os grupos risco de nossas comunidades assim também como idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas, assim com a realização de visitas domiciliares onde ofertamos atenção integral aos usuários acamados.

Todo o mês realizamos nossas reuniões da equipe para, em conjunto, fazer um plano de atividades a desenvolver em todo o mês e também atualizar cadastro das pessoas e famílias da área e participar das atividades de educação. Tudo isto é possível graças ao bom trabalho que fazemos em nossa equipe, tudo bem organizado e coordenado.

Utilizamos na equipe o acolhimento misto (equipe de referência do usuário em conjunto com a equipe de acolhimento do dia), o mesmo é realizado em uma sala específica para fazer o acolhimento, pela técnica em enfermagem, que explica a prioridade de atendimento. Em minha UBS, depois de fazer o acolhimento nós damos prioridade aos usuários quanto à idade, por exemplo primeiro atendemos as crianças menores de dois anos, as gestantes e os idosos, também avaliamos se o atendimento pode ser agendado para outro dia ou se necessita atendimento imediato/prioritário e por quais profissionais que têm que fazer o atendimento. Sempre discutimos que o usuário receba o atendimento com a maior rapidez possível.

Quanto à atenção ao pré-natal de baixo risco, a unidade básica de saúde deve ser a principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde além de ser o ponto de atenção estratégico para melhor acolhimento de suas necessidades, proporcionando um acompanhamento longitudinal e contínuo sobretudo durante a gestação, tendo como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto do recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando também aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. As equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. Antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes a linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil, mas ainda aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo.

Em nossa equipe de saúde temos um trabalho em conjunto, que nos permite fazer um bom trabalho na comunidade para assim poder realizar a captação das gestantes no primeiro trimestre da gestação e que tenham um bom acompanhamento durante todo o período pré-natal e puerpério evitando ao máximo todos os riscos.

Temos uma boa cobertura de pré-natal, 80% (20 gestantes) do total de gestantes da área de abrangência são acompanhadas na unidade. Os indicadores de

qualidade também tem uma boa proporção, sempre tratamos de fazer a captação da gestante antes das 12 semanas de gestação, oferecemos todos os exames do primeiro trimestre, orientamos sobre alimentação durante a gravidez, prescrevemos suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico para profilaxia de anemia, oferecemos todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família. Encaminhamos a gestante para imunização e para atendimento odontológico, além de orientação sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Quanto à cobertura de consultas de puerpério e à qualidade da atenção ao puerpério acredito também são boas, nós realizamos a avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido dentro dos primeiros sete dias, orienta-se a puérpera sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, além de orientar e apoiar a família para a amamentação e orientar o planejamento familiar. Também identificamos situações de risco e avaliamos a interação da mãe com o recém-nascido.

Em nossa UBS temos que trabalhar na busca ativa de gestantes que não são atendidas na unidade de saúde para melhorar a captação de gestantes em nossa área de abrangência, além de melhorar os equipamentos necessários para ofertar um atendimento com melhor qualidade.

Com a aproximação da equipe ao contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculado as necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

Em nossa área temos boa cobertura da saúde da criança, acompanhamos 36 crianças menores de um ano em uma população total de 2.407 usuários, tendo uma cobertura de 100%. Entretanto, temos que melhorar em alguns indicadores de qualidade como, por exemplo, temos que conseguir que toda mãe leve a sua criança à consulta no dia agendado, para poder fazer um bom acompanhamento da criança, além de que toda mãe faça em seu filho a triagem auditiva para, assim, detectar a tempo muitas doenças auditivas. Por enquanto, outros aspectos avaliados tais como primeira consulta de puericultura nos primeiros setes dias de vida, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, as vacinas, a avaliação da saúde bucal, além das orientações para o aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes, que acredito que ficam muito bem em minha equipe de saúde. Na primeira visita domiciliar ao recém-nascido e sua família, avaliamos os

aspectos fundamentais, sendo eles, as relações familiares, o acesso aos serviços de saúde, escutamos e oferecemos suporte emocional nessa etapa, orientamos a família sobre os cuidados com o recém-nascido, identificamos a existência de sinais de depressão puerperal assim como identificamos os sinais de perigo à saúde da criança.

Temos que lograr que a criança seja levada, à consulta, no tempo estabelecido, para que tenha sua consulta em dia e também para possibilitarmos o fortalecimento do vínculo das famílias com a equipe de saúde, já que a família tem muita importância para proporcionar um ambiente social e psicológico favorável ao desenvolvimento da criança.

Temos, em nossa equipe de saúde da família, um registro com todas as mulheres em idades entre 25 e 69 anos (786 mulheres), tendo em vista que esta faixa-etária, é a prioritária para a prevenção do câncer de colo de útero e da mama. Ainda temos muito que trabalhar para poder melhorar os indicadores de detecção precoce destas duas doenças, nossa equipe tem que fazer um plano de trabalho dirigido à detecção precoce desses problemas. Temos que fazer a captação das mulheres de 25 a 64 anos de idade (724 mulheres), para que todas realizem o exame citopatológico com a periodicidade que o mesmo requer, além de aumentar o número de palestras sobre como prevenir este tipo de câncer, também explicar bem à usuária sobre a importância do exame de prevenção, e que procure atendimento no caso de algum sinal ou sintoma. Além disso, temos que ter um acompanhamento de toda mulher com exame citopatológico alterado. Nesta etapa, os agentes de saúde são de muito apoio para a equipe, porque eles podem ter um contato mais próximo da comunidade para assim poder fazer o bom seguimento.

Quanto ao câncer de mama, cuja faixa-etária prioritária compreende as mulheres de 50 e 69 anos de idade. Os principais fatores de risco conhecidos para o câncer de mama estão ligados à idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos. A idade constitui o mais importante fator de risco para câncer de mama. O risco de câncer de mama aumenta com a idade, com cerca de 70–80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade. A mortalidade também aumenta com a idade, além tem outros fatores de risco como são menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool e sedentarismo.

Para o controle do câncer de mama, destaca-se em particular a importância de ações intersectoriais que promovam o acesso à informação e ampliem

oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente na Atenção Básica. A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Oferecer-nos palestras em nossa área para assim explicar-lhes sobre o autoexame da mama para poder detectar esta doença a tempo e evitar suas complicações.

As mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o exame clínico da mama anualmente. Aquelas que estiverem entre 50 e 69 anos devem realizar ainda a mamografia a cada dois anos. Esses exames devem ser feitos mesmo que mulher não perceba nenhum sintoma. Se uma pessoa da família principalmente a mãe, irmã ou filha, teve esta doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de desenvolver um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário, em qualquer idade, deve ficar mais atenta. Nestes casos, a partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a mamografia devem ser feitos uma vez por ano. Nosso trabalho na equipe de saúde tem que estar encaminhado a oferecer um melhor acompanhamento das usuárias como nesta doença, os agentes de saúde tem que fazer visita domiciliar periódica para assim informa-nos o que está acontecendo.

Em nossa comunidade temos um total de 330 usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS), cadastrados na unidade, o que representa 68% de cobertura. Ainda temos que trabalhar muito na comunidade por meio da busca ativa de outros usuários com esta doença e que ainda não foram diagnosticados, temos que oferecer palestras e atividades aos grupos risco de doenças cardiovasculares, incentivar a população a fazer exercícios físicos, orientar, nas visitas domiciliares, sobre a importância de prevenir esta doença e, no caso de pessoas com hipertensão arterial, sobre como evitar as complicações, além de fazer estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e procurar que todos os usuários tenham suas consultas em dia. Os agentes de saúde fazem visitas periódicas e explicam a importância das consultas de acolhimento, contamos com uma boa proporção de usuários com hipertensão cadastrados com seus exames em dia, nas consultas e nas visitas domiciliares sempre orientamos sobre alimentação saudável, sobre a prática de exercício físico, sobre os fatores de risco como tabagismo e alcoolismo.

Os usuários com hipertensão , realizam uma consulta integral avaliando todos os aspectos de vital importância para o cuidado, aos quais são explicados no protocolo

de atendimento do usuário com hipertensão , produzido pelo Ministério de Saúde, assim como também marcamos ao mesmo a data da próxima consulta, além disso, se o usuário precisa de atendimento por alguma doença aguda também nós oferecemos nossa atenção integral sempre dirigida ao bem-estar físico e mental dos usuários. Nossa equipe também faz atividades com estes usuários, onde toda equipe participa. Fazemos atividades educativas com a participação da família porque o apoio da família é muito importante para o correto manejo do problema, pois o portador desse problema, tem que fazer algumas mudanças em seu estilo de vida. Fazemos pesquisa ativa em nossa comunidade e em nossa unidade de saúde a todo usuário maior de 15 anos para se poder diagnosticar precocemente a doença.

Quanto à Diabetes Mellitus (DM) até o momento temos em nossa área um total de 89 usuários com diabetes o que representa 64% de cobertura, esta cifra ainda fica baixa para nossa área de abrangência mas nós estamos fazendo um trabalho em conjunto para diagnosticar os usuários em tempo, e assim evitar complicações, além fazemos palestras, conversas em as consultas com os usuários, em as visitas domiciliares, trabalhamos com os grupos riscos da área, a todos os usuários com diabetes lhe damos orientações sobre alimentação saudável, a importância da prática de atividades físicas regulares, sobre a importância de que os exames estejam dia, além do cuidado das unhas das mãos e pés. Estes usuários são avaliados pelo dentista, nutricionista e psicólogo. O usuário sempre que vai à consulta recebe todas as orientações necessárias sobre sua doença também em caso de apresentar alguma outra doença aguda também recebe tratamento, sempre vai embora com o agendamento da próxima consulta. Nossa equipe toda faz pesquisa ativa em nossa área de abrangência procurando casos novos com esta doença assim como também intensificamos nosso trabalho com os grupos riscos. A equipe utiliza o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento ao usuário com Diabetes Mellitus o qual é de muita utilidade para o adequado acompanhamento do usuário diabético.

