

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/ PI**

Geofrey Massó Bombalé

Pelotas, 2015

Geofrey Massó Bombalé

Melhoria da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/ 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.

Orientadora: Karen Christina Rodrigues dos Santos

Pelotas, 2015

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

B695m Bombalé, Geoffrey Massó

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/PI / Geoffrey Massó Bombalé; Karen Christina Rodrigues dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 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. Santos, Karen Christina Rodrigues dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, por estar sempre o meu lado incentivando-me a conquistar meus ideais, no especial minha mãe, a quem devo minha escolha profissional por seguir seu exemplo.

Agradecimentos

À minha orientadora Karen Christina Rodrigues dos Santos pela paciência, compreensão e apoio incondicional.

À minha equipe de saúde sem os quais não houvesse chegado a feliz termino este projeto.

À minha comunidade por ter colaborado na realização deste projeto.

Resumo

BOMBALÉ, Geoffrey M. **Melhoria da atenção aos usuários HAS e/ou DM na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/PI.** Ano 2015. 104f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, compõem um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, representa um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Tucuns dos Donatos no município de Pedro II/PI. Ocorreu num período de 12 semanas. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde e foram contempladas ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Utilizamos as fichas espelho fornecidas pelo curso e planilha de coleta de dados. Os indicadores mostraram que houve melhoria na atenção à saúde dos usuários e quase todas as metas foram alcançadas. A meta de cadastrar 70% dos usuários da área com HAS e DM neste programa não foi atingida pelo fato da distância das comunidades até a unidade de saúde, além de ter uma área muito grande geograficamente. A cobertura atingida para usuários com HAS durante os três meses foi a seguinte: no primeiro mês foram acompanhados 62 usuários (16,4%), no segundo mês avaliamos 173 (45,6%) usuários e no terceiro mês conseguimos chegar a um quantitativo de 229 usuários com HAS acompanhados, o que representou um percentual de 60,4%; a cobertura para usuários com DM comportou-se da seguinte maneira: no primeiro mês avaliamos 7 (7,4%) usuários, no seguinte mês foram acompanhados 31 (33%) usuários e no terceiro e último mês conseguimos avaliar integralmente 35 (37,2%) usuários. Durante o decorrer do primeiro mês foram avaliados 62 usuários, destes 58 tinham feito esta estratificação o que representou um percentual igual a 93,5%, no segundo mês tivemos uma grande melhoria no desenvolvimento deste indicador, pois a equipe teve um quantitativo de usuários avaliados igual a 173, desses 168 foram avaliados em relação à estratificação de risco cardiovascular (97,1%). No terceiro mês foram avaliados e acompanhados 229 usuários com HAS, os quais receberam estratificação de risco cardiovascular 224 para (97,8%). Em relação aos usuários diabéticos no primeiro mês todos tinham feita a estratificação, para um percentual de 100% da população alvo acompanhada e avaliada durante as consultas individuais. Durante a intervenção foram resgatados mediante busca ativa dos ACS usuários faltosos às consultas, sendo 68 com HAS e 11 DM. Graças a este projeto, foi melhorado o enfoque epidemiológico e investigativo da equipe no dia a dia da unidade. Permitiu que nossa equipe pudesse ficar mais próxima das comunidades, usuários e população em geral, este projeto de intervenção está inserido na rotina de serviço e no trabalho do dia a dia na unidade de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Localização do Município Pedro II estado Piauí.	09
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/PI.	55
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II /PI.	56
Figura 4	Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donato, Pedro II/PI.	58
Figura 5	Proporção de usuários com Diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donato, Pedro II/PI	59
Figura 6	Proporção de usuários com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro /PI.	60
Figura 7	Proporção de usuários com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro /PI.	61
Figura 8	Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro /PI.	62
Figura 9	Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	64
Figura 10	Proporção de usuários com HAS faltosos as consultas com busca ativa na UBS.	65
Figura 11	Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CEO	Centro de Especialização Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho Conclusão do Curso
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doença Crônica por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão	74
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	88
Referências	91
Apêndices.....	92
Anexos 97	

Apresentação

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção que teve como objetivo geral, melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) na UBS Tucuns dos Donatos, no município de Pedro II / PI.

O volume está organizado em sete unidades:

Unidade 1 - Análise Situacional: texto escrito na unidade 1 do curso, cujo qual foi abordado à situação do serviço de saúde, com a realização do diagnóstico situacional da UBS.

Unidade 2 - Análise Estratégica: teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, conforme os problemas detectados nas ações programáticas, permitindo a definição do foco de intervenção.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção: refere-se ao relatório de intervenção realizado, que contempla todas as ações previstas e desenvolvidas no período de 12 semanas, a coleta e sistematização dos dados.

Unidade 4 - Avaliação dos resultados da intervenção: apresentam-se os resultados da intervenção e discussão.

Unidade 5 – Relatório de intervenção para gestores.

Unidade 6 – Relatório de intervenção para a comunidade.

Unidade 7 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: abordando os principais aspectos sobre o processo de aprendizagem e reflexão sobre o curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou médica, trabalho na UBS Tucuns dos Donatos pertencente ao Município Pedro II, pertencente ao Estado Piauí, Região Nordeste, microrregião Campo Maior (Figura 1). Tem uma área geográfica de 1.518.233km² e tem 37.700 Habitantes. A cidade tem como principal produto de sua economia a extração de pedras semipreciosas, com destaque para as minas de opalas, que são as mais belas e puras encontradas em todo o solo brasileiro. Também se destaca um rico artesanato a base de fio de algodão, que dá origem a belas tapeçarias e redes.

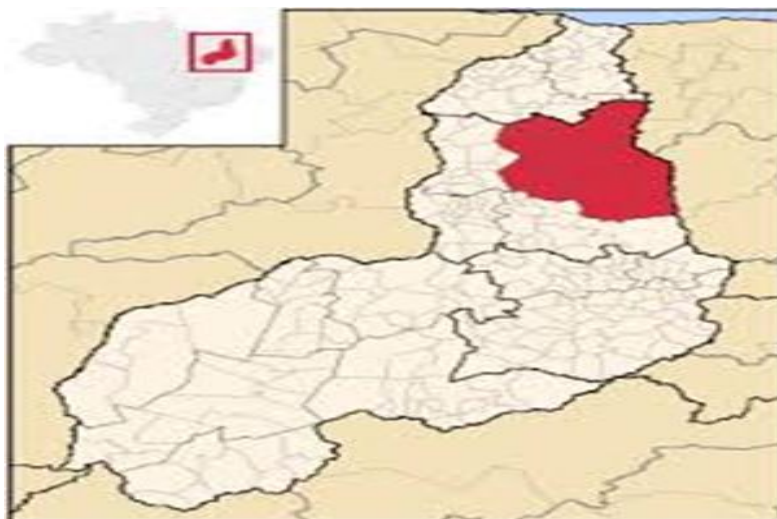


Figura 1. Localização do município de Pedro II. Estado Piauí.
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A minha chegada nesta unidade de saúde fiquei alegre e contente, pois a encontrei muito bem organizada e limpa, embora que não tivesse todo o equipamento que preciso para prestar atenção médica de qualidade. Gostei muito de ver a preocupação e bondade da equipe em manter uma boa imagem, limpeza e organização da unidade.

Nossa unidade possui uma equipe de saúde adequada para a quantidade da população que atendemos dentro da área de abrangência. Nossa população é de 2.493 usuários e 596 famílias. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira de população e com base na área de abrangência de nossa UBS. Temos dificuldade com o mobiliário médico, não contamos com balança para fazer puericultura, não contamos com Pinar, o Sonar para fazer pré-natal com qualidade, além do que não temos a equipe de saúde completa no nosso posto, como ausência de odontólogo.

Na minha chegada a esta unidade de saúde, percebi que os profissionais da equipe chegavam cedo à unidade e realizavam o acolhimento dos usuários na recepção minutos antes de iniciar as atividades, percebi uma boa relação entre eles. Toda a equipe realiza palestras em relação a diversos temas de educação em saúde, a recepcionista e a técnica de enfermagem organizam os prontuários e escutam as demandas, estas avaliam os riscos e vulnerabilidades sociais dos usuários estabelecendo prioridades. As consultas são agendadas, mas também atendemos as demandas espontâneas, nos horários de atendimento.

As gestantes, depois de terminada a consulta pré-natal, saem com a próxima consulta programada e agendada, além das consultas programadas, existem algumas gestantes que necessitam de atendimento prioritário, pois possuem problemas agudos, onde estas são atendidas com rapidez. Utiliza-se avaliação e classificação do risco gestacional, revisam-se semanalmente as gestantes faltosas, data provável de parto, gestantes com risco. Além disso, se realizam palestras com gestantes e puérperas para conversar sobre os riscos do tabagismo, álcool, drogas, anticoncepção pós-parto, os cuidados com o recém-nascido, promoção de aleitamento materno, saúde bucal na gravidez, importância da vacinação e alimentação saudável.

O atendimento pré-natal se realiza mediante o protocolo do MS, com ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Os profissionais de nossa unidade de saúde também fazem controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física e promoção da saúde bucal e mental.

As urgências também são priorizadas dependendo da gravidade e quando é preciso são encaminhadas ao hospital. Possuímos serviço de ambulância (SAMU) no município, para encaminhar e transladar os usuários que precisam de encaminhamento para receber atendimento no pronto socorro e na emergência do hospital em nosso município. Não temos farmácia na nossa unidade, embora haja muitos medicamentos para tratamentos ambulatoriais, mas não possuímos medicamentos básicos necessários para tratar e oferecer os primeiros auxílios a algumas doenças agudas consideradas emergências e urgências, que graças a Deus não aconteceu até agora, porque nosso posto está muito longe da cidade. Neste sentido, os usuários precisam ser encaminhados para o hospital, muitas destas doenças nossa equipe pode tratar e acompanhar sem dificuldade, assim evitamos que nosso hospital municipal fique lotado de usuários aguardando receber atendimento de urgência.

Encontrei dificuldade quando é necessário encaminhar usuários a outras especialidades das diferentes áreas que não possuímos aqui no município, estes atendimentos são encaminhados para a capital do Estado (Teresina), que não possui vagas e os mesmos passam meses nas filas de espera para receber atenção médica especializada.

Esta unidade de saúde está vinculada ao SUS onde são conveniadas as consultas especializadas e a realização de exames laboratoriais, de tecnologias avançadas (raios x, ultrassonografias). Os usuários possuem dificuldades em realizar os exames complementares e demoram muito para chegar os resultados. No setor privado é diferente, aonde os resultados dos exames chegam rapidamente. A maioria de nossos usuários não possuem acessibilidade e recursos financeiros para consultar ou fazer exames na rede privada, muitos deles trabalham nas roças, são lavradores e moram em condições de extrema pobreza. Estes possuem muitos filhos e condições socioeconômicas precárias, tudo isso provoca demora em fazer um bom diagnóstico de suas doenças.

A impressão que tenho sobre os profissionais que trabalham nesta unidade de saúde é a melhor, gostei de sua metodologia de trabalho, organização, limpeza e qualidade do atendimento aos doentes e não doentes, assim como a seus familiares, os quais acompanham os usuários quando precisam atendimento médico. Acho que vamos formar uma boa equipe de trabalho e tentaremos todos juntos trocar experiências de trabalho, com o objetivo de melhorar a saúde de nossa

população. Minha expectativa nesta nova unidade de saúde é fazer o maior esforço e ajudar esta equipe a manter as conquistas de trabalho alcançadas e melhorar a qualidade de vida de nossa população com amor carinho e atenção médica de qualidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nossa UBS que tem por nome Tucuns dos Donato está situada numa localidade que leva seu nome, na zona rural a 31 km da cidade Pedro II, estado do Piauí. Está composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 9 ACS, é considerada uma ESF(Apêndice A). Esta UBS encontra-se em reforma (Apêndice B), por enquanto estamos trabalhando em local adaptado (galpão) que tem apenas uma sala de consulta e uma sala de espera. (BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família /ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília : ministério da saúde, 2008.52 p.)

Sobre as condições deste salão adaptado, penso que não cumpre com os requisitos, porque não temos privacidade nem para fazer exame citopatológico nas usuárias, nem temos banheiro para fazer as necessidades fisiológicas. Pelas outras condições, eu penso que não cumpre com a ventilação, iluminação adequada e medidas sanitárias em relação a piso e paredes. Nós percebemos que não temos o mobiliário adequado para nossa UBS, bem como instrumental e equipamento em condições satisfatória de uso e que os mesmos têm a manutenção e calibração necessária caso necessário, mas não temos esfigmomanometro, o qual sofreu danos, mas já fizemos o pedido e estamos aguardando-nos os providencie pela secretaria de saúde. Por outro lado, o material do consumo médico é subministrado em quantidades suficientes para o mês.

Em relação aos medicamentos, não temos todo o estoque previsto na portaria como medicamentos alopáticos como fitofármacos, mas contamos com os principais medicamentos que utiliza nossa população, mas não temos em quantidade suficiente, isto já foi comunicado a secretaria de saúde e eles estão avaliando esta situação para resolvê-la na medida das possibilidades.