Dentro dos grupos de atenção prioritária que temos em nossa equipe da saúde se encontram os idosos. Nós temos cadastrado, em nossa unidade de saúde, um total de 256 indivíduos maiores de 60 anos, o que representa 100% da cobertura da área. Todos tem a caderneta da pessoa idosa, 62% tem avaliação multidimensional rápida, 79% tem acompanhamento em dia, deles 187 (73%) são usuários com hipertensão, 59 (23%) são usuários com diabetes, todos em risco para morbimortalidade. Nossa equipe toda sempre tem orientado, nas atividades de grupo,

sobre alimentação saudável, prática de exercício físico. Na consulta nós oferecemos uma atenção integral, orientamos sobre a importância das vacinas, de procurar o dentista para a prevenção de câncer bucal. Além disso, falamos sobre a prevenção de acidentes, obesidade, sedentarismo, sobre evitar o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas. Quando fazemos visitas domiciliares, falamos com seus familiares da importância da família toda no processo de envelhecimento, pois todo idoso tem que sentir o apoio da família para ele sentisse útil apesar de sua idade. Nas reuniões da equipe, planejamos atividades, para desenvolver com as pessoas idosas, como palestras, café de manhã, atividades recreativas, tudo visando a melhora da qualidade de vida do idoso. O usuário é avaliado pelo médico geral, pela enfermeira, dentista, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, e ainda, caso o usuário necessite de encaminhamento para outro especialista nós realizamos o encaminhamento. Procuramos oferecer sempre o melhor de nós para que o usuário fique satisfeito com nosso serviço, o que faz que o usuário sinta a necessidade de voltar sempre à unidade para que assim possamos fazer um acompanhamento qualidade, sempre oferecendo o melhor de nós.

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Em nossa equipe tem um dentista o qual não tem sua consulta na UBS onde trabalhamos, seu consultório fica em outra área já que nossa UBS está em construção. O dentista trabalha três dias na semana só de manhã. Ele trabalha com uma técnica de odontologia, com um total de 40 consultas por mês. Nas consultas orienta-se aos usuários sobre como ter uma adequada higiene bucal, mediante a realização de palestras e atividades de grupo, nós apoiamos o trabalho do odontólogo orientando a comunidade sobre os fatores de risco para o câncer bucal, sobre a importância de eliminar os hábitos tóxicos (cigarro, álcool). Além disso, todos os usuários com hipertensão, diabetes, gestantes e crianças são encaminhados para o dentista.

Até o momento se tem oferecido consulta odontológica programática aos grupos populacionais prioritários da área de abrangência. Consideramos a média de procedimentos clínicos por habitantes por mês, adequada, mas temos que seguir trabalhando em conjunto para que 100% de nossa comunidade receba atendimento odontológico com o acompanhamento estabelecido. As ações de saúde bucal devem

estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

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

Com a análise situacional, foi possível identificar alguns problemas na oferta de cuidado da equipe de saúde à comunidade, creio que a principal limitação é a distância que fica a unidade de saúde da comunidade, em função da sede da UBS em que trabalho estar em reforma, o que faz com que os usuários não vão à consulta com a periodicidade requerida. Outra limitação importante é a falta de acesso a outras especialidades e exames laboratoriais que também limitam o acompanhamento do usuário.

A unidade de saúde ficar longe da comunidade também limita as atividades de educação em saúde. Nossa equipe de saúde se tem traçado vários planos de ação para eliminar estas dificuldades o mais rápido possível e melhorar o estado de saúde da população dentro de nossas possibilidades vamos fazer mais atividades de grupo onde analisaremos as temáticas dos problemas mais frequentes da comunidade, incrementar a interação com a população para conhecer mais a fundo sua realidade epidemiológica, demográfica e social.

A análise situacional proporcionou um maior conhecimento da unidade de saúde que trabalho, possibilitando identificar quais os principais problemas da unidade de saúde para que possamos elaborar um plano de ação para qualificar a atenção prestada à população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, atingindo, em média, 32 em cada 100 indivíduos. Na faixa etária de 60 a 69 anos, este número sobe para 50 em cada 100 indivíduos e acima de 70 anos, acomete 75% dos indivíduos (BRASIL, 2013a p.19).

No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 51.828 mortes por diabetes. Entre 1991 e 2000, a frequência de óbitos aumentou em 24% (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos) e, posteriormente, no intervalo do ano 2000 a 2009, houve uma redução de 8% nessas mortes (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2013 b,p.20).

Dada à importância dessas doenças, o foco do projeto foi Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, tendo em vista que a HAS e a DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam ainda, mais da metade do diagnóstico primário em portadores de insuficiência renal crônica, submetidas à diálise (BRASIL, 2013b, p. 20). Os profissionais da saúde têm que ter um controle sobre estes usuários já que estas doenças são uma das principais causas de morte no mundo e, por isso, o profissional da atenção primária tem que trabalhar na identificação dos usuários com estas doenças para assim evitar possíveis complicações.

A Unidade Básica de Saúde “Matadouro/Estação” onde trabalho encontra-se em uma zona urbana, entretanto a equipe está alocada em outra unidade de saúde porque a UBS está em construção até o próximo ano. A unidade de saúde que trabalho é composta uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes de saúde, um odontólogo e uma técnica em odontologia, além da médica que sou eu.

Quanto a sua estrutura tem cinco salas de atendimento, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, dois banheiros uma pequena sala de recepção e uma cozinha.

Nossa área de abrangência conta com um total de 2.407 usuários, deles 1.134 são do sexo masculino e 1.273 do sexo feminino. Temos cadastradas 735 famílias, o que totaliza 1.743 usuários maiores de 20 anos de idade. Pela estimativa, 484 são usuários com hipertensão e 138 são usuários com diabetes, sendo acompanhadas pela unidade de saúde 330 pessoas com hipertensão (68%) e 89 pessoas com diabetes (64%). Nossa equipe de saúde tem apresentado algumas dificuldades quanto aos indicadores de qualidade, por exemplo, quanto à realização de estratificação de risco por critério clínico temos 248 usuários com hipertensão (51%) do total, além de apresentar 13% de atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, e temos 88% dos usuários com hipertensão com avaliação bucal em dia. Quanto aos usuários com diabetes mellitus as principais dificuldades no que diz respeito aos indicadores de qualidade são o atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, além de 13% deles não têm classificação de risco cardiovascular por critério clínico, assim como temos 13% de pessoas com diabetes que não têm avaliação de saúde bucal em dia.

Temos um plano de trabalho para este grupo de usuário, nossa equipe realiza trabalhos de promoção de saúde na comunidade assim como a prevenção de complicações destas doenças, fazemos visitas domiciliares, atividades de grupo, palestras, todos os meses nas reuniões da equipe são planejadas todas as atividades a serem realizadas no próximo mês.

Já temos as medidas tomadas para melhorar a qualidade dos indicadores, vamos dirigir nosso trabalho principalmente à comunidade com o apoio dos agentes de saúde na busca ativa dos usuários com fatores de risco para apresentar HAS e DM, nossa equipe vai precisar de muitas mais horas de trabalho na comunidade para poder aumentar o número de visitas domiciliares, assim como as atividades de educação e promoção de saúde. Também destacamos que iremos apresentar algumas dificuldades para a identificação de todos os usuários com estas doenças em nossa área já que o tempo é curto e o trabalho tem que ser intenso sem perder a qualidade. Além disso, temos que garantir que 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados participem das atividades de saúde realizadas em nossa área.

Iremos explicar para os usuários que com este projeto de intervenção nós vamos ter um melhor conhecimento de nossa área, vamos realizar um trabalho dirigido aos usuários com estas doenças, encaminhando a melhora de sua qualidade e estilo de vida, além de oferecer ao usuário uma serie de orientações com o objetivo de que ele aprenda a conviver com sua doença. Este projeto também vai a contar com a participação da família de todos os usuários com hipertensão e diabetes a qual tem um papel fundamental na evolução clínica dos problemas citados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Matadouro/Estação em Campo Maior/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar a 85% dos usuários com hipertensão da nossa área no Programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar a 85% dos usuários com diabetes da nossa área no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doenças cardiovasculares.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre a alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre a alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os fatores de risco do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os fatores de risco do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Matadouro/Estação, no Município de Campo Maior/PI.

2.3.1 Detalhamento das ações

Relativas às metas 1.1 e 1.2:

Monitoramento e avaliação:

Monitorar os usuários com hipertensão e diabetes por meio do programa HIPERDIA de nossa UBS, o médico será o responsável do monitoramento e da avaliação.

Organização e gestão dos Serviços:

Garantir os instrumentos necessários para a tomada da pressão arterial, medir circunferência abdominal, verificar peso, medir níveis de glicemia capilar, tais como esfigmomanômetro, fita métrica, balança, glicômetro.

Garantir os registros dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados em nossa área de abrangência assim como seus prontuários clínicos.

Engajamento Público:

Explicar à comunidade quais são os fatores de risco para estas doenças, assim como verificar a pressão de todos os usuários que tenham 20 anos de idade ou mais com ou sem fatores de risco e, também informar da existência em nossa UBS do programa de atendimento ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus (HIPERDIA).

Qualificação da prática clínica:

Garantir a prescrição da medicação destes usuários das farmácias populares. Explicar aos profissionais de saúde sobre como fazer o cadastro dos usuários com hipertensão e diabetes, assim como os procedimentos médicos para realizar rastreamento destas doenças. Todas estas ações serão possíveis com a participação de toda a equipe para que as mesmas se realizem com a qualidade necessária. Primeiramente, todos os profissionais que participarão do projeto têm que receber uma capacitação sobre os procedimentos que serão desenvolvidos.

Relativas às metas 2.1 a 2.8:

Monitoramento e avaliação:

Monitorar que todos os usuários tenham recebido a solicitação dos exames laboratoriais e também que tenham realizado mesmo no tempo estabelecido pelo protocolo e que estes exames sejam os que o usuário necessita para o acompanhamento periódico de sua doença.

Monitorar que todo o usuário cadastrado de nossa área receba seus medicamentos na farmácia popular.

Organização e Gestão do Serviço:

Coordenar com o Secretário de Saúde do município a segurança da realização dos exames laboratoriais segundo os protocolos.

Garantir a existência de medicamentos para estes usuários tanto na UBS como nas farmácias populares.

Engajamento Público:

Orientar a todos os usuários sobre as complicações destas doenças e todas as medidas de controle que tem que tomar para evita-las.

Explicar aos usuários a importância de comparecer às consultas agendadas e realizar os exames laboratoriais assim como cumprir periodicamente com seu tratamento farmacológico e medidas de controle geral, também explicar para os usuários que em todas as farmácias populares podem procurar os medicamentos.

Qualificação da prática clínica:

Orientar aos profissionais de saúde sobre a existência de os medicamentos nas farmácias populares, para que assim eles falem para os usuários como tem que fazer para receber.

Capacitar a equipe para a orientação do usuário em todas as consultas sobre a importância de comparecer as consultas no tempo estabelecido assim como também sobre a importância das consultas de odontologia.

Relativas às metas 3.1 e 3.2:

Monitoramento e avaliação:

Monitorar que todo usuário tenha suas consultas em dia, com a periodicidade requerida segundo os protocolos.

Orientar aos agentes de saúde para que procurem na comunidade os usuários faltosos às consultas periódicas.

Organização e gestão do serviço:

Manter registro atualizado para que os profissionais da equipe saibam facilmente quais os usuários que estão com consultas atrasadas, para que os agentes de saúde possam realizar a busca ativa.

Engajamento Público:

Informar em todas as consultas quando o usuário tem que retornar além de informar a importância do comparecimento às consultas agendadas.

Qualificação da prática clínica:

Orientar aos agentes de saúde mediante as reuniões da equipe como tem que ser as consultas destes usuários e a periodicidade das mesmas.

Relativas às metas 4.1 e 4.2:

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização dos registros dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados iguais seus prontuários clínicos para que estes tenham a qualidade requerida e também que estes sejam sistematicamente atualizados.

Organização e gestão do serviço:

Atualizar as cadernetas dos usuários em todas as consultas medicas, elaborar um registro onde fiquem todos os dados dos usuários (data das consultas, exame laboratoriais e data da realização deles, medicamentos, data das consultas odontológicas, peso, altura, pressão arterial em cada consulta e glicemia nas consultas)

Anotar no prontuário de cada usuário, na ficha-espelho e na sua caderneta a data da próxima consulta.

Engajamento Público:

Orientar aos usuários sobre o direito que tem todos de receber sua caderneta assim como seu cadastro e prontuário clínico para sua doença.

Qualificação da prática clínica:

Explicar a equipe com e que tem que fazer o preenchimento dos dados nos registros e caderneta dos usuários.

Relativas às metas 5.1 e 5.2:

Monitoramento e avaliação:

Monitorar que todos os usuários com hipertensão e diabetes tenham ao menos uma estratificação de risco ao ano.

Organização e gestão do serviço:

Realizar consultas regularmente e priorizar o atendimentos aos usuários com alto risco.

Engajamento Público:

Orientar em cada consulta ao usuário sobre os riscos de sua doença e a importância do acompanhamento para um adequado controle dos fatores de risco.

Qualificação da pratica clínica:

Realizar uma capacitação a equipe toda para realizar a estratificação de risco segundo as lesões em órgãos-alvo o escore de Framingham, controle dos fatores de risco através das consultas e das atividades na comunidade tais como atividades de grupo e palestras.

Relativas às metas 6.1 à 6.8:

Monitoramento e avaliação:

Garantir nas consultas periódicas a orientação de medidas de promoção de saúde tais como alimentação saudável, prática de atividades físicas, orientar sobre a higiene bucal, assim como os fatores de risco para estas doenças.

Organização e gestão de serviço:

Planejar o agendamento de consultas destes usuários com nutricionista, educador físico e odontólogo.

Engajamento público:

Aumentar na comunidade ações de promoção dirigidas a estes grupos incentivando a participação de familiares. Realizar palestras e atividades de grupo onde falaremos sobre os fatores de risco, hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal.

Qualificação da prática clínica:

Fazer reuniões com a equipe toda para realizar capacitações dos profissionais que irão participar neste projeto de intervenção para que possam orientar aos usuários sobre quais são as atividades físicas, como podem fazer uma boa alimentação saudável, além de orientar sobre os fatores de risco e sobre saúde bucal. Lembrar que todos os profissionais da unidade de saúde devem realizar tais orientações em todos os contatos do usuário com o serviço.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão 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 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes 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 usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.1: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para desenvolver nosso projeto de intervenção no Programa de Atenção ao Portador de Hipertensão e Diabetes, iremos apoiar-nos nos protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do ano 2013 – Cadernos de Atenção Básica Hipertensão e Diabetes Mellitus, número 36 e 37 do Ministério da Saúde além dos portuários e registros existentes na UBS e no município de onde coletaremos a maior quantidade possível de informações o mais atualizado possível. Além disso, serão utilizadas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso para registro específico da ação programática. Será feito contato com o gestor municipal com o objetivo de que ele colabore na impressão de tais fichas.

A enfermeira e a técnica de enfermagem realizarão a coleta dos dados preenchidos nos registros dos usuários e prontuários clínicos, assim como nas cadernetas, realizando um registro atualizado de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde. Dessa forma será possível o acompanhamento de usuários faltosos, além do agendamento da consulta para aqueles que não estão em dia. Essas informações servirão tanto para consultas médicas quanto odontológicas e também para acompanhamento de exames laboratoriais atrasados, os que não têm a estratificação do risco cardiovascular em dia e aqueles que não recebem prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Antes de iniciar o projeto de intervenção a médica da equipe fará capacitação todos os colegas, sobre as existências dos protocolos os quais irão encabeçar nossa intervenção.

Será realizado um acolhimento na UBS o qual será feito pela técnica de enfermagem. Ela vai receber uma capacitação sobre os aspectos o processo de acolhimento destes usuários tem que dividir os horários das consultas para que o restante da população atendida não fique prejudicada.

A participação dos agentes de saúde é de vital importância para a realização deste projeto de intervenção, só com a ajuda deles será possível cadastrar e acompanhar em um curto período de tempo 85% dos usuários com hipertensão e 85% dos usuários com diabetes de nossa área de abrangência, além de procurar na

comunidade os faltosos ás consultas e os que não têm os exames laboratoriais em dia.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Entre os meses de janeiro e maio foi realizada uma intervenção para melhoria da qualidade da atenção prestada a usuários com hipertensão e diabetes da equipe 2609177 da unidade de saúde Matadouro/Estação do município de Campo Maior, no estado de Piauí.

Todo o trabalho foi realizado em conjunto a equipe, primeiramente foram realizadas as capacitações dos profissionais para a participação no projeto a qual foi feita com sucesso.

Praticamente todas as atividades propostas foram realizadas segundo o planejado no cronograma, monitoramos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes por meio do Programa de atenção a usuários com hipertensão e diabetes da unidade de saúde, que todos eles tivessem feitos os exames laboratoriais, assim como as consultas em dia. Quanto a estas ações apresentamos algumas dificuldades porque muitos deles não tinham seus exames em dia e também não procuravam a consulta na unidade de saúde, às vezes muitos deles deixavam de realizar seus exames porque a marcação é muito demorada e eles não têm condição para fazer na clínica privada. Sempre foram atualizadas as cadernetas destes usuários assim como seus registros, foram desenvolvidas atividades com os usuários com hipertensão e/ou diabetes neste período. Outra dificuldade encontrada foi em relação aos usuários faltosos à consulta, eles sempre foram procurados por seus agentes de saúde, mas na maioria das vezes, não iam à unidade de saúde alegando falta de tempo e também por que não tínhamos os medicamentos que eles necessitavam.

As visitas domiciliares foram feitas no tempo estabelecido, as mesmas foram de muita ajuda para nossa intervenção, pois muitas pessoas com hipertensão e/ou

diabetes são acamados. Durante a intervenção cadastramos muitos usuários na farmácia popular para que recebessem seus medicamentos de graça, muitos dos usuários não sabiam que podiam pegar os medicamentos na farmácia popular do município. Todas nossas atividades coletivas tiveram um bom desempenho e conseguimos a participação de muitos de nossos usuários.

Nesta intervenção também apresentamos algumas dificuldades como a falta de medicamento na unidade de saúde para o tratamento da HAS e DM, a demora em a marcação dos exames laboratoriais e também para as consultas com os especialistas.

Apesar das dificuldades apresentadas em nossa intervenção, nossa equipe conseguiu realizar quase todas as ações propostas em nosso cronograma com qualidade, nosso trabalho em conjunto foi capaz de alcançar o atendimento à maioria de nossa população-alvo. Durante cada uma das semanas nossos usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, as drogas e outros hábitos tóxicos, além da importância de comparecer às consultas odontológicas.

Nessas semanas de intervenção conseguimos a captação de muitos usuários com hipertensão e diabetes que ainda não estavam cadastrados em nossa área, além que pudemos fazer a atualização dos registros e cadernetas dos usuários, e preenchimento das fichas espelho. Todos os cadastrados foram avaliados, alguns foram necessários trocar os medicamentos, muitos outros tivemos que aumentar as doses dos medicamentos, com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentaram os conhecimentos nestes pacientes, ajudando na melhoria no seu estado de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única ação prevista que não foi desenvolvida foi com relação às consultas odontológicas, apresentamos dificuldades, pois a maioria de nossos usuários não foram avaliados pelo odontólogo porque as consultas de odontologia não são realizadas em nossa UBS e o consultório está muito longe da unidade de saúde e os usuários preferem não se deslocar até lá.

3.3 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

Nossa equipe, depois de concluir a intervenção, concluiu que as ações implementadas serão continuadas a todos os usuários, com uma avaliação integral a cada quatro meses. A busca ativa na comunidade foi de muita ajuda na intervenção e continuaremos a desenvolver, para, assim, ter o cadastro atualizado de todos os usuários. Além disso, planejamos as consultas odontológicas para que os usuários com hipertensão e diabetes que não foram avaliados durante a intervenção recebam atendimento odontológico.