Em nossa UBS trabalhamos segunda e terças-feiras, na quarta-feira têm descentralização no restante dos pontos de atendimento aonde vamos mensalmente a cada um deles. Quintas-feiras realizam-se consultas no Centro de Saúde do

município para os usuários do interior. Este centro de saúde fornece as vacinas do esquema de vacinação vigente no Brasil e o restante das vacinas é fornecido de forma centralizada nos pontos de atendimentos (Apêndice C), até agora não tem reporte de falta de vacina o que possibilita aumentar o nível imunitário da comunidade.

Nossos ACS possuem suficientes materiais para a realização das atividades, e eles se deslocam de moto nos casos necessários.

Em nossa UBS somente se faz o exame citopatológico, os outros exames são feitos em 3 laboratórios, conveniados ao SUS e previstos para esse fim, mas tem muita demora na realização do mesmo, o que dificulta nosso trabalho.

Em nossa UBS realizamos pequenos procedimentos à população, bem como atendemos alguns casos de urgência/emergência, se caso necessário, guiados pelos protocolos existentes. Isso também é válido para outros tipos de encaminhamentos nas redes de saúde. Nossa equipe também realiza busca ativa de usuários faltosos, especialmente gestantes e menores de um ano. Além disso, fazemos visita domiciliar, sendo que temos um registro de moradores de nossa área de abrangência que precisa de nossa atenção médica no domicílio.

Atendemos uma população de 2.493 habitantes, sendo 1.324 do sexo masculino e 1.169 do sexo feminino, distribuídos em 596 famílias.

Quanto à distribuição da população por faixa etária em nossa área de abrangência temos:

- 1ano: 23
- 1-4 anos: 115
- 5-9 anos: 226
- 10-14 anos: 278
- 15-19 anos: 326
- 20-39 anos: 752
- 40-49 anos: 278
- 50-59 anos: 240
- 60 anos e, mas ++: 255.

Em nossa UBS, se coloca em prática o acolhimento por cada um dos integrantes da equipe, sempre que for necessário. Nosso atendimento por demanda espontânea não é excessivo. Procuramos por todos os meios possíveis, escutar e

resolver os problemas dos usuários, por ordem de prioridade e tendo presente sempre que nossa razão de ser é a satisfação e bem-estar dos usuários.

Nós avaliamos que nossa equipe participa do mapeamento e territorialização da área de abrangência, também na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, igualmente identificação dos grupos de hipertensos, diabéticos, etc. Nossas ações são baseadas em protocolos disponibilizados pelo MS e são registradas nos prontuários individuais, sendo que os mesmos são monitorados por nossa equipe para avaliar os usuários faltosos, bem como o desenvolvimento adequado das crianças nesta faixa etária.

Fazemos puericultura todas às segundas feiras para crianças de 0-72 meses. Temos um total de 38 crianças menores de 1 ano para uma cobertura de 100%. Planejamos ações de grupo como palestra as mães acerca de diferentes temáticas em relação ao desenvolvimento psicomotor adequado às crianças, em relação ao aleitamento materno, o cuidado bucal, entre outras. Com estas ações planejadas temos melhorados a atenção nesta faixa etária e elevamos o nível de conhecimento das mães com ajuda de toda nossa equipe.

Também em nossa ESF fazemos atendimento pré-natal todas as quartas-feiras pela manhã e nossas ações são regidas pelos protocolos do MS, bem como secretaria estadual. Nossas ações são registradas nos prontuários médicos, assim como nos cartões de gestantes e nossa equipe faz avaliações periódicas para conhecer as gestantes faltosas, avaliar o atendimento pré-natal, conhecer datas prováveis de parto, entre outras atividades. Atualmente temos 23 gestantes para uma cobertura de 60%, segundo caderno de ações programáticas.

Nossa equipe, toda quinta-feira, faz consulta no Centro de Saúde da cidade, nele tem funcionando o grupo de gestantes, onde toda a nossa equipe, em conjunto, faz palestras acerca da alimentação saudável, queixas mais frequentes durante este período, cuidado bucal, bem como estamos começando a estruturar o grupo de psicoprofilaxia, para que as gestantes cheguem ao parto melhor preparado.

As dificuldades que são apresentadas em relação ao atendimento das gestantes são principalmente com os exames complementares, onde não temos testes rápidos na unidade de saúde e os de rotina são coletados e realizados pelo SUS, em sua grande maioria e às vezes os mesmos demoram. A realização do ultrassom, o mesmo é realizado em nosso município, pois temos esse serviço. O

SUS agenda as consultas especializadas e a realização dos estudos radiológicos necessários.

Em relação ao atendimento do puerpério, nossa equipe apresenta dificuldades, pois os partos são realizados fora de nosso município e as usuárias demoram em voltar a nossa área, ficando nas casas de familiares perto do centro de pronto atendimento, já que moram muito distante de nosso posto e da cidade. A cobertura das consultas é de 54% (20) em relação aos cadernos das ações programáticas, dessas, 75% (15) das consultas foram realizados nos primeiros 42 dias no qual foi possível a realização do exame de mamas e abdômen; não sendo possível a realização do exame ginecológico, pois muitas usuárias se recusam e para outras, as consultas são feitas no domicílio. Nessas consultas as puérperas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, com relação ao aleitamento materno e planejamento familiar e todas as puérperas são orientadas.

Realizamos como rotina todas as segundas-feiras pela manhã exame citopatológico pelo enfermeiro, levando em conta os protocolos do Ministério da Saúde. Os dados coletados são anotados em uma ficha especial e no livro onde são colocados o nome e sobrenome da usuária, o resultado e a data em que a usuária teve acesso ao exame, bem como a assinatura da mesma. Mesmo assim pensamos que se pode melhorar o registro para conhecer realmente quantas são as mulheres que temos para realizar o exame no mês e no ano e, assim, planejar melhor as ações para que não fique nenhuma mulher com vida sexual ativa sem fazer o exame preventivo. Os valores de cobertura segundo caderno de ações programáticas do câncer do colo do útero é de 54% (324). São realizadas ações para prevenção deste câncer, para isso são realizadas atividades educativas, são tratados temas sobre infecções de transmissão sexual, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, importância da realização de exercícios físicos e o mais importante o exame citopatológico para detecção precoce do câncer de colo uterino, onde este é feito anualmente.

Também foi realizada vacinação nas meninas de 11 a 13 anos de idade para a prevenção do papiloma vírus humano. Seguimos o protocolo do MS (Cadernos de Atenção Básica, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Versão preliminar publicação em fase de normalização na editora do Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2009) para o controle adequado.

Fizemos o exame de mama em todas as mulheres acima de 30 anos que procuram a nossa consulta e estimulamos a fazerem o autoexame de mama nas suas casas, oferecendo o conhecimento necessário para praticar o mesmo. Foi realizada uma campanha de realização de mamografia para as mulheres de, mais de 45 anos e mulheres com fatores de risco. Os valores de cobertura segundo caderno de ações programáticas do câncer da mama é de 38% (72).

Em nossa UBS fazemos todas as terças-feiras o atendimento aos usuários com HAS e DM, onde oferecemos atendimento diferenciado aos usuários diabéticos e hipertensos, baseados nos protocolos do MS (2013) BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36. Brasília-DF, 2013.

Todas as ações são registradas no prontuário pessoal do usuário e nossas atividades são monitoradas mensalmente para conhecer usuários faltosos e a qualidade da atenção. Nossa equipe tentou formar o grupo de usuários hipertensos e diabéticos fornecendo conhecimentos acerca da alimentação saudável, prática de exercícios físicos, entre outros temas, estimulando as mudanças dos estilos de vida (BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: Acesso em: out. 2013.8.) O grupo no momento está muito difícil de reunir, devido à reforma na unidade, além do que muitos usuários residem distante da UBS. Segundo os cadernos das ações programáticas na área existem 500 pessoas com HAS, no entanto temos 160 (32%) em acompanhamento e das 146 com DM e estimadas pelos cadernos, 26 (18%) estão em acompanhamento. Ainda temos o registro insuficiente pelo fato de que estas doenças são assintomáticas e causam o diagnóstico tardio, mas temos que continuar trabalhando na pesquisa de casos novos e busca de usuários faltosos.

Em nossa UBS, trabalhamos no bem estar dos idosos, queremos formar o grupo das pessoas idosas, já contamos com a participação de um educador físico promovendo a prática de exercícios físicos, a realização de palestras acerca de estimulação da memória, isto para o melhor desenvolvimento dos idosos. O Programa de Saúde dos idosos não tem dias de atendimento específicos, pois muitos idosos pertencem a nosso programa de HAS e DM, eles são atendidos sempre que precisam, conforme a suas necessidades. Para os idosos que tem deficiência física e motora, acamados, que não podem deslocar-se ao centro de saúde realizamos visitas domiciliares (Apêndice D). No momento temos cadastrados

255 idosos e 94% de cobertura. A qualidade da atenção aos idosos é boa, desenvolvemos atividades para a saúde, como a prevenção e promoção através da vacina antigripal, além do trabalho dos ACS na captação de usuários para o acompanhamento e avaliação na unidade de saúde.

Uma das principais dificuldades que temos atualmente em nossa unidade é a grande solicitação para encaminhamentos e avaliação pelos especialistas das diferentes áreas. Muitas dessas doenças nossa equipe pode tratar e acompanhar sem dificuldade na unidade de saúde, mas com muito esforço explicamos para os usuários sobre nossos conhecimentos e capacidade. Estamos tentando fazer o melhor possível para resolver essas situações que sempre ocorrem dentro de nossa unidade de saúde. Outra dificuldade encontrada é que embora que estamos no local adaptado (galpão da comunidade onde não temos condições), temos ausência de alguns materiais básicos de trabalho como, por exemplo: sonar (aparelho para ouvir batimentos fetais), balança para crianças, oftalmoscópio, otoscópio e negatoscópios.

Além disso, existem situações particulares, onde os usuários não fazem os tratamentos e orientações realizadas pelo médico e demais profissionais da equipe de forma adequada, mas também acho que a equipe deve levar informações claras, compreensivas de acordo com o nível cultural de nossos usuários e usuários, pois muitos possuem baixo nível cultural e acadêmico. Para os usuários terem melhor entendimento das indicações e tratamentos médicos, as informações devem ser extensivas a seus familiares respeitando os limites éticos por parte da equipe de saúde. Neste projeto meu primeiro e principal objetivo é fazer mudanças nos hábitos, e costumes da população para nossa equipe tentar elevar o nível de vida e qualidade da saúde de nossa população o seja educação sanitária da população.

Em nossa cidade temos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por nutricionista, fisioterapeuta e assistente social os quais oferecem atenção especializada e de qualidade a nossa população. Temos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mas em nossa UBS não temos infraestrutura formada para esses atendimentos e os usuários que precisam deste serviço em sua maioria não assistem devido à distância da cidade e recursos econômicos. Quanto à saúde bucal podemos expor que os indicadores não estavam sendo medidos pela falta do profissional odontólogo fixo para esta UBS. A atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na UBS se desenvolve segundo os indicadores: Pré-

escolar 0-4 anos 18, escolares (5-14 anos) 2%, idosos (60 ou mais anos) 5% e gestantes 18%. Ainda é muito baixo segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde, mas esperamos que com o trabalho do dia a dia nossa equipe melhore os indicadores além de que vai melhorar mesmo ao terminar a reforma de nossa UBS e tenhamos infraestrutura.

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

No momento que comecei a trabalhar nesta nova unidade de saúde observei e gostei muito da união da equipe e de seu trabalho, todos eles possuem uma boa preparação profissional e são muitos engajados e competentes na realização e cumprimento de suas funções assistenciais, alcançando a satisfação dos usuários atendidos. Há um ano que venho trabalhando com eles, e posso dizer que o trabalho é muito bom e cumprem com as expectativas e nossos objetivos no programa Mais Médicos.

Quando voltei de férias para minha alegria e para o bom trabalho da equipe, nossa UBS encontrava-se em reforma, assim pensamos que poderíamos ter cada profissional seu local de trabalho, ter a equipe completa (Odontólogo e Nutricionista) e também todo o mobiliário pertinente para fazer o trabalho com qualidade, esperamos que isso ocorra.

Apesar das condições de trabalho no local onde estamos prestando assistência médica, a qualidade de vida dos usuários tem melhorado muito, graças à qualidade das consultas e atendimentos. Os usuários e a população em geral estão satisfeitos com nosso serviço e pelo atendimento oferecido.

Uma das principais dificuldades que temos na unidade está sendo resolvida corretamente, ou seja, a grande solicitação para encaminhamentos e avaliação pelos especialistas das diferentes áreas têm diminuído significativamente, os usuários acreditam mais em nossa preparação e qualidade profissional, porque no dia a dia acompanhamos sem dificuldade muitas dessas doenças na unidade de saúde, mas com muito esforço explicamos para todos eles sobre nossos conhecimentos e capacidade, assim eles estão mais confiantes e seguros com nosso serviço.

Ainda temos ausência de alguns materiais básicos de trabalho, mas já foram feitas as solicitações à secretaria de saúde municipal os quais vão ser disponibilizados ao terminar a reforma, onde eles estão tentando solucionar essa necessidade que possuímos e que às vezes afeta a qualidade do atendimento oferecido a nossa população.