A realização dos exames complementares foi discutido com os gestores da secretaria de saúde do município para dar prioridade aos usuários com doenças crônicas para assim poder ter um melhor acompanhamento de nossos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Entre os meses de janeiro e abril de 2015, foi desenvolvido o projeto de intervenção visando à qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da ESF Matadouro/Estação do município de Campo Maior/PI que teve duração total de 14 semanas. Tínhamos planejado uma intervenção de 12 semanas, entretanto, como, ao completarmos esse período faltavam poucos usuários para serem cadastrados, a intervenção foi ampliada em duas semanas para que praticamente todos os usuários fossem cadastrados. A estimativa, em nossa área de abrangência, de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais de idade era de 366, o que totalizava 22,7% dos 1.612 indivíduos com 20 anos ou mais de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Ao final da intervenção foram cadastrados 358 usuários com hipertensão, o que totalizou 97,8% do total das pessoas com hipertensão estimada para nossa área de abrangência. Antes de começar a intervenção tínhamos um total de 330 usuários com hipertensão cadastrados na equipe, foi durante estes quatro meses da intervenção que nós podemos melhorar o cadastro das pessoas com hipertensão com a ajuda de equipe em especial o apoio de nossos agentes comunitários de saúde os quais foram fundamentais para o bom desenvolvimento deste projeto de intervenção mediante a busca ativa dos usuários na área.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar a 85% dos usuários com hipertensão da nossa área no Programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

Conforme apresentado na Figura 1, no primeiro mês foram cadastrados 30,9% (113 usuários com hipertensão), no segundo mês 62,8% (230), no terceiro mês tínhamos 96,2% (352) pelo que no quarto mês concluímos com 97,8% (358) dos usuários com hipertensão cadastrados pelo que foi cumprido nosso objetivo traçado em quanto a cobertura para cadastrar ao 85% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

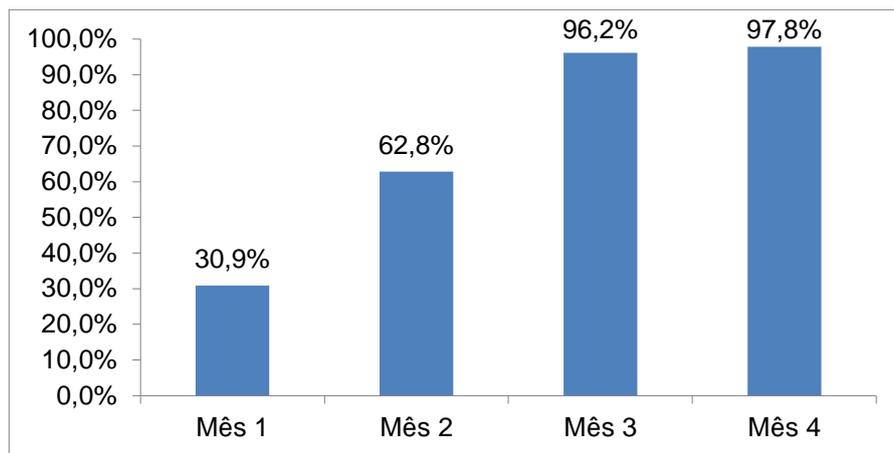


Figura 1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.2: Cadastrar a 85% dos usuários com diabetes da nossa área no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da UBS.

A figura 2 mostra a cobertura do programa de atenção ao diabético em nossa ESF, neste período de intervenção foi possível realizar o cadastro de 90 usuários com diabetes (100%), foram cadastrados todos os usuários com diabetes estimados para nossa área de abrangência. Tendo como base a população da nossa área de abrangência, teríamos um total de 90 pessoas com 20 anos ou mais de idade com diabetes. No primeiro mês foram cadastrados 28 (31,1%) usuários com diabetes, no segundo mês 55 (61,1%) usuários com diabetes no terceiro mês tínhamos um total de 88 (97,8%) usuários com diabetes cadastrados pelo que concluímos no quarto mês com um total de 90 (100%) usuários com diabetes cadastrados em nossa área de abrangência. Foi cumprido nosso objetivo traçado em quanto à cobertura para cadastrar aos 85% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Estes

resultados foram graças ao trabalho em conjunto da equipe, pois só assim foi possível a realização de um projeto de intervenção na comunidade.

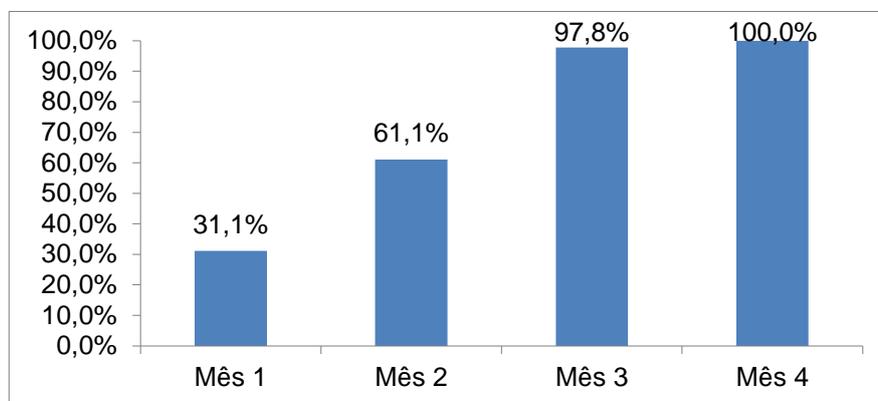


Figura 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

A figura 3 mostra os usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, dos usuários com hipertensão cadastrados, apenas 262 usuários com hipertensão (73,2%) tinham seu exame clínico em dia de acordo com os protocolos, porém todos os usuários com hipertensão que foram encaminhados à consulta foram avaliados, mesmo assim conseguimos atualizar o seu exame clínico e agendamos o seu retorno. No mês 1 dos 113 usuários com hipertensão acompanhados 85 (75,2%) deles tinham o exame clínico em dia, no mês 2 foram avaliados 230 usuários com hipertensão deles 170 (73,9%) com o exame clínico em dia, no mês 3 tínhamos um total de 261 usuários com hipertensão (74,1%) com o exame clínico em dia e finalmente no mês 4 concluímos com um 73,2% dos usuários com hipertensão que o exame clínico estava em dia, do total de 358 usuários com hipertensão cadastrados durante a intervenção.

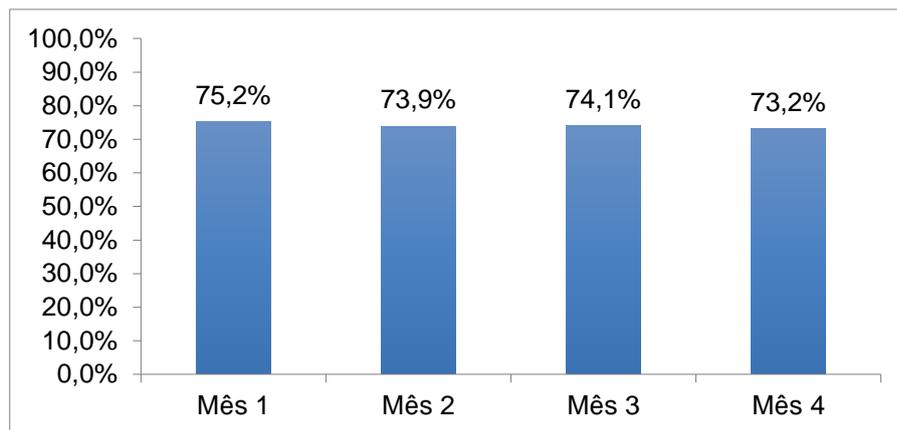


Figura 3 Proporção de usuários com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

A figura 4 mostra os usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no mês 1 tivemos 21 (75,0%) usuários com diabetes com exame clínico em dia, no mês 2 41 e no mês 3 65 usuários com diabetes com exame clínico em dia, correspondendo a, respectivamente, 74,5% e 78,4%. No quarto mês da intervenção 65 usuários com diabetes estavam com seu exame clínico em dia para um 72,2%. Muitos destes usuários com diabetes não vão à consulta médica pela distância da unidade de saúde a suas casas, além disso, às vezes eles referem que na unidade não têm os medicamentos que eles necessitam.

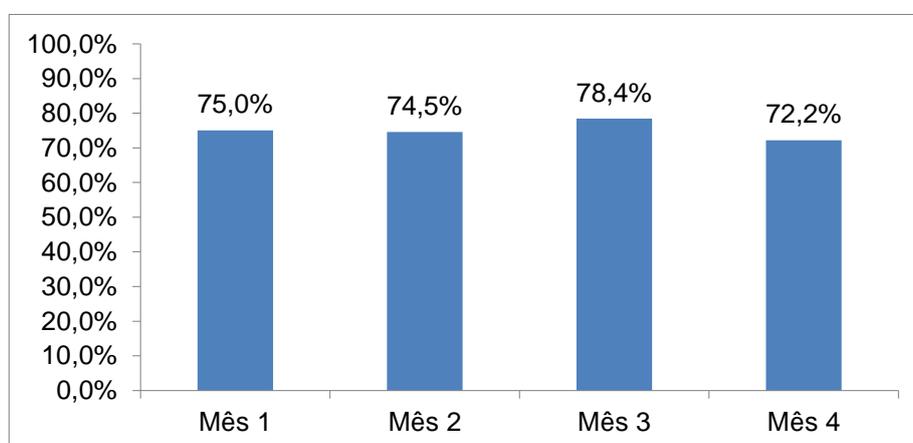


Figura 4 Proporção de usuários com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

Na figura 5 podemos observar a proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo o protocolo no mês 1 tivemos 65 usuários com hipertensão (55,8%) com os exames complementares em dia, no mês 2 136 (59,1%), no mês 3 um total de 203 (57,7%) e no mês 4 tivemos 204 usuários com hipertensão (57,0%) com seus exames complementares atualizados. Foi realizada a avaliação dos exames complementares de cada um deles e, os que não estavam com os exames em dia foram orientados para a realização dos mesmos e trazê-los na próxima consulta, que já ficou agendada na ficha do usuário.

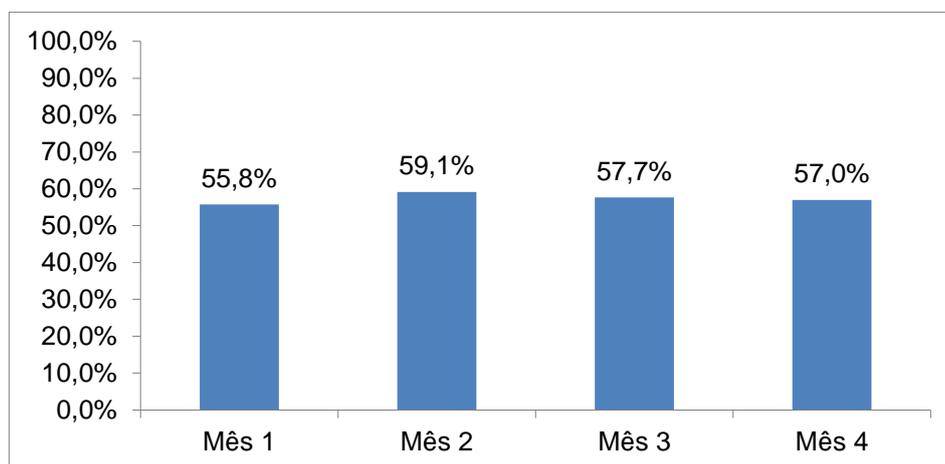


Figura 5 Proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Foi traçada a meta, tanto para usuários com hipertensão quanto para usuários com diabetes, de garantir a 100% a realização dos exames complementares, a maioria tinha seus exames complementares em dia, mas ainda temos alguns usuários que encontram-se com atraso quanto a sua realização. Cabe ressaltar que em nosso município estamos apresentando dificuldades com a realização dos mesmos, devido a grande demanda de usuários que necessitam fazer exames complementares, pelo que às vezes isto dificulta que os usuários tenham seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e muitos deles não tem condição para fazer em uma clínica privada.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

Na figura 6 mostra a proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês da intervenção o 67,9% dos usuários com diabetes tinham seus exames complementares em dia, no mês 2 67,3%, já no mês 3 tivemos um aumento pois 60 usuários com diabetes (68,2%) encontravam-se com os exames atualizados e no último mês da intervenção apresentamos um 63,3% dos usuários com diabetes com exames complementares em dia.

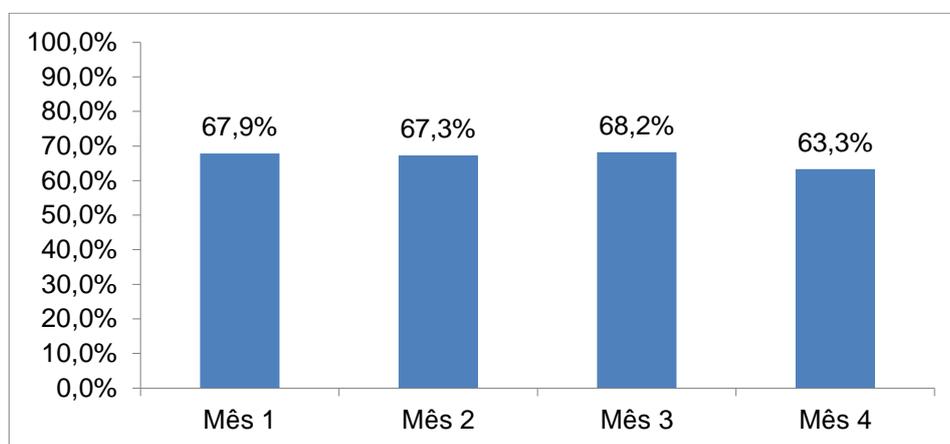


Figura 6 Proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Nas figuras 7 e 8 mostramos a proporção de usuários com hipertensão e diabetes respectivamente com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, poucos não recebem os medicamentos na Farmácia Popular porque os medicamentos que eles tomam não estão disponíveis nestas farmácias, mas a maioria dos usuários com hipertensão e diabetes tem feito o cadastro na farmácia popular, onde recebem os medicamentos todos os meses de graça.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

Na figura 7 no mês 1, 100% dos usuários com hipertensão tinham cadastro na farmácia popular, no mês 2 dos usuários com hipertensão avaliados 213 recebiam seus medicamentos na farmácia popular no meses 3 e 4, 300 usuários com hipertensão (94,0%) e 334 usuários com hipertensão (93,6%) respectivamente estavam cadastrados na farmácia popular o recebiam seus medicamentos todos os meses.

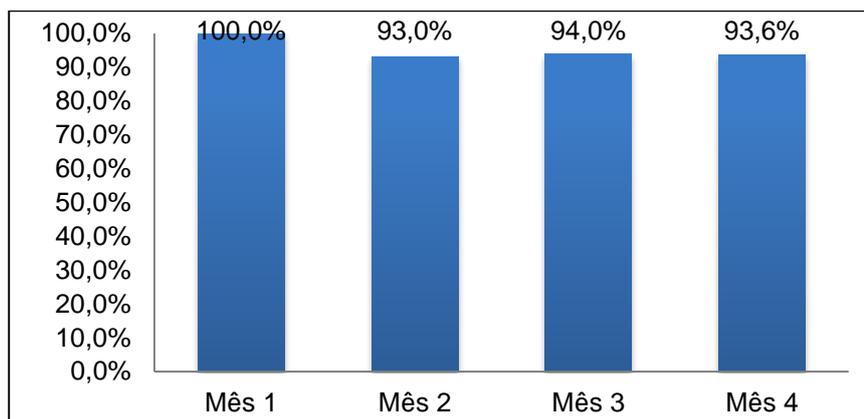


Figura 7 Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Matadouro/ Estação, Campo Maior, Piauí, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

Na figura 8 observa-se a proporção dos usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. No primeiro mês dos 28 usuários com diabetes cadastrados 100% encontrava-se recebendo os medicamentos na farmácia popular, no mês 2 96,4%, no terceiro mês apresentamos um total de 86 usuários com diabetes cadastrados na farmácia e concluímos no quarto mês com 87 usuários com diabetes (96,7%) com seus cadastro feito na farmácia popular. Os usuários com diabetes que não encontravam-se cadastrados na farmácia popular é devido a que nas mesmas não têm os medicamentos que eles tomam.

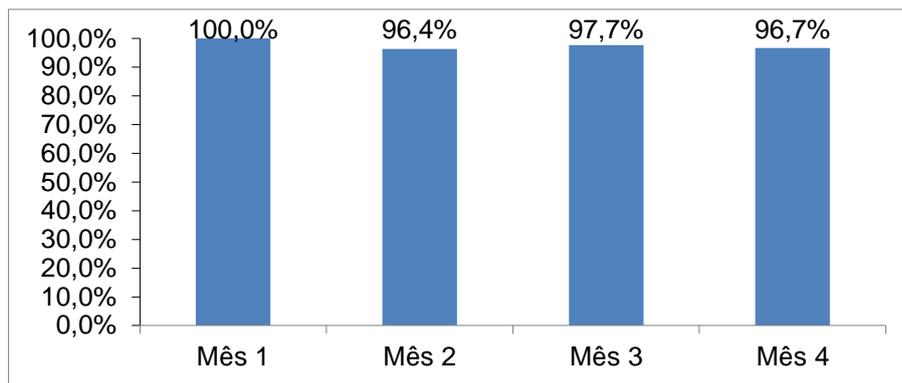


Figura 8 Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Na figura 9 observa-se a proporção dos usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a mesma apresentou dificuldades durante a intervenção, pois muitos usuários não foram avaliados pelo dentista. No mês 1 foram avaliados 94 usuários com hipertensão (83,2%), no mês 2 receberam atendimento odontológico 51,7%, mas no mês 3 e mês 4 foi feita avaliação a 33,8% e 33,2% dos usuários com hipertensão respectivamente. A maior dificuldade encontrada foi que o odontólogo só tem duas consultas por semana, além de que a unidade de odontologia fica longe de nossa área e as vezes o usuário prefere não comparecer às consultas agendadas pelo dentista.

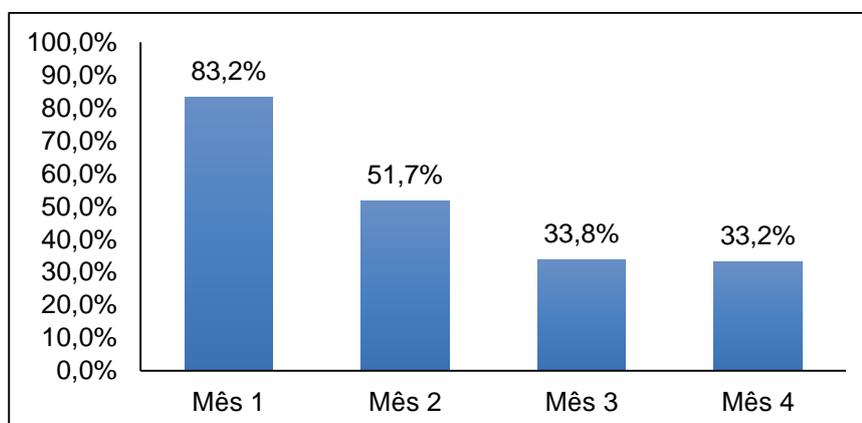


Figura 9 Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Na meta que preconiza a avaliação da necessidade atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes, onde o indicador é a proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, podemos observar na figura 10, que a proporção de usuários com diabetes no mês 1 foi 82,1%, no segundo mês 54,5%, no terceiro mês 34,1% e no quarto mês 33,3%, nas avaliações aos usuários com diabetes tivemos as mesmas dificuldades que nas avaliações dos usuários com hipertensão.