Estamos tentando fazer o melhor possível para melhorar a qualidade de vida de nossa população, por isso é um sonho de todos nós médicos cubanos que estamos neste programa de melhorar a qualidade de vida num 100% da população brasileira, para que todos possam ter uma atenção e assistência médica de qualidade, chegando a todos por igual. Porque para nossa equipe, a primeira e mais importante tarefa é lutar sempre para oferecer assistência médica de qualidade a todas nossas comunidades no trabalho do dia na unidade de saúde.

Tenho certeza de que todos os profissionais desta unidade de saúde estão fazendo o maior esforço para oferecer atendimento de qualidade, vamos todos juntos lutar por uma melhor qualidade de vida para o povo.

No texto inicial foi feita uma avaliação mais simples da situação da UBS porque ainda não tinha conhecimento da situação real da UBS e do manejo dos protocolos do MS. O relacionamento com a equipe foi bom, mas estava no início e em relação à população só os conhecia de maneira geral. Agora durante o dia a dia do trabalho e com ajuda do caderno de ações programáticas para os diferentes grupos de atendimentos e referências bibliográficas fornecidas pelo curso, posso dirigir meu trabalho com ajuda da equipe de saúde para melhorar a qualidade de meu atendimento e a melhorar a qualidade de vida da população. Agora tenho conhecimento mais aprofundado da UBS, do trabalho da equipe, de cada usuário, família e comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e DM representam dois principais fatores de risco para mortalidade no mundo. A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Ao redor de 85% dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. A DM atinge grávidas e todas as faixas etárias sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (BRASIL, 2013). Estas doenças levam com frequência a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade, são muito comuns na população em geral e são uma das razões mais frequentes das consultas médicas. Com o desenvolvimento desta intervenção, pretende-se fornecer educação em saúde para os usuários, bem como informá-los sobre os riscos, complicações e tratamentos destas doenças, de modo a contribuir para a prevenção de complicações em sua saúde, família e, conseqüentemente, o tratamento médico. Em conseqüência, sendo estas doenças problemas de saúde pública mundial, é vital a implementação de um programa de educação para a promoção da saúde para usuários hipertensos e diabéticos com a finalidade de promover a participação ativa na prevenção de complicações e promover um estilo de vida saudável na comunidade.

No município de Pedro II Piauí, não há registros de antecedentes de trabalhos realizados neste tipo de doenças e há a necessidade crescente de elevar o nível de conhecimento da população e de um programa para melhorar o estado de saúde na atenção primária, pelo o qual a equipe de saúde é responsável para realizar nos centros de saúde familiar. Para tanto, é necessário o envolvimento de todos os

profissionais da saúde da UBS de Tucuns dos Donatos, os quais devem satisfazer as necessidades básicas dos usuários, ajudá-los a melhorar a percepção dos riscos destas doenças, realizar, assim, mudanças de condutas no estilo de vida dos mesmos, produzir transformações positivas a sua vida biopsicossocial, aumentar o trabalho de promoção, prevenção, manejo e acompanhamento destes grupos específicos da população. Atualmente temos 160 (32%) usuários com HAS cadastrados no programa e 26 (18%) com DM. Priorizou-se fazer o projeto de intervenção nesta ação prioritária, pois a população da unidade se caracteriza por possuir muitos fatores de risco que favorecem a mobilidade elevada destas doenças. A obesidade, inatividade física, abuso do álcool, o tabagismo, precários hábitos alimentares e a cultura alimentar de nossa população, situação econômica de pobreza extrema e precária educação em saúde, são fatores bastantes presentes nessa população. O abuso de álcool está fortemente associado com problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência e principalmente doenças crônicas como são a DM e a HAS. O tabagismo é o principal fator de risco modificável nesta população e responsável pela elevada incidência destas doenças. Eles não costumam incorporar em sua dieta as frutas e vegetais frescos, legumes e verduras, apresentam uma alimentação rica em gorduras, frituras, farinha de mandioca e carnes gordurosas de porcos e gados. Também não consomem peixes, consomem pele dos frangos e dos porcos, por isso os valores de colesterol e triglicérides deles sempre encontrassem elevados o que complica mais a evolução destas doenças crônicas.

A importância do acompanhamento dos usuários com HAS e DM deve-se à necessidade de impedir o surgimento de complicações decorrentes dessas patologias por meio de medidas simples, como mudança em hábitos alimentares, prática de atividades físicas e em outros casos, no uso de medicações. É possível evitar que pessoas ativas e em idade produtiva tenham uma vida sem impedimentos, tanto na área profissional, como em sua vida social, devido às sequelas produzidas por essas enfermidades. Ao considerar estes aspectos, bem como a falta de hábito dos usuários de ir ao médico as iniciativas de controle e prevenção já existentes, a criação de uma nova ferramenta se faz necessária para intervenção nessas doenças.

Espere-se, no final desse trabalho, apresentar mecanismos que garantam um maior acolhimento dos usuários à unidade de saúde e que, por meio destes, seja

possível estabelecer um vínculo maior dos profissionais que fazem o posto de saúde com os usuários atendidos e fazê-los compreender a importância do programa para a sua saúde e os agravos que estão expostos se não controlarem os fatores de risco. Espera-se diminuir, assim, as diferenças existentes entre o estado de conhecimento atual e o desejado em relação ao tema, aumentar a estabilidade da solução dos problemas, conseqüentemente, o aperfeiçoamento da atenção especializada, ao integrar os diferentes fatores comunitários e a família na prevenção e promoção em saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção ao Programa de HAS e/ou DM na UBS Tucuns dos Donato no município Pedro II / PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Tucuns dos Donatos, no município Pedro II /PI. Segundo estimativas do VIGITEL há 379 usuários com HAS e 94 com DM na faixa etária estabelecida pelo protocolo do MS (com 20 anos ou mais), os quais estão na área adstrita da nossa unidade e pertence à população alvo desta intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

No eixo de organização e gestão do serviço será organizado o projeto que está estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses (16 semanas) na equipe USF de Tucuns dos Donatos na cidade de Pedro II, no estado do Piauí. Estamos fazendo o cadastro de cada pessoa e família por parte da equipe de saúde para conhecer suas doenças, risco de cada uma das pessoas que moram em nossa área de abrangência e estamos fazendo a ficha familiar e individual, que fica na UBS.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários com HAS na área de abrangência no programa de Atenção à HAS e Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos usuários com DM na área de abrangência no programa de Atenção à HAS e DM da UBS serão realizadas as seguintes ações:

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de usuários com HAS e DM cadastrados no programa de Atenção a HAS e á DM da UBS.

As ações serão desenvolvidas através da organização dos relatórios e registros, de maneira que todos os profissionais tenham entendimento destes dados, da mesma forma. Serão organizados registros que permitam o monitoramento das consultas deste programa em dia ou em atraso, os procedimentos fora do período preconizado, e ainda monitorar os usuários que não realizam os acompanhamentos na UBS, aqueles com acompanhamento em atraso realizar a busca ativa. Todos os ACS realizarão um levantamento em suas micro áreas, identificando os usuários faltosos para encaminhar à UBS. Estabeleceremos a periodicidade da realização do monitoramento e avaliação dos dados (semanalmente) e o responsável pela ação será o enfermeiro da equipe.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos usuários com HAS e DM cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Em relação ao eixo da organização e gestão do serviço serão atualizados os cadastros de todos os usuários com HAS e DM da área adstrita. A equipe terá os dados necessários para o acompanhamento dos usuários e o preenchimento da ficha espelho. Após estes dados, será organizada a agenda de atendimento das visitas domiciliares para todos estes usuários. A equipe organizará a agenda para os atendimentos e consultas com o médico, odontólogo e nutricionista, de forma que facilite o acesso para estas consultas, estes atendimentos serão realizados na unidade de saúde. Os atendimentos realizados pela enfermagem serão realizados nas comunidades do interior, nas localidades onde os ACS atuam: Arara, São Braz, Lapa, Olho da Agua do Meio, Santana, Tucuns dos Pedro, Vale São Miguel, Tucuns dos Donatos (pontos de atendimentos). Todos os atendimentos seguirão o manual do MS. Usuários que procurarem a unidade básica de saúde com problemas agudos de saúde referentes a suspeita de HAS e DM terão prioridade no atendimento.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg.

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

Neste eixo a ação visa sensibilizar as famílias e comunidade para a importância deste atendimento para todos nossos usuários e suas famílias, para assim, conhecer tudo o que é referente à suas doenças e formas de controle, prevenção e cuidados gerais para evitar complicações e danos em alguns órgãos alvo. Através de palestras na igreja e galpão da comunidade informaremos a população da existência do programa de atenção à HAS e DM na unidade de saúde, desenvolvendo atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, para todas as pessoas da comunidade, individuais ou em grupo. O objetivo principal será orientá-los sobre a importância e a necessidade de realizar o tratamento corretamente, fazer mudanças nos hábitos e padrões de vida errados, ligados a fatores de risco que favorecem a aparição de HAS e DM. Orientar as comunidades sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. Os responsáveis pelas palestras serão o médico e o enfermeiro da equipe.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e DM de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior de 135/80mmhg

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Neste eixo o médico e o enfermeiro capacitaram todos os profissionais da equipe para o atendimento destes usuários de acordo com os protocolos do MS (Cadernos de Atenção Básica da Saúde, – N°36, 2013). Será realizada

sensibilização dos profissionais envolvidos neste atendimento, bem como, os demais integrantes da unidade básica de saúde, para conhecimento do serviço oferecido a esta população, e o fluxo de atendimento no serviço. O médico e o enfermeiro da equipe durante a capacitação oferecerão espaços de educação permanente para a equipe e qualificação da prática clínica, como: treinar os ACS para orientar HAS e DM quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Capacitar a equipe de acordo com os protocolos do MS, atendimento da demanda espontânea, treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos HAS e DM, como os prontuários clínicos, fichas gerais, cadernetas e capacitar os ACS para o cadastramento de usuários de toda nossa área de abrangência da unidade de saúde. Além de orientar os ACS e a técnica de enfermagem sobre a importância de registrar todos os atendimentos dos adultos com HAS e DM nos prontuário clínicos e fichas gerais.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos serão realizadas as seguintes ações.

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM

Será o médico o responsável desta ação neste eixo, realizando o exame clínico, contando com esfigmomanômetro, estetoscópio, balança e antropômetro. e glicômetro.

Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais nas reuniões mensais da equipe de saúde.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Estas ações foram realizadas na segunda semana de nossa intervenção na sala de reuniões da prefeitura.

Engajamento Público

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

Como falamos anteriormente aproveitaremos as palestras oferecidas na igreja e galpão da comunidade para que os usuários, as famílias e a comunidade tenham conhecimento desta doença.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

É o médico o responsável desta ação, capacitar a equipe de saúde sobre como fazer o exame clínico apropriado, para assim determinar riscos de cada usuário e atuar sobre os mesmos realizada quarta feira da segunda semana de nossa intervenção.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como o protocolo adotado na UBS e com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendadas, ações realizadas em todas as semanas da intervenção, avaliando os retrazos e a realização ao dia dos mesmos.

Organização e gestão do serviço

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

protocolo. Estabelecer sistemas de alertas para os exames complementares preconizados. Ações realizadas pelo enfermeiro.

Engajamento Público

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientação será realizada durante as palestras e no momento das consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares ação feita nas capacitações realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

Realizar controle de estoque (incluindo validade dos medicamentos), ação realizada mensalmente, e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, ação realizada diariamente pela assistente de enfermagem.

Engajamento Público

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso através das palestras oferecidas na população.

Qualificação da Prática Clínica

Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, ação realizada mensalmente nas reuniões da equipe de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Através do exame clínico realizado nas consultas de acompanhamento realizadas pela médica e o enfermeiro a cada usuário com HAS e DM.

Organização da Gestão e Serviço

Através da coordenação com o gestor para agendamento dos dias de atendimentos dos usuários da zona rural (terça e quarta feira).

Engajamento público

Orientação aos usuários sobre necessidade de atendimento odontológico, através das orientações médicas oferecidas em cada consulta e cada palestra da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Realização de capacitação à equipe de saúde para orientar aos usuários com HAS e DM sobre a necessidade de atendimento odontológico nessas doenças.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de usuários com HAS e DM ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% de usuários com HAS faltosos as consultas da unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% de usuários com DM faltosos as consultas da unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) ação realizada semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares ações realizadas pelos ACS.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, ações estas feitas nas palestras e reunião com os líderes da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade ação realizados na capacitação feita durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros dos usuários acompanhados na unidade de saúde, ação feita diariamente com cada usuário atendido em nossa UBS.

Organização e Gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Estas ações sempre foram avaliadas e monitoradas nas reuniões da equipe de saúde.

Engajamento Público

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário através das palestras oferecidas aos usuários nas consultas e à comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e DM e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, ações realizadas na capacitação durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano ação feita pelo médico e enfermeiro durante as consultas de acompanhamento.

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda ação realizada pelo médico e enfermeiro.

Engajamento Público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) através das palestras aos usuários durante os atendimentos e as oferecidas à comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, todas estas ações realizadas durante a capacitação nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e DM realizadas nas consultas de acompanhamento através das orientações médicas.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, ação feita através de realização de encontro de Alimentação Saudável, oferecendo no mesmo uma palestra feita pela nutricionista do NASF.

Engajamento Público

Orientar usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável através da realização de palestra no galpão da comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde ações feitas na capacitação durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e DM.

Metas 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários através da orientação para a realização de caminhadas.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Engajamento Público

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular através das orientações médicas e palestras oferecidas à comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde através da capacitação durante as duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários, ação realizada pelo médico e enfermeiro em cada consulta de acompanhamento.

Organização e Gestão do Serviço

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", medicamento o qual já está disponibilizado na secretaria de saúde (Nicotinell 14mg/24h adesivos transdermicos).

Engajamento Público

Orientar os usuários com HAS e DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Ação realizada nas consultas de acompanhamentos, como orientação médica.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde nas reuniões de capacitação da equipe de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS.

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

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

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com o dentista, ação realizada mensalmente em parceria com o médico, enfermeiro, odontólogo e técnica de odontologia.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário com HAS e DM. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, após coordenação do gestor para lograr atendimentos dias fixos (terça e quarta), os usuários da zona rural e com horário acessível a eles.

Engajamento Público

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista ação que vai ser possível ao terminar a reforma de nossa UBS que vai contar com esse serviço.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e DM.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1. - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2. - Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com DM é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.1. - Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.2- Proporção de usuários com DM com o exame clínico de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com DM da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3. - Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4. - Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia.

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

Denominador: Número total de usuários com DM da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5- Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

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

Denominador: Número de usuários com HAS da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6 - Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizadas

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

Denominador: Número de usuários com DM da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7- Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8- Proporção de com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1. - Proporção dos usuários com HAS faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2. Proporção dos usuários com DM faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. - Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. - Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1- Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.1- Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3. - Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4. - Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5. - Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6. - Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com HAS da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 - Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com DM da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização deste trabalho, sobre a intervenção na saúde dos usuários com HAS e DM nos apoiamos no Protocolo do MS relativo à atenção aos usuários com HAS e/ou DM, ano 2013, Normas e Manuais Técnicos os quais temos disponíveis nossa secretaria de saúde e nossa UBS para esclarecimento de dúvidas da equipe de saúde.

Para divulgar a intervenção da UBS para o controle da HAS e da DM estamos aproveitando o contato com a comunidade e/ou usuários seja em atendimentos, visita domiciliar, trabalho com os grupos já constituídos.

Já foi apresentado o projeto de intervenção ao gestor municipal e foi combinado a compra de um maior número de esfigmomanômetros para ajudar com o desenvolvimento de nosso projeto de intervenção.

Temos protocolos de atendimento, todos os usuários possuem prontuários, são registrados todos os atendimentos dos adultos com HAS e DM nos prontuários clínicos e fichas gerais existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos, o enfermeiro e os ACS possuem um livro para seu controle. Todas as terças-feiras de tarde são feitas as consultas de HIPERDIA, todos os ACS agendarão as consultas aos seus usuários uma vez ao mês, todos os usuários terão cadernetas. Todos os ACS realizarão um levantamento em sua micro área, identificando os usuários faltosos para encaminhar na UBS, todas as semanas os ACS e a enfermeira irão monitorar quantos exames são realizados e quantos faltarão por semana.

Mediante o rastreamento conhecemos a história pregressa da pessoa; realizamos o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); identificamos os fatores de risco para Diabetes Mellitus (DM); avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

Referente ao registro específico, nesta primeira fase o médico e o enfermeiro revisaram os prontuários para identificar quais são os usuários que

assistem periodicamente as consultas programadas e quais são faltosos, para ser transcrevido todas as informações no livro. Todas as informações serão preenchidas em forma de resumo no prontuário pessoal.

Para estas duas doenças (HAS e DM) se utilizará um livro onde se anotarão todos os dados necessários que permita posteriormente avaliar os indicadores, os resultados também serão anotados nos prontuários.

Uma vez coletada a informação será processada de modo computadorizado num notebook, utilizaremos a planilha de coleta de dados (ANEXO B) ofertada pelo curso para avaliação dos resultados.

Estamos trocando experiências e melhorando nossa preparação profissional e metodológica incluindo o enfermeiro, os ACS e a técnica de enfermagem sobre os seguintes temas:

- Atenção Básica e Saúde da família.
- Orientações nutricionais gerais e específicas relacionadas à alimentação, em especial nas situações de doenças crônicas como DM ,HAS , Obesidade e Hipercolesterolêmica.
- Protocolos de acolhimento e tratamento aos usuários hipertensos e diabéticos.
- Cuidados gerais e específicos com os portadores de HAS e DM.
- Diagnóstico e tratamento do alcoolismo; da obesidade; do sedentarismo e do tabagismo.
- Diagnostico tratamento e prevenção de HAS e DM na Atenção Primária de Saúde.

Apresentaremos a associação de moradores e os representantes da comunidade na área de abrangência o projeto de intervenção, esclarecendo a importância da realização do mesmo. Neste momento descreveremos os problemas críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização.

Será oferecida capacitação à comunidade nas escolas, na igreja e galpão da comunidade para que todos aqueles que queiram acessar e receber as informações com relação à importância de modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de usuários com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado.

Na UBS iremos aumentar as ações de saúde para fazer pesquisa ativa dos usuários com HAS e DM, organizaremos a agenda para aumentar os atendimentos dos usuários com fatores de risco e aumentaremos a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde, e assim aumentar satisfação dos usuários pelo atendimento programado. Porém temos que levar em conta o insuficiente conhecimento dos usuários sobre estas doenças: devemos lembrar que o grau de escolaridade de nossa população é muito baixo. Assim, o objetivo é aumentar o nível de conhecimento da população em relação à HAS e DM, o produto final é avaliar o maior número de usuários com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção. Fazer campanhas educativas na rádio local e aumentar a fabricação de panfletos educativos que falem de HAS e DM, para isso necessitamos diferentes recursos, principalmente financeiro para a elaboração dos panfletos educativos; os recursos necessários para levar a cabo estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde.

Algumas de nossas principais ferramentas de trabalho são:

- Realização de palestras à população sobre: Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de HAS e DM.
- Identificação dos fatores de risco destas doenças.
- Adoção de hábitos de vida saudáveis.
- Realização do controle glicêmico a todos nossos usuários diabéticos.
- Orientar e sugerir a nossos usuários a prática de atividades físicas atividades como caminhadas, dança ciclismo, natação e corrida, musculação, saltos, abdominais, flexões e agachamentos tendo em conta lugar de moradia exemplo (zona rural) e as capacidades de cada indivíduo.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Cadastramento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da área de abrangência.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Capacitação da equipe sobre HAS e DM	x	x														
Consultas e acompanhamentos aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Registro dos usuários acompanhados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Avaliação de risco cardiovascular	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Divulgação sobre a intervenção na comunidade	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Aferição de PA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Realização de Glicemia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Busca ativa aos usuários faltosos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Aplicação de questionário para os usuários participantes.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Monitoramento e avaliação				x				x				x				
Ações educativas (orientações sobre atividade física regular, alimentação saudável e tabagismo)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

3 Relatório da Intervenção

O presente projeto foi organizado para ser desenvolvido em 16 semanas de intervenção, no entanto foi realizado em 12 semanas por orientação da coordenação do curso, para que assim fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 5 ao calendário estabelecido pela universidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todos os membros da equipe desde o começo de nossa intervenção encontravam-se aptos para iniciar a mesma, assim como, cada um deles estava pronto para cumprir com todas suas atribuições com dedicação, amor, entrega participação ativa e responsabilidade. Assim, todos juntos encararam os desafios e contratempos que poderiam aparecer durante o desenvolvimento e o decorrer da intervenção. Acompanhamos e avaliamos um total de 238 usuários, deles 229 com HAS e 35 com DM, os quais foram avaliados clinicamente seguindo o protocolo do MS. Todos os usuários que assistiram a nossa UBS procurando atendimento (consulta, atividades educativas, procedimentos), com 18 anos ou mais receberam medição da pressão arterial, do peso corporal, da altura e da circunferência da cintura, além de ser calculado o IMC e registrado os dados nas fichas e prontuários individuais.

Também identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças e realizamos o melhor esforço para afastá-los dessas patologias, fizemos avaliação de possíveis lesões em órgãos alvo e pesquisa de possíveis complicações cardiovasculares, renais e ou cerebrais, além disso, todos os usuários foram monitorados e atualizados seus tratamentos médicos, farmacológicos e não farmacológicos, assim como, foram solicitados todos os exames complementares estabelecidos pelo protocolo do MS. Os usuários com HAS avaliados foram

examinados clinicamente e foi feita a estratificação de risco de Framingham, assim como, todos os usuários com DM também realizaram avaliação e exames dos pés, medições de glicemia capilar durante as consultas na UBS e durante as visitas domiciliares. A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada não em todos os usuários porque nossa UBS tinha dificuldade com esse serviço e já depois de falar com nosso gestor de saúde foi providenciado o médico e o dia certo para todos aqueles que precisavam deste atendimento. Muitos dos usuários já foram avaliados e atendidos pelo dentista, e os outros tiveram consultas agendadas para o próximo mês e até agora os usuários estão satisfeitos pela atenção.

Durante a avaliação encontramos indicadores com taxas altas como, por exemplo: proporção de usuários com HAS e DM com exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, este devido à minha chegada nessa UBS que ao princípio foi muito boa a assistência destes usuários que foram avaliados integralmente. Tivemos alguns usuários que se encontravam faltosos às consultas que foram resgatados pela busca ativa feita pela equipe de saúde, principalmente pelos ACS. Alguns usuários tinham desatualizado sua ficha de acompanhamento, onde se realizou o cadastro pela auxiliar de enfermagem, supervisionado pelo enfermeiro e pelo médico assim como também durante a busca ativa apareceram casos novos de HAS e DM. Por fim, todos os usuários atendidos possuem atualizadas suas correspondentes fichas de acompanhamento.

Também identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças e realizamos atividades de educação em saúde (palestras) nas comunidades e na própria UBS, com a finalidade de expor a todos a importância dos acompanhamentos médicos na UBS, sobre o projeto de intervenção, sobre estas doenças, controle, tratamento, prevenção e educação sanitária, além de serem realizadas ações de sensibilização dos usuários e familiares para conscientização da importância dos atendimentos e das consultas aos usuários com HAS e DM. Todos os usuários receberam de forma individual durante suas consultas atividades educativas sobre a importância de fazer atividade física, sobre alimentação saudável, os riscos do tabagismo e a importância de ter uma boa higiene bucal. Foram orientados também a importância de ter uma vida saudável e como modificar os padrões e costumes errados que garantem o surgimento de fatores de risco que estão relacionados a estas doenças.

Uma dificuldade significativa que ocorreu no início da intervenção foi relativa à realização e coleta de exames laboratoriais e o Eletrocardiograma, pois este último o nosso município não conta pelo SUS somente tem no setor privado e na capital Teresinha e no município Piripiri com prévio agendamento, o resto dos exames são feitos em nosso município. Somente para os usuários é problema pelo fato de deslocar-se até a cidade porque todos moram na zona rural e nem todos estão com condições econômicas para realizar as viagens além que muitos deles são usuários idosos que pela sua condição é muito difícil deslocarem-se. Graças ao trabalho dos agentes de saúde, as atividades de educação de saúde (palestra) que os usuários entenderam a importância da realização dos exames complementares e fizeram o esforço para isso e assim foi feita uma melhor avaliação dos mesmos. Percebemos a grande quantidade de usuários faltosos às consultas durante as visitas domiciliares, perguntamos por que não compareciam com periodicidade em nossa UBS para receber seu correspondente atendimento, então responderam que a distância da UBS de suas casas é muito grande, assunto que esta nas mãos do gestor para ter solução mais ainda não tem resposta.

Foi muito estimulante o interesse mostrado desde o início pelos profissionais da equipe em trabalhar e desenvolver este projeto, sem esta ajuda seria impossível obter estes resultados, além do apoio incondicional e permanente da gestão do município, pois eles sempre ficaram perto de nós e estiveram prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho.

Durante o desenvolvimento de nossa intervenção foram oferecidas palestras e atividades educativas a população com ajuda da equipe, todos os participantes ficaram satisfeitos com estas atividades e os resultados positivos foram percebidos imediatamente. Este trabalho ajudou a grande maioria dos usuários deste programa que estiveram ausentes e faltosos às consultas durante vários anos e meses, estes vieram espontaneamente às consultas sem a necessidade de serem resgatados pelos ACS durante as buscas ativas. Durante o desenvolvimento destas palestras e reuniões realizadas para a comunidade os usuários entenderam a importância da intervenção e das ações e medidas a serem tomadas na prevenção de doenças e a importância da promoção de saúde. A equipe se reúne todas as quintas-feiras depois dos atendimentos para analisar o funcionamento da equipe, entregar a produção da semana e o desenvolvimento do trabalho da UBS no dia a

dia, assim como, para discutir o cronograma de trabalho do mês e repassar para todos os membros da equipe, além de monitorar e avaliar o desenvolvimento e o andamento de nossa intervenção. Foram traçadas e planejadas ações para resgatar todos aqueles faltosos às consultas e visitar em suas próprias casas aqueles cadeirantes, acamados e idosos que não podem deslocar-se até nossa UBS para receber os atendimentos médicos e avaliação. Muitas vezes parabeneizei aos ACS da equipe, pois eles foram grandes aliados na captação de usuários faltosos e de novos casos que apareciam durante o trabalho do dia a dia e seu encaminhamento a UBS para a avaliação e muito, mas por trabalhar numa zona rural e as vezes de difícil acesso.