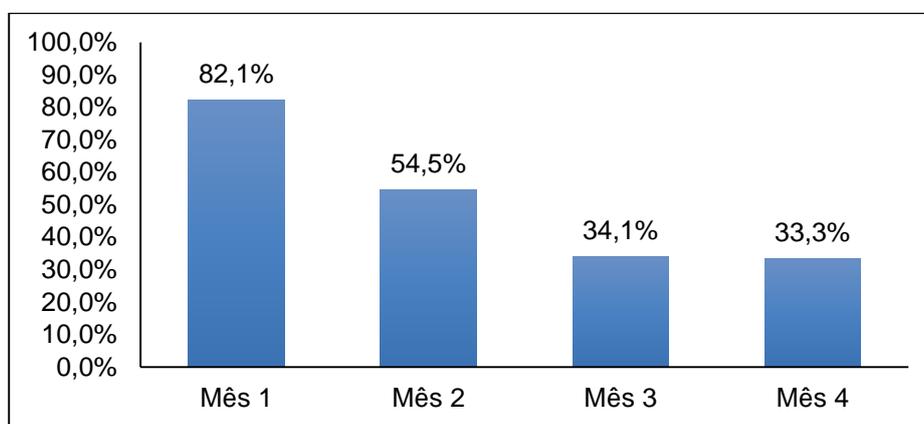


Figura 10 Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

A figura 11 mostra a proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa no mês 1 (48 usuários) receberam busca ativa 32 (66,7%) usuários com hipertensão acompanhados na área, no segundo mês, dos 91 usuários faltosos, 75 (82,4%) usuários com hipertensão, no terceiro e no quarto mês, dos 109 e 96 usuários faltosos, 100% receberam busca ativa.

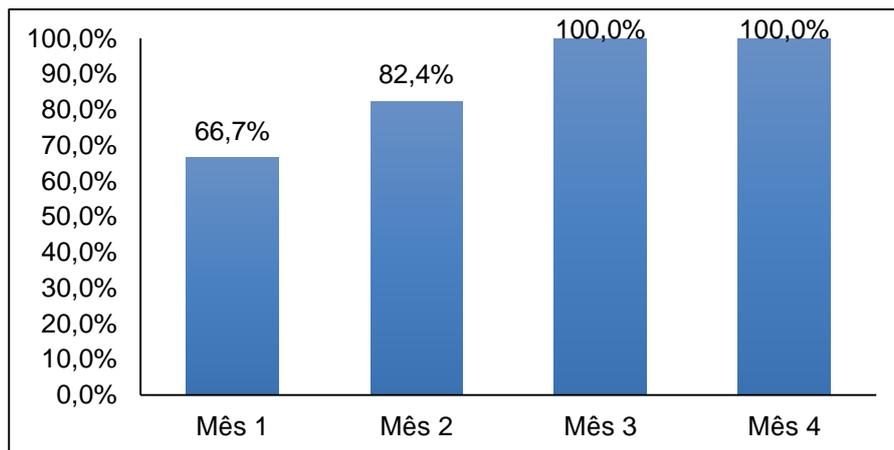


Figura 11 Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

Na figura 12 mostra a proporção dos usuários com diabetes faltosos à consulta com busca ativa, durante toda intervenção foi feita a busca ativa na comunidade dos usuários com diabetes faltosos às consultas, graças ao apoio dos agentes de saúde esta atividade foi feita com a qualidade que requer. Observe-se que no mês 1, dos 15 usuários faltosos, 10 (67,7%) receberam busca ativa consulta com busca ativa, no mês 2 e mês 3, foram 19 (79,2%) e 30 (96,8%) respectivamente faltosos à consulta receberam busca ativa e, no quarto mês, dos 25 usuários com diabetes faltosos, a busca ativa foi realizada a todos.

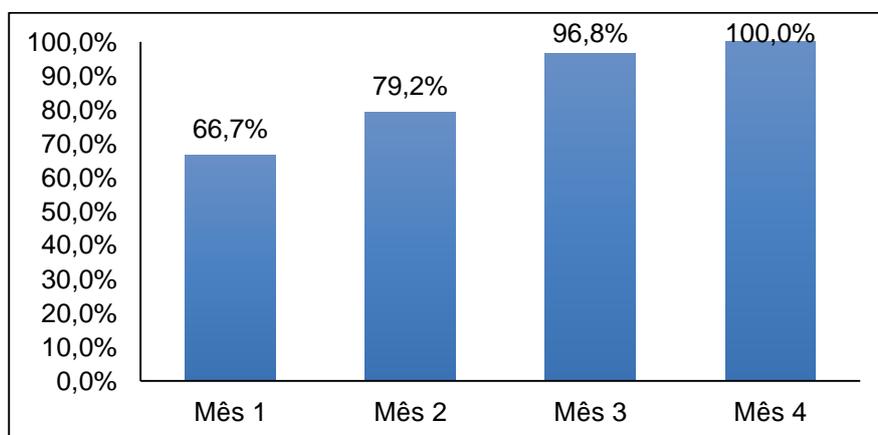


Figura 12 Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na ESF Matadouro/Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

As figuras 13 e 14 mostram a proporção de usuários com hipertensão e diabetes respectivamente com registo adequado nas fichas de acompanhamento, a mesma foi de 100%, isto é, todos os usuários com hipertensão e diabetes acompanhados na intervenção tiveram suas informações registradas adequadamente durante os quatro meses da intervenção.

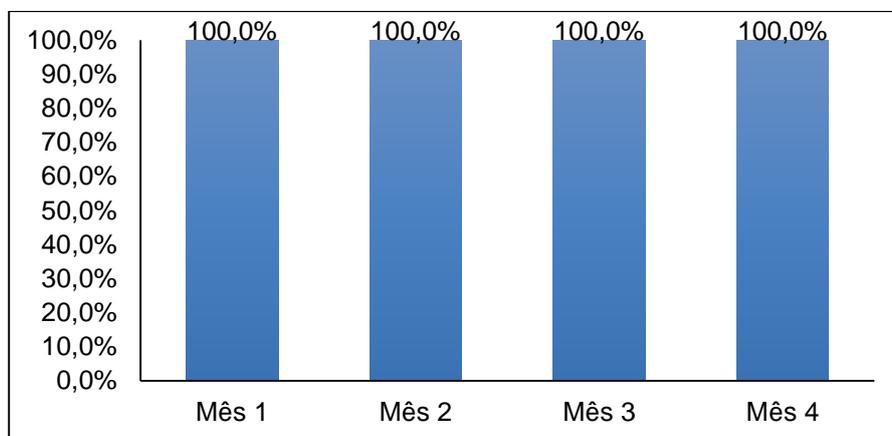


Figura 13 Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

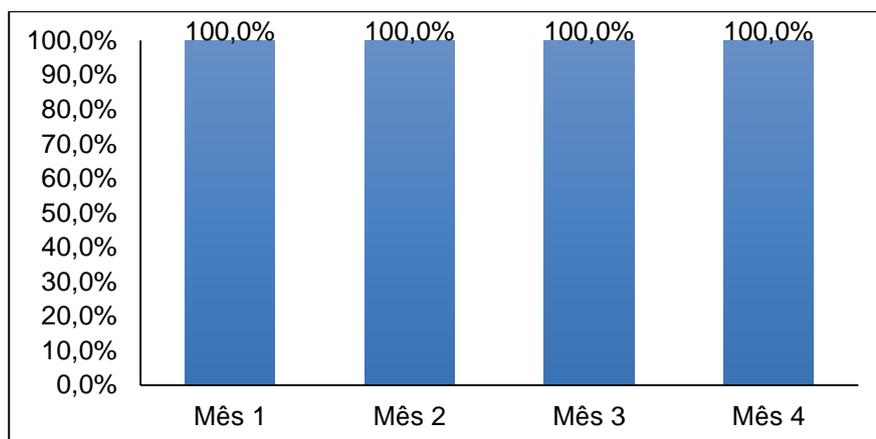


Figura 14 Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Observe-se na figura 15 a proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, tivemos, no primeiro mês, 55,8% dos usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular em dia, no mês 2 tinham 140 usuários com hipertensão (60,9%), no mês 3 e mês 4 foram 62,8% e 73,2% respectivamente com estratificação de risco cardiovascular em dia.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doenças cardiovascular.

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

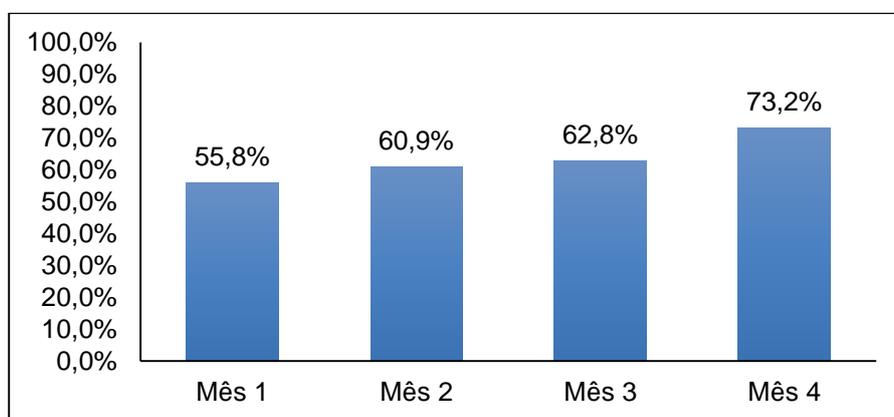


Figura 15 Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doenças cardiovascular.