Tentamos formar um grupo de hipertensos e diabéticos integrados pelos usuários deste programa e alguns de seus familiares e líderes comunitários, mas não deu certo. Os resultados até agora atingidos foram graças à equipe que sempre esteve muito animada, olhando para frente e na melhora da qualidade dos atendimentos aos usuários em geral, e especificamente aos usuários do programa de atenção à saúde com HAS e DM. Também é bom ressaltar que durante o decorrer de nossa intervenção tivemos muitos feriados e dias facultativos nos meses de janeiro e fevereiro, além das intensas chuvas que atingiram a cidade e a campanha de vacinação, estes elementos atrapalharam nossos serviços durante esses dias e foi impossível desenvolver todas as ações e atividades previstas nessas datas. Depois desses dias de feriados foram reestabelecidas todas as ações, o cronograma do projeto foi alterado para poder cumprir com todas as ações planejadas e estabelecidas na intervenção. Temos disponibilizado um veículo para o deslocamento da equipe até a moradia de nossos usuários acamados, cadeirantes, deficientes físicos por doenças como AVC com sequelas, amputação de membros e outras que não podem deslocar-se até nossa UBS, além daqueles faltosos que resistem em visitar nossa UBS para receber atendimento médico e de enfermagem.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante o decorrer de nosso projeto de intervenção nem todas as ações propostas foram desenvolvidas total e integralmente, pelo fato de que a intervenção somente durou 12 semanas e não 16 como previsto no projeto, além das dificuldades encontradas em relação às chuvas. Os objetivos e metas propostas estiveram perto de serem atingidos e alcançados, a equipe não conseguiu buscar

100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, além de não realizar exame clínico em 100% dos usuários com HAS e DM . Chegamos perto de garantir a 100% dos usuários com HAS e DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Não conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS e DM de nossa área de abrangência, mas como estas ações já foram incorporadas à rotina de trabalho da equipe na UBS posso garantir que no dia a dia de nosso trabalho vamos lutar para conseguir atingir todas as metas e com certeza estas ações serão desenvolvidas em 100% para os usuários de nossa área de abrangência.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente à coleta e sistematização dos dados, tivemos algumas dificuldades e erros na hora de digitar e preencher as planilhas. Todas as ações foram desenvolvidas e todos os usuários receberam os benefícios e ações previstas pelo projeto, além disto, foram calculados os indicadores os quais ficaram em concordância com o trabalho desenvolvido até a 12ª semanas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa UBS tem cadastrados 160 usuários com HAS e 30 usuários com DM, mas a estimativa no território de acordo com as informações do VIGITEL é de 379 usuários com HAS e 94 usuários com DM. A meta para este projeto foi de garantir cobertura de 70% e de qualidade dos serviços em 100%. Foi realizado o cadastramento de 229 usuários com HAS e 35 usuários com DM durante estas 12 semanas de intervenção.

Foram incorporadas ações previstas no projeto à rotina do serviço da unidade, utilizando as fichas espelho (Anexo A) disponibilizadas pelo curso, realizando capacitação para os profissionais da UBS de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, visitas domiciliares e atendimentos clínicos. O cadastramento dos usuários foi realizado de acordo com o cadastro de todos os ACS, durante as consultas clínicas e visitas domiciliares. A proposta para o ano 2015 é ampliar e fortalecer ainda mais a intervenção realizada com apoio de todos,

alcançando e atingindo as metas propostas e utilizando a mesma metodologia em outras ações programáticas.

Esta intervenção decorreu pelo caminho certo e conseguimos desenvolver nosso trabalho de forma planejada, organizada para não atrapalhar as consultas agendadas, o cronograma de trabalho da equipe, os atendimentos de demanda livre e as emergências e urgências que ocorreram em nossa UBS. Temos protocolo de atendimento e as principais ações desenvolvidas em nossa UBS foram: diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, sedentarismo e do tabagismo. São registrados os atendimentos destes usuários no prontuário clínico e ficha geral, existe arquivo específico para os registros dos atendimentos, este é revisado periodicamente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado e identificar adultos com fatores de risco.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu na UBS Tucuns dos Donatos no município Pedro II/ Piauí de forma consecutiva em 12 semanas, iniciada o dia 16 de Março até o dia 28 de Maio de 2015, devido às orientações da coordenação do curso, a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas. Segundo estimativas do VIGITEL há 379 usuários HAS e 94 DM na faixa etária estabelecida pelo protocolo do MS (com 20 anos ou mais) no Programa de Atenção à Saúde à usuários com HAS e/ou DM, os quais estão na área adstrita da nossa unidade e pertencem a população alvo desta intervenção.

Mediante a finalização da intervenção foi possível apresentar os resultados alcançados através do trabalho desenvolvido em três meses, onde cadastramos no total 229 HAS e 35 DM. Nosso trabalho teve como uma das finalidades oferecer atendimentos de acompanhamento aos usuários HAS e/ou DM residentes na área de atuação da equipe. Tivemos como objetivo melhorar acolhimento para estes usuários portadores de HAS e DM, assim como, qualificar a atenção e assistência à saúde dos mesmos. A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de cobertura e qualidade que foram utilizados para monitorar o serviço.

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador1. 1: Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na unidade de saúde.

A intervenção teve como objetivo reorganizar a atenção aos usuários, visando a melhoria e ampliação das ações aos usuários com HAS e/ou DM. Segundo VIGITEL (2011) a estimativa de usuários com 20 anos ou mais com HAS é de 379, de acordo com uma população total de 2.493 pessoas. Durante o decorrer da intervenção no primeiro mês foram avaliados 62 usuários 16,4%, no segundo mês avaliamos mais 173 HAS (45,6%) e no terceiro mês conseguimos chegar a um quantitativo de 229 usuários com HAS avaliados, o que representou ao final da intervenção um percentual de cobertura na área adstrita igual a 60,4%, ou seja, estes 229 usuários foram efetivamente os que participaram da intervenção (Figura 2). Não foi possível atingir a meta proposta pelo fato de que a intervenção foi planejada para ter duração de 16 semanas, acho que se o decorrer da intervenção fosse de 16 semanas a equipe teria a oportunidade de fazer um grande esforço e atingir a meta proposta, pois nosso trabalho nestas últimas semanas esteve focado na captação de novos usuários com HAS e DM.

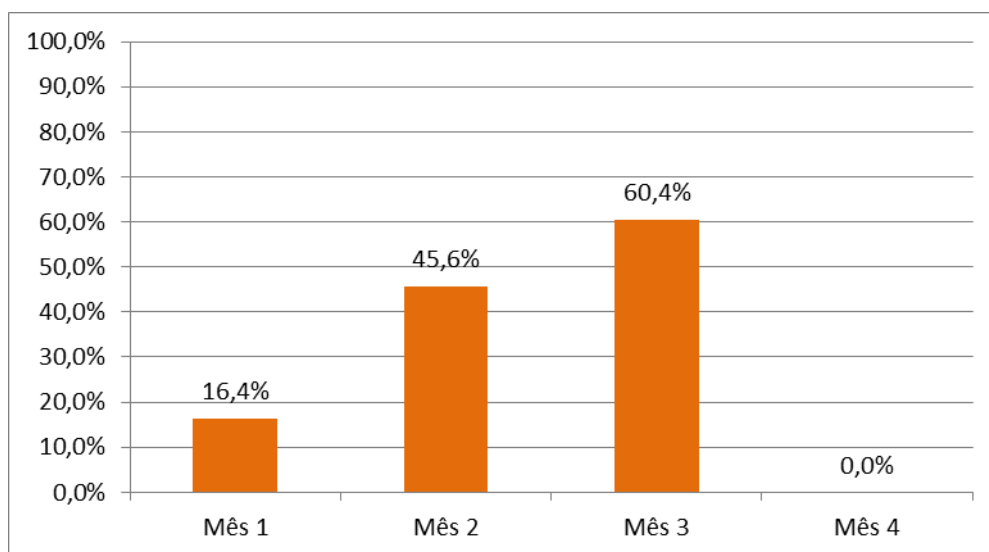


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

OBJETIVO 1 Ampliar a cobertura da atenção aos diabéticos

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na unidade de saúde.

Em relação à melhoria e ampliação na atenção aos usuários com DM de nossa área de abrangência, posso expor que na área adstrita a nossa USF, a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com DM é de 94 usuários, de acordo com uma população total de 2.493 pessoas. Durante o desenvolvimento de nosso projeto de intervenção no primeiro mês avaliamos 7 usuários com DM (7,4%), no seguinte mês foram acompanhados e avaliados 31 (33%) pessoas e no terceiro e último mês conseguimos avaliar integralmente 35 (37,2%). Estes 35 usuários com DM foram efetivamente os que participaram da intervenção (Figura 3).

A meta proposta não foi alcançada, pois planejamos cadastrar e avaliar 70% dos usuários com DM da área de abrangência durante 16 semanas (foi a duração prevista no início da intervenção), mas no decorrer da mesma houve mudanças em relação ao tempo para seu desenvolvimento. Um ponto que também afetou a captação de novos usuários foi o fato de nossa UBS ter uma área adstrita grande, com 39 áreas rurais bem afastadas da unidade de saúde. Muitos usuários destas áreas rurais afastadas se recusaram a vir a UBS para receber seus acompanhamentos, por isso tivemos alguns usuários faltosos às consultas, segundo eles pelo fato da longa distância que existe de suas casas até a unidade de saúde.

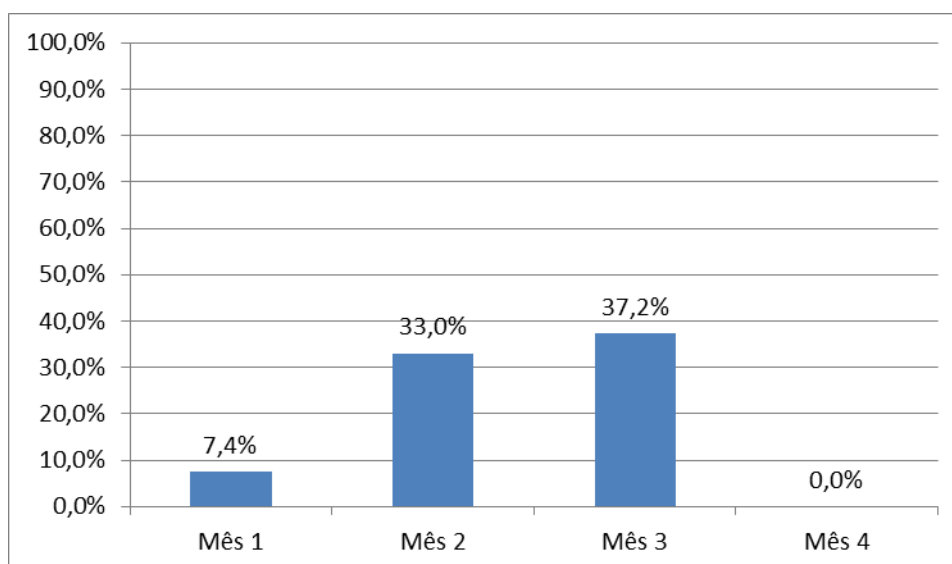


Figura 3 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

Reorganizar a atenção à saúde dos usuários HAS e DM deste programa foi sempre nosso principal objetivo e a meta planejada a atingir. Ao início da intervenção a proporção de usuários HAS e/ou DM, que tinham feito cadastro,

avaliação clínica e exames complementares em dia, foram muitos baixos. A equipe tinha um número reduzido destes usuários cadastrados cumprindo com os protocolos que estabelece o Ministério da Saúde para os usuários deste programa. Assim, com o decorrer de nossa intervenção estes indicadores foram mudados e melhorados quantitativa e qualitativamente, além de ser também melhorada em grande maioria a adesão dos usuários ao programa, assim como, foi possível melhorar a qualidade da atenção.

Comparando os resultados percebemos que desde o início da intervenção até o final da mesma obtivemos um aumento na cobertura, mas que mesmo assim não foi possível chegar à meta de cobertura proposta. O monitoramento e avaliação da cobertura, a busca ativa dos faltosos, o cadastramento dos usuários, e a organização e gestão do serviço (na qual a agenda foi programada para receber a demanda espontânea e programática), juntamente com o acolhimento foram ações constantes na USF, que contribuíram na obtenção da qualificação dos serviços.

A qualificação da prática clínica contribuiu para que todos os profissionais da USF tivessem uma conduta e manejo de acordo com os protocolos vigentes para este programa.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS.

Meta 2.1: realizar exame clínico apropriado em 100% usuários com HAS.

Indicador 2.1: proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo preconizado pelo programa, posso afirmar que a intervenção avaliou no primeiro mês 62 HAS, 60 deles tinham exame clínico em dia o que representou um percentual de 96,8% da população alvo avaliada neste mês. No segundo mês conseguimos cadastrar 173 usuários e até esse momento tínhamos um quantitativo de 165 usuários com exame clínico atualizado de acordo com o protocolo, equivalente a 95,4%. No último mês foram avaliados e atualizados 229 usuários para um 100%, estavam com exame clínico em dia (Figura 4).

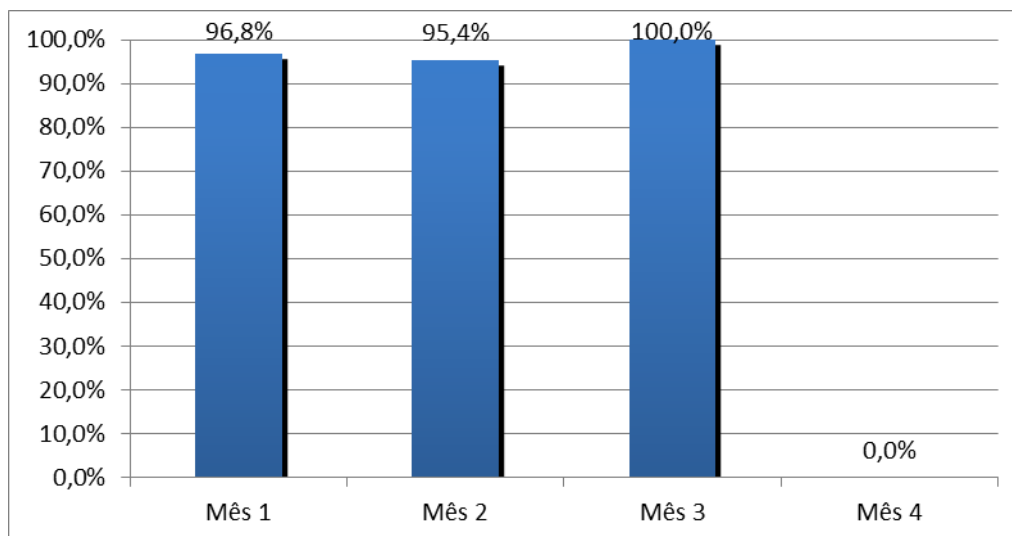


Figura - 4 Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

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

Indicador 2.2: proporção de usuários com DM com exame clínico de acordo com o protocolo.

No decorrer destes 3 meses de intervenção, não conseguimos atingir nossa meta em relação a proporção de usuários com DM com exame clínico de acordo com o estabelecido pelo protocolo do programa. No primeiro mês conseguimos avaliar 7 usuários com DM, deles os 7 tinham avaliação clínica em dia o que representou um percentual de 100%, no decorrer de nossa intervenção já no segundo mês esta cifra aumentou para 31 usuários acompanhados e avaliados, no entanto 30 tinham atualizado o exame clínico chegando a 96,8%. No terceiro e último mês da intervenção e graças a nosso esforço a equipe conseguiu avaliar e totalizar 35 usuários, os quais tiveram atualizados o exame clínico como estabelece o programa, apresentando 100% (Figura 5).

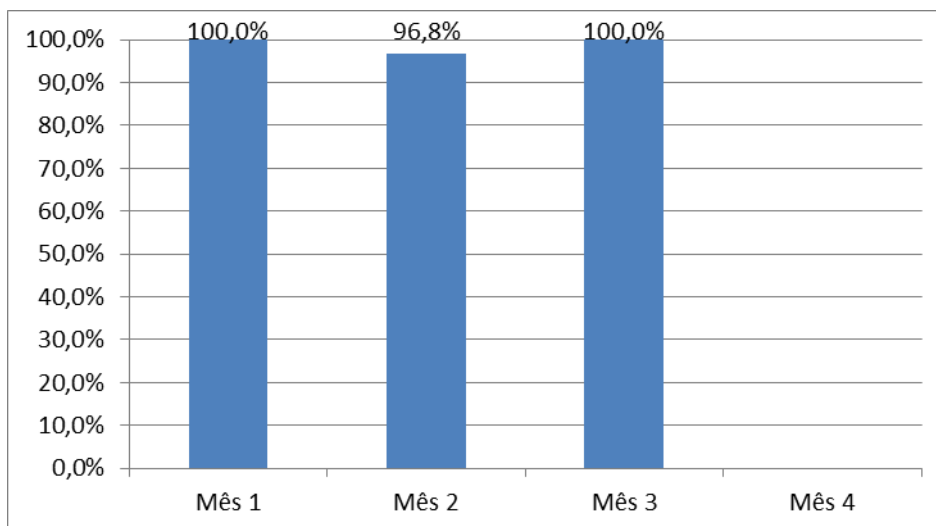


Figura 5 - Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donato Pedro II/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Ao começo de nossa intervenção muitos destes usuários no momento dos acompanhamentos tinham em dia o exame clínico de acordo com o protocolo que estabelece o programa, devido à grande demanda de atendimento que teve ao início de minha chegada. Começamos a atualizar os poucos usuários desatualizados durante nosso dia a dia, este indicador foi mudado e melhorado tanto para os usuários com HAS como para aqueles com DM. O trabalho desenvolvido exigiu um sacrifício maior, mas como a equipe estava envolvida no decorrer e desenvolvimento deste projeto tudo funcionou perfeitamente e conseguimos atualizar todos eles nos três meses. Agora estamos em condições de expor que o total de HAS e DM acompanhados na intervenção estão atualizados em relação ao exame clínico. A ação que mais nos auxiliou na obtenção destes resultados foi o constante trabalho em equipe, organizado, planejado e engajado, assim como, o cadastro de todos estes usuários.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS.

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

Indicador 2.3: proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo a intervenção acompanhou, avaliou e solicitou exames

complementares a 62 usuários com HAS no primeiro mês, destes 39 tinham exames em dia (62,9%), no segundo mês foram avaliados um total 173 usuários e tínhamos até essa data 96 deles com exames complementares atualizados de acordo com protocolo, o equivalente a 55,5%. No terceiro mês foram avaliados e atualizados 229 usuários, onde 122 (53,3%) usuários estavam com exames complementares em dia (Figura 6).

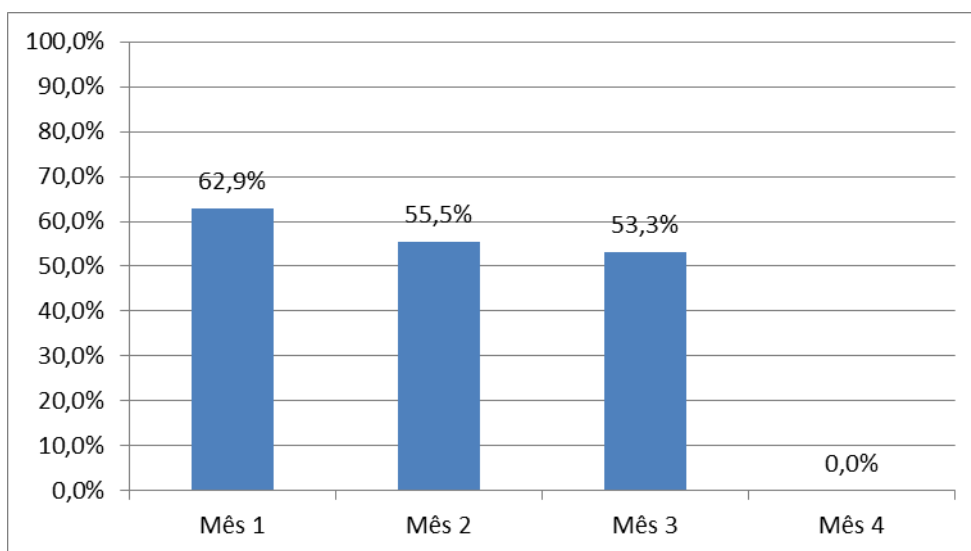


Figura 6 - Proporção de usuários com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donato Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com DM.

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

Indicador 2.4: proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante o primeiro mês de intervenção a proporção de DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 7 usuários, destes 6 tinham avaliação complementar em dia de acordo com o protocolo, o que representou 85,7%, já no segundo mês o percentual aumentou de maneira positiva para o cadastro não tanto assim para os que tinham que ter feito os exames complementares. Dos 31 usuários acompanhados e avaliados, somente 21 tinham atualizado em dia o exame clínico (67,7%) o seja 10 não estavam desatualizados. No último mês a equipe conseguiu avaliar e acompanhar 35 e só 24 tinham exames complementares ao dia para 68,6% (Figura 7).

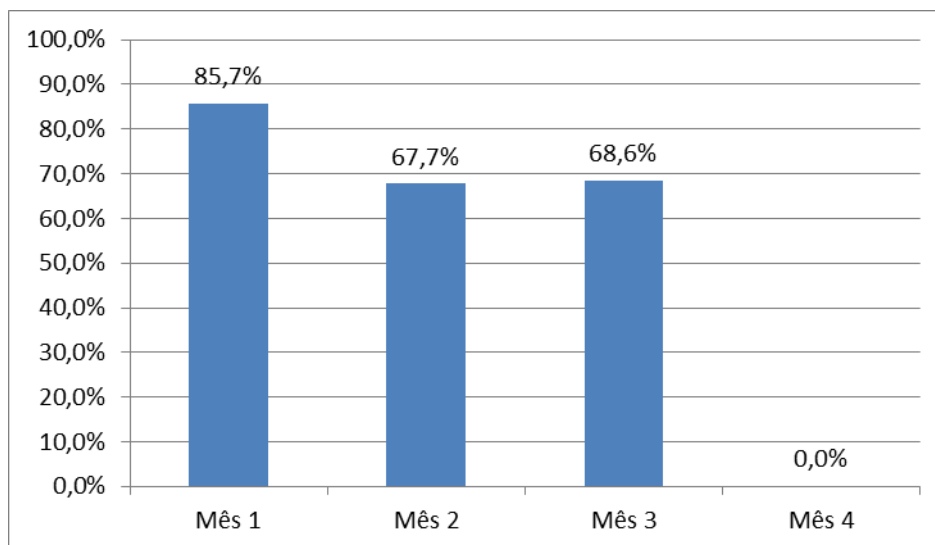


Figura 7 Proporção de usuários com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Tucuns dos Donato Pedro II/PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

No decorrer de nossa intervenção todos aqueles usuários com HAS e DM avaliados que não tinham em dia todos os exames complementares preconizados pelo protocolo do Ministério da Saúde, foram solicitados, mas tivemos problemas, situações que dificultaram a realização, como: à baixa situação econômica, longa distância dos assentamentos até a cidade, pouco ou nenhum transporte para deslocar-se até a cidade, além da idade avançada de muitos usuários. Isso permitiu que a equipe os avaliasse de forma integral. As ações que mais auxiliaram na obtenção destes resultados foram às atividades de educação em saúde, os encontros com líderes comunitários e comunidade, as palestras oferecidas dentro da ESF e dentro das mesmas comunidades, as quais ajudaram na conscientização destes usuários e permitiram sua participação ativa na coleta de amostras para a realização destes exames. As visitas domiciliares e o resgate de todos aqueles usuários faltosos as consultas também foram extremamente importantes para o sucesso dessa ação.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS.

Meta 2. 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Analisando e avaliando este indicador podemos expor que no primeiro mês da intervenção foram avaliadas 62 pessoas com HAS, 61 destes tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que representou um percentual de 98,4%; já no segundo mês o indicador teve uma melhoria quantitativa, sendo cadastrados 173 usuários com HAS, destes 171 (98,8%) tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No terceiro mês a equipe conseguiu avaliar e totalizar 229 usuários HAS, dos quais 227(99,1%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (Figura 8).

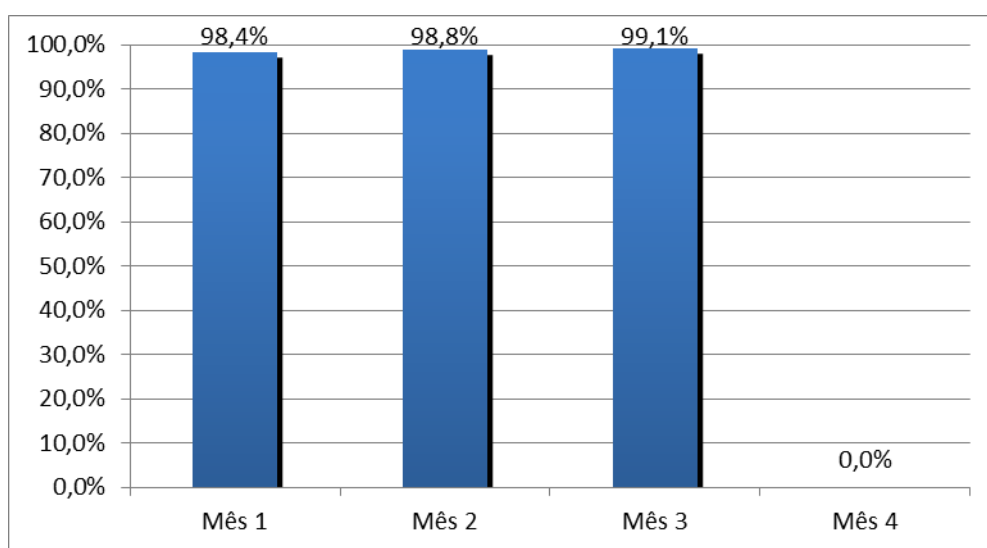


Figura - 8 Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II /PI. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com DM.