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

Com a meta de realizar estratificação de risco cardiovascular a todos os usuários com diabetes cadastrados em nossa área, observa-se, na figura 16, que tivemos no mês 1 um total de 75,0% dos usuários com diabetes com exame cardiovascular em dia, no segundo e terceiro mês foram 74,5% e 72,7% usuários com diabetes respectivamente e no mês 4 apresentamos 72,2% dos usuários com diabetes cadastrados com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

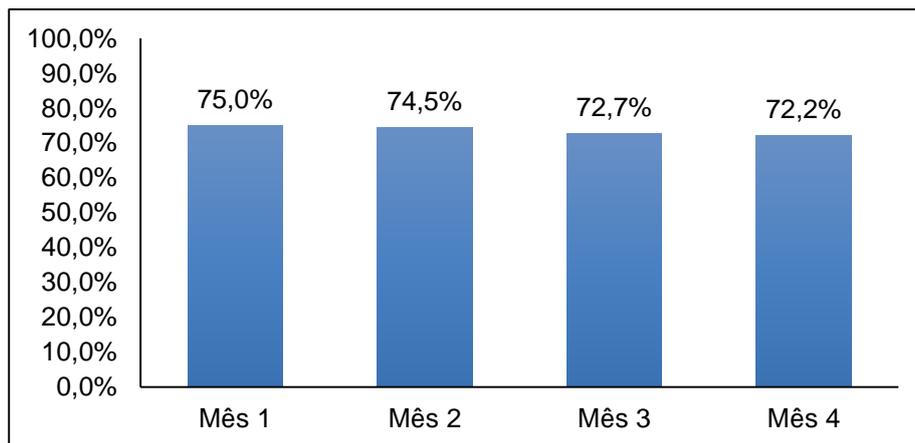


Figura 16 Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre a alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre a alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Pode-se observar, a partir das figuras 17 e 18 que 100% dos usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes cadastrados receberam as orientações sobre alimentação saudável, como se alimentar, conforme seu índice de massa corporal e sobre quais alimentos fazem mal para sua saúde.

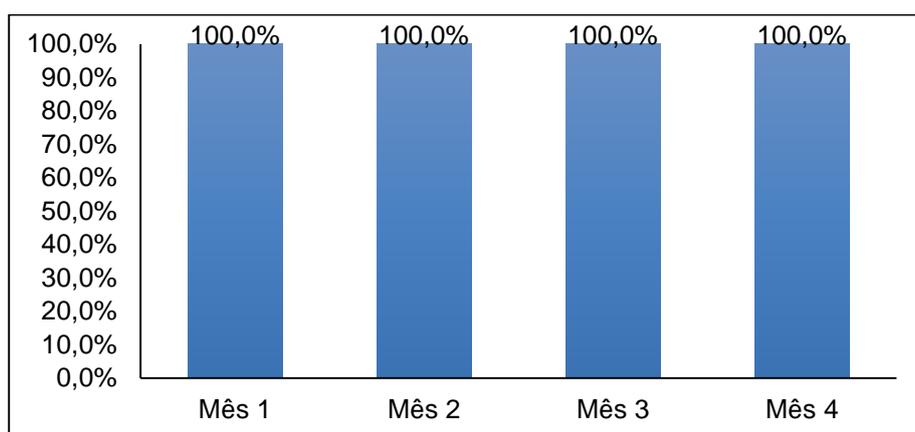


Figura 17 Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

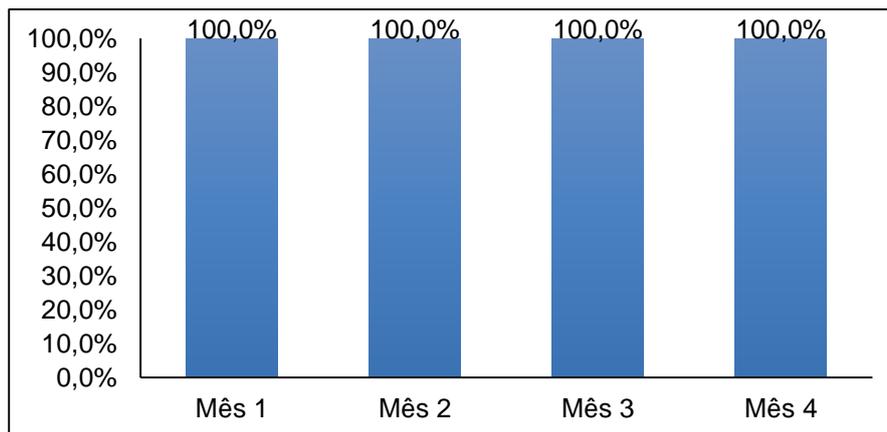


Figura 18 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com diabetes.

Na figura 19, podemos observar a proporção de usuários com hipertensão e de usuários com diabetes com orientação sobre prática de atividade física regular. Todos os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no período da intervenção receberam todas as orientações para uma adequada prática de atividade física. Além disso, foi realizada uma palestra com a educadora física de nossa equipe e ela mostrou para todos quais os exercícios podem ser feitos.

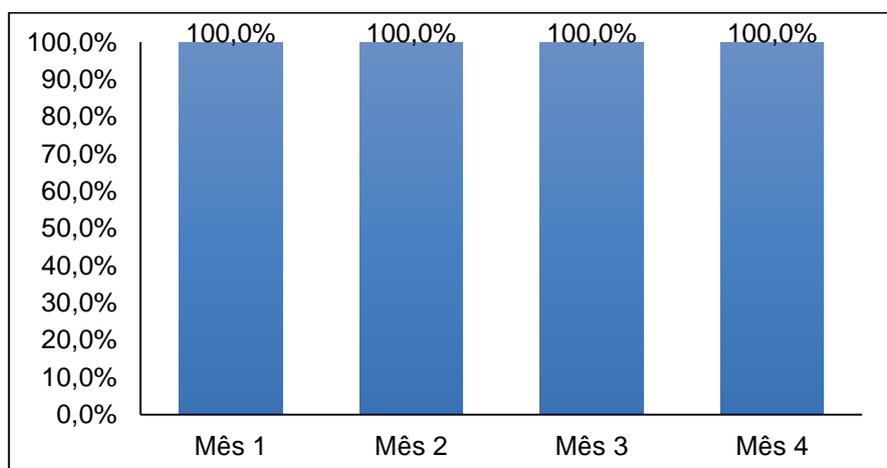


Figura 19 Proporção de usuários com hipertensão e de usuários com diabetes com orientação sobre prática de atividade física regular na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os fatores de risco do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os fatores de risco do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Observa-se, na figura 20, que 100% dos usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre todas as complicações que podem acontecer sem não evita o mesmo.

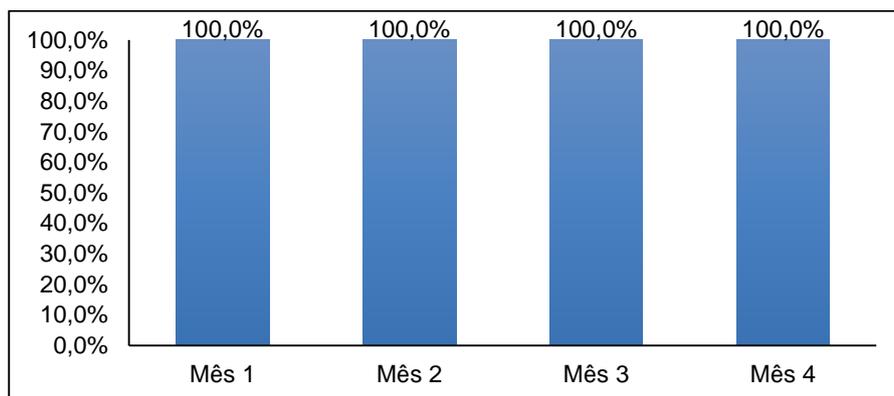


Figura 20 Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes.

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

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

Observa-se na figura 21 que todos os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal. No primeiro mês, receberam orientações sobre higiene bucal 113 usuários com hipertensão, no segundo mês 230 usuários com hipertensão, no terceiro mês 352 usuários com hipertensão e no quarto mês 358 usuários com hipertensão, enquanto, entre os usuários com diabetes, 28 receberam orientações sobre higiene bucal no primeiro mês, no segundo mês 55, no terceiro mês 114 e no quarto mês 116 usuários com diabetes para assim completar 100% dos usuários com hipertensão e 100% dos usuários com diabetes cadastrados com orientações sobre higiene bucal.

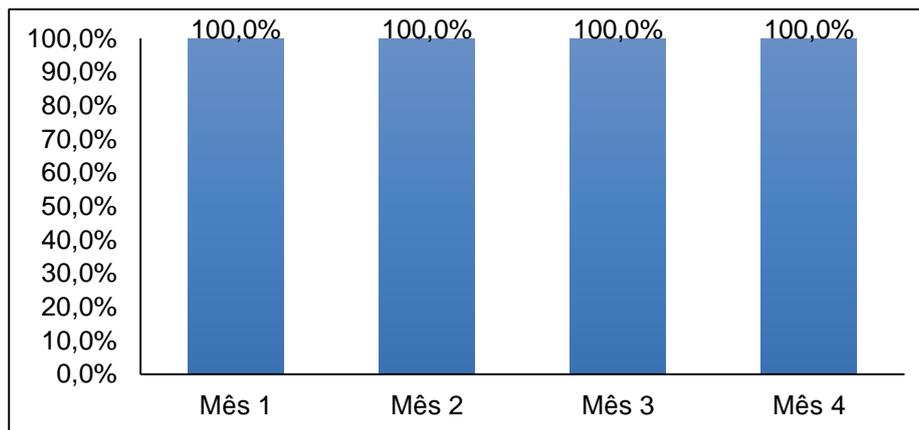


Figura 21 Proporção de usuários com hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na ESF Matadouro/ Estação. Campo Maior. Piauí. 2015

4.2 Discussão

O projeto de intervenção foi um passo muito importante em nossa UBS sobretudo na Atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência, conseguimos um trabalho em conjunto da equipe, além de ter sido muito bom para melhorar os conhecimentos dos profissionais, pois, durante a intervenção, foi realizada reuniões para discutir os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de Ministério de Saúde e assim organizarmos o desenvolvimento do projeto durante os quatro meses de intervenção.

Todas as atividades realizadas foram de muita ajuda para aumentar o cadastro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes além de melhorar os registros. Os agentes comunitários de saúde foram fundamentais, mediante a busca ativa de cada um dos faltosos à consulta, além de colaborarem que fossem cadastrados 100% dos usuários com diabetes e 97% dos usuários com hipertensão e, desse forma, melhorar a cobertura do programa, cumprindo assim com o objetivo traçado no projeto de intervenção.