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

Indicador 2.6: proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação a nossa população alvo avaliada com DM posso expor que este indicador se comportou diferente em relação aos usuários com HAS, pois durante o decorrer do primeiro mês foram avaliados 7 DM, deles os 7 (100%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no segundo mês avaliamos um número maior de DM, o equivalente a 31 usuários com DM todos (100%) receberam prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

priorizada. Ao chegar no terceiro e último mês da intervenção a equipe conseguiu avaliar um total de 35 usuários com DM, sendo que todos (100%) receberam prescrição de seus medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Analisando a importância que tem para todos os usuários com HAS e DM a adesão ao tratamento farmacológico, a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada é muito importante e necessária para todos eles, já que seus ingressos econômicos são baixos e a renda familiar é insuficiente na grande maioria deles. Por este motivo é conveniente que possam servir-se destes medicamentos para ter um tratamento completo e adequado de suas doenças, mas em todos os casos não é assim, pois muito poucos deles têm prescritos medicamentos que não existem nestas farmácias e por tanto precisam procurá-los nas farmácias privadas da capital do estado (Teresina), por tudo isto é que temos uma porcentagem muito baixa de usuários que não recebem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. A ação que mais nos auxiliou na obtenção destes resultados foi o cadastro, acompanhamento e avaliação integral durante os atendimentos individuais realizados.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS.

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

Indicador 2.7: proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante nossa intervenção realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com HAS nas consultas de acompanhamentos individuais, a equipe conseguiu avaliar todos eles em relação a esta necessidade e encaminhá-los ao dentista da equipe de forma planejada e organizada. Ao início da intervenção não foram realizadas essas avaliações porque nossa USF, por estar em reforma, ainda não contava com a disposição do serviço. Logo todos os usuários foram avaliados com qualidade requerida e estabelecida pelos protocolos do programa. No primeiro mês acompanhamos 62 usuários com HAS e os mesmos não foram avaliados pelo dentista da equipe o que representou um percentual igual a 0%, no seguinte mês este percentual aumentou e a equipe conseguiu cadastrar 173 (54,3%) usuários com HAS, no final do terceiro mês acompanhamos 150 (65,5%) usuários com HAS, onde todos (usuários cadastrados)

foram avaliados integralmente pelo dentista e sua equipe. Este indicador teve problemas durante o primeiro mês da intervenção, já depois, fomos ascendendo para cumprir a avaliação da necessidade de atendimento odontológico da população alvo acompanhada (Figura 09).

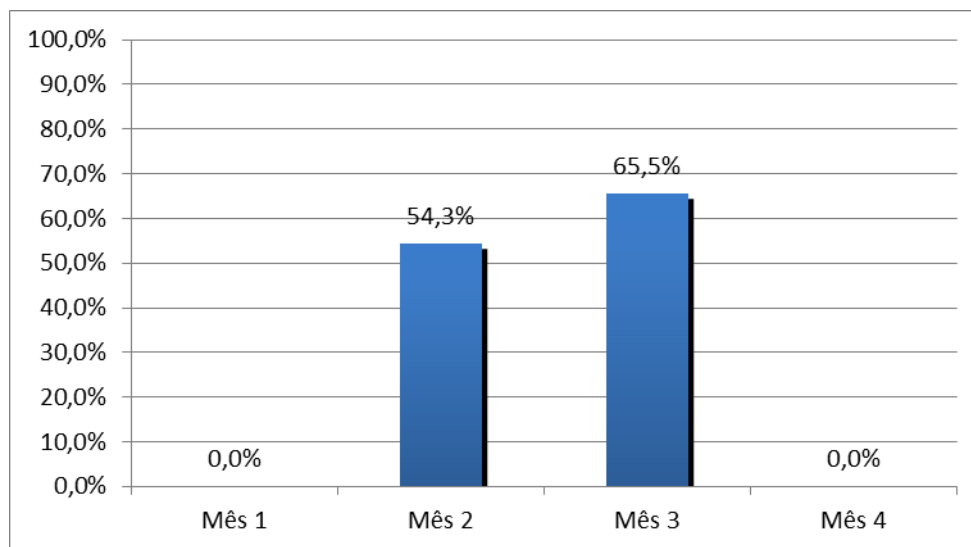


Figura 09 Proporção de usuários HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II /PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com DM.

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

Indicador 2.8: proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação à proporção de usuários com DM e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico posso afirmar que este indicador comportou-se de forma semelhante ao referente aos HAS, pois no primeiro mês da intervenção acompanhamos e avaliamos 7 usuários, os quais não foram avaliados nesse primeiro mês para esse indicador. No segundo mês aumentou o número de DM avaliados (31) e 22 foram tiveram a necessidade de atendimento odontológico avaliada (71%). Ao final da intervenção nossa equipe cadastrou 35 usuários com DM e só 26 (74,3%) usuários receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e acompanhamento pela equipe de odontologia (Figura 10).

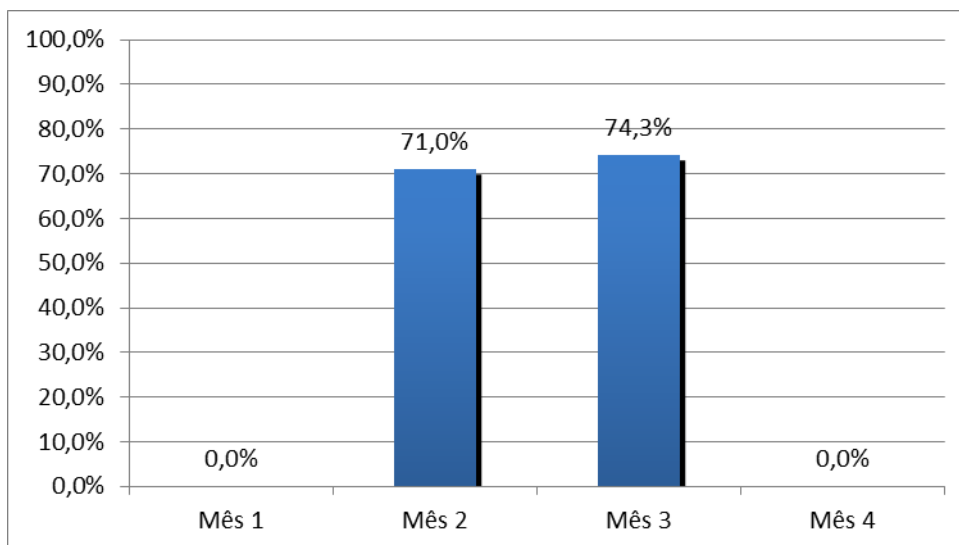


Figura 10 Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II /PI.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

Durante os acompanhamentos, avaliações na unidade de saúde e nas visitas domiciliares foram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico em 65,5% dos usuários com HAS e 74,3% com DM, todos foram encaminhados ao dentista da equipe e avaliados integralmente. Atividades educativas e as palestras foram oferecidas pelas auxiliares de odontologia, além das orientações sobre saúde bucal que ofereci durante o andamento das consultas e acompanhamentos individuais. A ação que mais nos auxiliou na obtenção destes resultados, foi o trabalho em equipe e o engajamento existente entre os profissionais da equipe de odontologia que tem favorecido tantos usuários os quais estão muitos contentes e agradecidos pela atenção.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS ao programa

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

Indicador 3.1: proporção dos usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção encontramos algumas adversidades as quais foram enfrentadas com otimismo e resolvidas em sua totalidade, como a proporção de faltosos as consultas resgatadas pela busca ativa. Os resultados deste indicador foram os seguintes: no primeiro mês tivemos 10 usuários faltosos as consultas, destes 8 (80%) foram resgatados pela busca ativa; no segundo mês tínhamos 53

faltosos as consultas e destes 50 (94,3%) foram resgatados pela busca ativa e encaminhados a unidade de saúde para seu acompanhamento e avaliação integral. No terceiro mês o total dos usuários faltosos as consultas quantificavam 71 usuários, a equipe conseguiu resgatar 68 (95,8%), mediante busca ativa, assim como, podemos avaliá-los com a qualidade requerida graças ao esforço desenvolvido durante esta busca ativa (Figura 11).

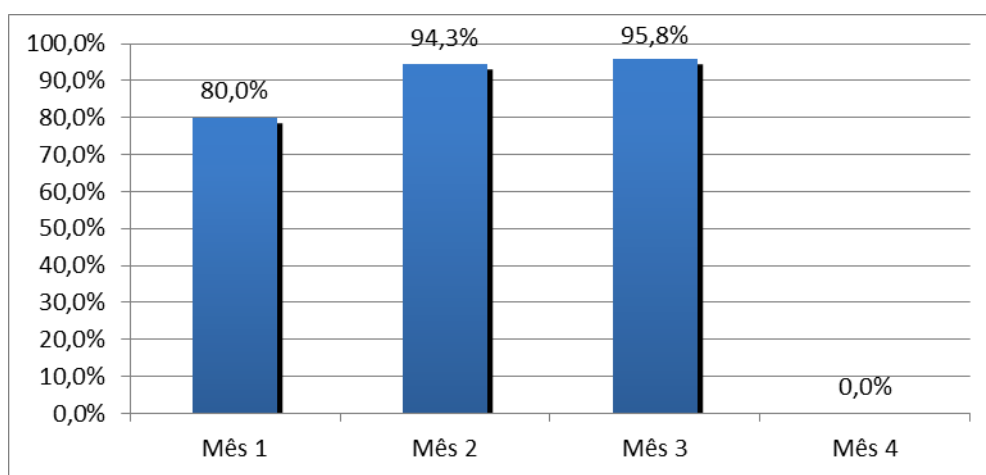


Figura - 11 Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa, na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão dos usuários com DM ao programa

Meta 3. 2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3. 2: proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Em relação aos usuários com DM podemos expor que, no primeiro mês, encontramos 1 usuário faltoso o qual foi resgatado pela busca ativa e encaminhado a unidade de saúde para avaliação. No segundo mês tivemos 10 usuários faltosos e conseguimos resgatar todos, foi muito melhor o trabalho e no terceiro mês o total de diabéticos faltosos ascendeu a um quantitativo de 11 e todos foram resgatados pela busca ativa. Durante os três meses da intervenção todos os usuários diabéticos faltosos foram resgatados na busca ativa que constituiu um percentual a 100%.

A busca ativa dos faltosos às consultas e o resgate foi feito pelos ACS principalmente, assim como, também pelos demais membros da equipe. Durante todo o decorrer da intervenção a equipe trabalhou de forma ativa e com muito

entusiasmo e otimismo, às vezes, a mesma ficou atrapalhada e interrompida pelas intensas e frequentes chuvas em nosso município. O que também dificultou foi a distância da comunidade até a unidade de saúde, além de termos uma área de ESF muito grande geograficamente com 39 micro áreas rurais todas (muitas distantes uma da outra) e cada um dos agentes tem de cinco a seis micro áreas para atender. O deslocamento dos ACS é feito por meio de suas motos, e o combustível é de sua responsabilidade, sendo que os mesmos contam com baixos salários.

Felizmente o trabalho teve excelentes resultados já que graças a esta busca ativa de faltosos a equipe conseguiu ficar perto das metas planejadas e desejadas, além disto, as principais ações que auxiliaram na obtenção destes resultados foram: o trabalho engajado, organizado e planejado que desenvolveu a equipe, a união de toda equipe, sua bondade de fazer e desenvolver o trabalho, assim como, o cadastro dos usuários com HAS e DM e o desenvolvimento de atividades educativas, palestras e encontros com usuários e familiares dentro de nossa UBS e nas comunidades. A equipe teve oportunidade de expor o nosso projeto de intervenção, sua importância, benefícios, metas e objetivos. Tudo isso ajudou e conscientizou a nossa população sobre a importância dos acompanhamentos e as avaliações para os usuários deste programa.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde

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

Ao fazer a avaliação deste indicador posso afirmar que durante o decorrer da intervenção, e graças ao esforço e dedicação de nossa auxiliar em enfermagem e da equipe, todos os usuários foram acompanhamentos em consultas individuais e tinham atualizados adequadamente seus registros nas fichas de acompanhamento. No primeiro mês foram avaliados 62 usuários com HAS o que representou 100%, no segundo mês avaliamos 173 (100%) onde todos contaram com um adequado registro na ficha de acompanhamentos. Ao finalizar o terceiro mês a equipe totalizou 229 usuários com HAS que tinham um registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representou um percentual igual 100% desta população alvo.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.2: proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos DM podemos afirmar que desde o começo da intervenção a equipe se preparou para receber a todos os usuários e acompanhá-los adequadamente, e assim durante o decorrer do primeiro mês dos 7 usuários diabéticos avaliados todos tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representou um percentual igual a 100%. No segundo mês mais 31 usuários com DM foram cadastrados e 100% tinham registro adequado na ficha de acompanhamento; já no final do terceiro mês a equipe totalizou 35 usuários avaliados e 100% estavam com adequado registro na ficha de acompanhamento.

Em relação à avaliação deste indicador podemos afirmar que no desenvolvimento do projeto de intervenção não tivemos muitas dificuldades, pois todos os usuários tinham adequadamente o registro das fichas de acompanhamento, feitas de forma correta e organizada pela auxiliar de enfermagem da equipe no cumprimento de suas atribuições como profissional e membro de nossa ESF, a ação foi supervisionada pelo médico e enfermeiro da equipe. Além disto, as principais ações que auxiliaram na obtenção destes resultados foram o cadastro e acompanhamento destes usuários, o excelente desempenho de nossa auxiliar de enfermagem na confecção, organização e atualização destes registros, assim como, o trabalho da equipe de forma ativa no desenvolvimento deste projeto de intervenção seguindo o cronograma da intervenção.

OBJETIVO 5: Mapear usuários com HAS de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1: proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Durante o desenvolvimento da intervenção avaliamos vários usuários, em relação ao quantitativo, estratificação de risco cardiovascular, posso expor que durante o decorrer do primeiro mês foram avaliados 62 usuários, destes 58 tinham

feito esta estratificação o que representou um percentual igual a 93,5%. No segundo mês tivemos uma grande melhoria no desenvolvimento deste indicador, pois a equipe teve 173 usuários acompanhados e 168 (97,1%) foram avaliados em relação a estratificação de risco cardiovascular. No terceiro mês foram avaliados e acompanhados 229 usuários com HAS, dos quais receberam estratificação de risco cardiovascular 224 (97,8%) (Figura 12).

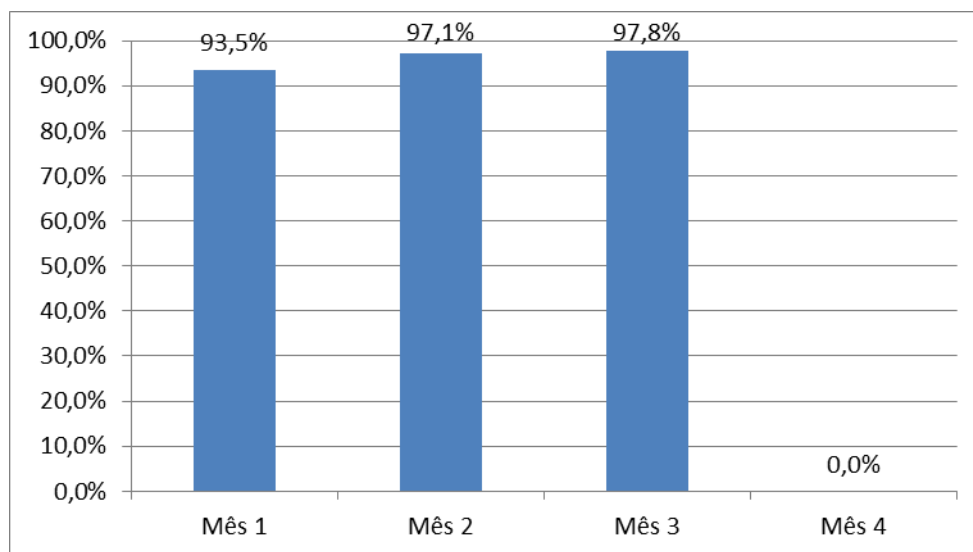


Figura – 12 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

OBJETIVO 5: Mapear usuários com DM de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.2: proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos usuários com DM podemos afirmar que a estratificação de risco cardiovascular em todos eles obtivemos êxito desde o início desta intervenção. Onde no primeiro mês da intervenção todos tinha feita a estratificação, o que representou um percentual igual a 100% da população alva acompanhada e avaliada durante as consultas individuais. No primeiro mês a equipe conseguiu acompanhar 7 usuários, no segundo mês 31 usuários e no terceiro 35 DM foram avaliados integralmente e feita sua estratificação de risco cardiovascular em sua totalidade (100%).

Podemos afirmar referente aos aspectos qualitativos deste indicador, que ao começo tínhamos um percentual inferior a 100% dos usuários com HAS alvos avaliados com estratificação de risco cardiovascular, mas nos seguintes meses este indicador melhorou consideravelmente. As principais ações que auxiliaram na obtenção destes resultados foram o cadastro destes usuários, os acompanhamentos e avaliações de forma individual durante as consultas e visitas domiciliares, assim como, o resgate dos faltosos mediante a busca ativa feita pela equipe e pelos ACS de nossa ESF.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com HAS .

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

Indicador 6.1: proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A atenção básica tem como principais ações a educação em saúde, representada pelas atividades de prevenção e promoção de saúde, por isso nosso projeto de intervenção desde seu início planejou e ofereceu encontros de grupos e palestras educativas a população alvo da nossa área de abrangência, com a finalidade de elevar e melhorar seus conhecimentos sobre estas doenças, seus fatores de riscos e as medidas de prevenção e controle das mesmas. Durante o primeiro mês a equipe conseguiu avaliar um quantitativo de 62 usuários, no segundo mês 173 e no terceiro 229 usuários com HAS foram acompanhados. Todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável o que representou um percentual igual a 100% durante os três meses de intervenção.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com DM.

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

Indicadores 6.2: Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos usuários com DM que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável posso afirmar que foi um êxito, pois todos eles receberam esta importante educação em saúde. Durante o primeiro mês da intervenção a equipe totalizou um quantitativo de 7 usuários e no segundo mês 31 usuarios foram

cadastrados. A intervenção continuava pelo caminho certo e ao chegar ao terceiro mês totalizamos um quantitativo de 35 usuários com DM avaliados e acompanhados integralmente, todos (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses.

Durante o desenvolvimento da intervenção ao início percebemos que nossa população alvo não tinha os conhecimentos e as ferramentas educacionais necessárias para ter uma alimentação saudável, então a equipe planejou e realizou várias palestras, encontros e atividades educacionais com estes grupos. Desenvolvemos um trabalho focado em educar a todos com o intuito de controlar suas doenças e na prevenção de complicações mediante uma alimentação saudável. As principais ações que auxiliaram na obtenção destes resultados foram às atividades educativas mediante os encontros, palestras e reuniões com estes grupos e seus familiares, para expor sobre o tema alimentação saudável.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com HAS .

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

Indicador: 6.3: proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante o primeiro mês no decorrer de nosso trabalho a equipe conseguiu avaliar um quantitativo de 62 usuários, onde todos receberam orientação sobre a importância da prática sistemática e regular de atividade física, assim como, a necessidade de lutar contra a obesidade e o sedentarismo, o que representou um percentual igual a 100%. No segundo mês 173 usuários com HAS foram cadastrados e todos foram orientados adequadamente em relação à prática regular de atividade física e seus benéficos no controle desta doença. No terceiro mês a equipe alcançou um quantitativo de 229 usuários com HAS acompanhados durante o decorrer das consultas individuais, atingindo um percentual de 100% em todos os meses.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com DM.

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

Indicador 6.4: proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação aos usuários com DM de nossa população alvo avaliada no primeiro mês da intervenção, posso afirmar que os 7 diabéticos acompanhados receberam educação quanto à realização de atividade física, no segundo mês a equipe acompanhou mais 31 diabéticos e no terceiro mês totalizou 35 usuários com DM avaliados e acompanhados. Todos (100%) durante os três meses receberam orientação adequada sobre a prática regular, continuada, sistemática e controlada de atividade física, bem como, seus benefícios e resultados no controle desta doença e na prevenção de complicações em importantes órgãos alvos do organismo.

Durante o desenvolvimento da intervenção, ao início percebemos que nossa população alvo com HAS e DM não tinham os conhecimentos educacionais necessários sobre a importância da prática de atividade física, então a equipe desenvolveu um programa de atividades educativas em relação a este indicador com o apoio do fisioterapeuta da equipe para atingir nossos objetivos e metas, assim como, para melhorar este indicador. Orientamos toda população alvo sobre quais eram as atividades físicas que principalmente eles deveriam desenvolver, como: caminhadas, nadar, dançar e exercícios aeróbicos. As principais ações que mais auxiliaram na obtenção destes resultados foram às atividades educativas mediante os encontros, palestras e reuniões com estes grupos e seus familiares para expor o tema prática regular e sistemática de atividades físicas.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com HAS .

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.5: proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante o primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu avaliar um total de 62 usuários com HAS e todos (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, e a necessidade de lutar contra este fator de risco. No segundo mês acompanhamos durante as consultas e visitas domiciliares 173 usuários, onde todos (100%) foram orientados adequadamente a respeito dos riscos do tabagismo. No terceiro mês a equipe avaliou um quantitativo de 229 HAS e 100% destes foram

avaliados e receberam orientação adequada sobre quais são os riscos do tabagismo e as medidas a serem tomadas para vencer este vício.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com DM.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.6: proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos usuários com DM cadastramos no primeiro mês 7 usuários, todos (100%) receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, já no segundo mês a equipe cadastrou 31 DM, onde todos (100%) foram orientados sobre necessidade e importância de apagar este fator de risco. No último mês cadastramos 35 usuários e todos (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e no desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares, pulmonares cerebrais.

Durante a intervenção, a equipe fez um enorme esforço na educação a população alvo com HAS e DM em relação aos riscos do tabagismo, e na necessidade de afastar este vício. Ao início percebemos que nossa população alvo não tinha conhecimentos sobre este tema, mais com o desenvolvimento e decorrer de nosso projeto isto foi mudado, pois foi desenvolvido um programa de atividades educativas em relação a este indicador com o apoio da psicóloga da equipe, com a intenção de atingir nossos objetivos e metas. Orientamos toda população alvo sobre quais eram as ações a desenvolver para ter uma vida mais saudável longe do tabagismo, assim como, algumas das terapêuticas estabelecidas pelo protocolo do Ministério da Saúde para combater definitivamente este perigoso fator de risco.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com HAS.

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

Indicador 6.7: proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Nossa intervenção decorreu durante três proveitosos meses, a equipe conseguiu avaliar no primeiro mês um total de 62 usuários com HAS (100%), no segundo mês acompanhamos durante as consultas 173 pessoas e 100% receberam

orientação. No terceiro mês a equipe avaliou e totalizou 229 pessoas com HAS acompanhados durante o decorrer de nosso projeto, que representa um percentual de 100% de usuários avaliados durante os três meses. Estes receberam orientação adequada sobre quais são os riscos do abandono da saúde bucal, sobre a importância da higiene bucal e dos atendimentos odontológicos para estes usuários, assim como, de forma geral os benefícios que tem para a saúde os atendimentos com a equipe odontológica da ESF.

OBJETIVO 6: Promover a saúde dos usuários com DM.

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

Indicador 6.8: proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos usuários com DM de nossa área de abrangência no primeiro mês da intervenção posso afirmar que a equipe conseguiu avaliar integralmente 7 diabéticos, no segundo mês a equipe acompanhou mais 31 usuários com DM e no terceiro mês 35 usuários foram cadastrados. Todos os usuários (100%) durante os três meses receberam orientação sobre a higiene bucal e as medidas presentes para manter uma boa saúde bucal.

Durante o decorrer da intervenção a equipe educou a população alvo com HAS e DM em relação à importância de cuidar sua saúde bucal, assim como ofereceu atividades educativas e palestras importantes e necessárias sobre todos aqueles fatores de risco que afetam a saúde bucal de forma geral. Também foram expostas temáticas sobre a importância dos atendimentos odontológicos, pois são feitas consultas e acompanhamentos pelo médico ou enfermeiro da equipe e encaminhamos ao dentista da equipe. Ao início de nosso projeto percebemos que nossa população alvo tinha poucos conhecimentos educacionais sobre este tema, mais foi desenvolvido um programa de atividades educativas em relação a este indicador com a ajuda do dentista da equipe e as auxiliares de odontologia, os quais com grande amor e dedicação participaram ativamente deste projeto de intervenção.

4.2 Discussão

Nossa intervenção teve como objetivo a reorganização na atenção aos usuários com HAS e/ou DM. A mesma proporcionou melhoria dos registros e da

qualidade do atendimento através do cadastramento dos usuários na área de abrangência da unidade de saúde. A adesão destes à intervenção ocorreu fundamentalmente, através da busca ativa dos usuários e principalmente dos faltosos as consultas. Tal ação foi feita com a participação dos membros da equipe de saúde em especial os ACS, os quais foram uma peça fundamental e imprescindível na obtenção das metas atingidas e dos líderes desta comunidade.

Apesar das dificuldades encontradas, a maioria das metas e dos objetivos esteve perto e/ou foram alcançados, principalmente os indicadores de qualidade da atenção. Tivemos muitos avanços durante o desenvolvimento do projeto, dentro eles o aumento do número de usuários procurando atendimento médico e exame clínico referente a este programa. Aos poucos percebemos que as ações desenvolvidas pela intervenção estavam modificando o estilo e costume de vida, de muitos destes. As capacitações para a equipe foram muito importantes, esta se mostrou muito interessada pelo projeto e colaborou com muita disciplina e sabedoria.

No início da intervenção, depois de apresentar o projeto, a equipe realizou várias reuniões para as comunidades, onde participaram a grande maioria dos profissionais. Foram identificados os diferentes pontos e possibilidades de colaboração entre a equipe e os usuários. Também mostramos que necessitávamos do empenho de todos para obter os resultados desejados no decorrer desta importante intervenção, além de expor que devido ao alto índice de mortalidade destas doenças e suas severas complicações sua prevenção é muito importante