Durante a intervenção todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos de tabagismo e orientações sobre higiene bucal, nossa equipe desenvolveu palestra com as pessoas com hipertensão e/ou diabetes onde foi avaliado o peso corporal, a altura, além de ser preenchido os dados na fichas espelhos, atualizamos os registros, fizemos tomadas de pressão arterial e

teste de glicemia, a educadora física fez atividades físicas e orientou quais os exercícios mais recomendados conforme seus problemas de saúde.

Nas consultas de acompanhamento foram oferecidos os exames complementares, realizou-se exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram orientados para fazer cadastro na farmácia popular para receber seus medicamentos gratuitamente a cada mês, pois os medicamentos de seu tratamento são oferecidos nesta farmácia, muitos deles foram encaminhados para avaliação com endócrinos e cardiologistas.

Este projeto foi muito bom para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas temos que continuar com neste trabalho para melhorar assim o atendimento deles. Ainda temos alguns obstáculos que nos dificultam fazer um acompanhamento de melhoria da qualidade como, por exemplo, o atraso na realização dos exames complementares, a marcação das consultas com os especialistas, às vezes a falta de medicamentos para estas doenças, mas nós iremos continuar a busca da melhoria da atenção aos usuários apesar das dificuldades.

Durante nosso projeto de intervenção pudemos perceber a aceitação dos usuários da área com a intervenção, muitos deles há tempos não compareciam à consulta médica e não tinham acompanhamento para seu problema de saúde, nem de tratamento para este. Nossa equipe logrou com a intervenção melhorar a avaliação da cobertura de usuários com hipertensão e diabetes, mas agora temos que manter o trabalho feito até o momento, continuando com o acompanhamento, realizando a busca ativa aos usuários faltantes à consulta além continuar realizando as palestras e as atividades físicas com o apoio do NASF (educadora física e nutricionista). A intervenção também foi capaz de fortalecer nosso trabalho em conjunto, pois com o apoio de cada um dos profissionais integrantes de nossa equipe e graças ao trabalho em equipe foi possível o desenvolvimento com qualidade do projeto de intervenção e só assim pudemos cumprir os objetivos e metas traçados no projeto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor:

Ao iniciarmos a especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, foi escolhido implementar um projeto de intervenção para qualificar a atenção aos Usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF de Matadouro/Estação, Campo Maior, Piauí. A intervenção teve início no mês de Janeiro e foi concluída no mês de Maio 2015.

Todo o trabalho foi realizado em conjunto a equipe, primeiramente foram realizadas as capacitações dos profissionais para a participação no projeto. Todas as atividades propostas foram realizadas segundo o planejado no cronograma, monitoramos aos usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio do Programa de atenção à usuários com hipertensão e/ou diabetes da unidade de saúde.

Durante a intervenção, foram cadastrados 358 usuários com hipertensão e 90 usuários com diabetes em nossa área de abrangência, dos usuários atendidos 274 estão com exame clínico em dia, e 216 com exames laboratoriais em dia. De todos os usuários atendidos 377 precisavam tomar medicamentos, sendo que 353 receberam os medicamentos da farmácia popular. Foram avaliados pela odontologia 126 usuários. Faltaram as consultas 104 usuários e em todos os casos foi realizada busca ativa. Foi realizado o registro adequado na ficha de acompanhamento de 378 usuários, e foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em 274. Quanto às orientações realizadas, todos os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientação nutricional, sobre a importância da prática de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Nossa equipe conseguiu realizar todas as ações propostas no cronograma com a qualidade que a mesma requer, nosso trabalho em conjunto foi capaz de alcançar o atendimento a maioria de nossa população alvo.

Conseguimos a captação de muitos usuários com hipertensão e diabetes que ainda não estavam cadastrados em nossa área, além de podermos fazer a atualização dos registros e cadernetas dos usuários, e preenchimento das fichas espelho. Todos os cadastrados foram avaliados, alguns foram necessários trocar os medicamentos, muitos outros tivemos que aumentar as doses dos medicamentos. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentou o conhecimento destes usuários, ajudando na melhoria no seu estado de saúde.

Nossa equipe, depois de concluir a intervenção, traçou algumas ações que irão continuar a todos os usuários, como uma avaliação integral de quatro em quatro meses, busca ativa na comunidade foi de muita ajuda na intervenção pelo que temos que continuar desenvolvendo-a, para assim ter os usuários com o cadastro em dia, planejamos as consultas odontológicas para que os usuários com hipertensão e diabetes que não foram avaliados durante a intervenção recebam atendimento odontológico. Uma das dificuldades encontradas também foi a realização dos exames complementares, assunto o qual foi discutido com os gestores da secretaria de saúde do município para dar prioridade aos usuários com doenças crônicas para assim poder ter um melhor acompanhamento de nosso usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O projeto de intervenção foi realizado na ESF de Matadouro/Estação, no município Campo Maior, no estado de Piauí, o mesmo iniciou no mês de janeiro e foi concluído no mês maio de 2015. O principal objetivo deste projeto foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus em nossa área de abrangência, para poder cumprir com nosso objetivo a equipe fez um trabalho integrado.

Todas as atividades propostas foram realizadas segundo o planejado no cronograma, monitoramos os usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio do Programa de atenção à usuários com hipertensão e/ou diabetes da unidade de saúde.

As visitas domiciliares foram feitas no tempo estabelecido, as mesmas foram de muita ajuda para nossa intervenção, pois muitas pessoas com hipertensão e/ou diabetes são acamadas. Durante a intervenção cadastramos muitos usuários nas farmácias populares para que recebessem seus medicamentos de graça, muitos dos usuários não sabiam que podiam pegar os medicamentos na farmácia popular do município. Todas nossas atividades coletivas tiveram um bom desempenho e logramos a participação de muitos de nossos usuários.

Nesta intervenção também encontramos algumas dificuldades como a falta de medicamento na unidade de saúde para o tratamento da HAS e DM, a demora na marcação dos exames laboratoriais e também para as consultas com os especialistas, além a dificuldade para receber o atendimento odontológico pelo distante que fica a consulta odontológica da unidade de saúde e devido a isso a maioria da população alvo nunca recebeu atendimento odontológico.

As atividades coletivas sempre foram feitas no período estabelecido, às vezes não tínhamos boa participação dos usuários, mas foram feitas com a qualidade que requerem, em todas elas os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram orientados

sobre uma alimentação saudável, a importância de atividade física e como evitar hábitos tóxicos.

A coleta de dados feita durante os quatro meses de intervenção e foi muito importante para a consolidação da informação final da intervenção, logramos a maior veracidade dos dados informados, muitos deles encontravam-se desatualizados, ou, às vezes não coincidiam com os que estavam em os registros.

Depois de fazer um análises dos dados obtidos na Planilha de Coleta de Dados concluímos com os seguintes resultados:

Total de Atendimentos: 378

Usuários com HAS: 358

Usuários com DM: 90

Com exame clínico em dia: 274

Exames laboratoriais em dia: 216

Que precisavam tomar medicamentos: 377

Os medicamentos da farmácia popular: 353

Avaliados por odontologia: 126

Faltosos às consultas: 104

Registro adequado na ficha de acompanhamento: 378

Estratificação de risco cardiovascular por exame clínico: 274

Que tinham recebido orientação nutricional, sobre importância da prática de exercícios físicos, sobre riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal: 378

Nossa equipe, depois de concluir a intervenção, traçou algumas ações que serão continuadas a todos os usuários, com uma avaliação integral de quatro em quatro meses, a busca ativa na comunidade foi de muita ajuda na intervenção pelo que temos que continuar desenvolvendo-a, para assim ter os usuários com o cadastro em dia, planejamos as consultas odontológicas para que os usuários com hipertensão e/ou diabetes que não foram avaliados durante a intervenção recebam atendimento odontológico, uma das dificuldades encontradas também foi a realização dos exames complementares o qual foi discutido com os gestores da secretaria de saúde do município para dar prioridade aos usuários com doenças crônicas para assim poder ter um melhor acompanhamento de nosso usuários com doenças crônicas. Apesar de não ter 100% de cumprimento de nossos objetivos e metas traçadas durante a

intervenção, logramos melhor o atendimento e acompanhamento integral dos usuários com hipertensão e/ou diabetes assim como ter em dia os registros dos usuários.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Uma das principais dificuldades que tive para o desenvolvimento deste curso foi o idioma, sobretudo na hora da escrita, porque muitas palavras não conhecia o significado e para escrever era muito complicado, mas tudo foi melhorando graças ao apoio incondicional que sempre tive de minha orientadora Suele, graças a ela foi compreendendo melhor cada uma das atividades e desenvolvendo-as sem dificuldade, além que, às vezes, as tarefas tinham temas muito complicados, mas sempre tive sua ajuda a qual foi fundamental para que as tarefas tiveram a qualidade requerida.

O curso foi uma ferramenta muito importante para o desempenho de nosso trabalho no Brasil, com o projeto de intervenção conseguimos conhecer muito bem a nossa comunidade, assim como o funcionamento da equipe de saúde. Permitiu conhecer os princípios do SUS, os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil, a interação da gestão do município com a equipe, além de ter possibilitado uma maior integração de todos os profissionais da unidade de saúde, pois fizemos durante todo este período da intervenção um trabalho em conjunto, integrado, onde cada um de nós deu seu aporte da melhor maneira possível.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica n. 37.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Caderno de Atenção Básica n. 36.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

[https://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_Maior_\(Piauí\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_Maior_(Piauí))

Apêndices

Apêndice A – Registro fotográfico da intervenção



Figura 22 Fotografia da atualização dos registros dos usuários com hipertensão e diabetes (caderneta do adulto e idoso)



Figura 23 Fotografia da avaliação do IMC (Altura)



Figura 24 Fotografia do teste de glicose



Figura 25 Fotografia da avaliação do IMC (peso corporal)



Figura 26 Fotografia da palestra com a orientadora física aos usuários com hipertensão e diabetes.



Figura 27 Fotografia do preenchimento das fichas espelhos dos usuários com hipertensão e diabetes

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante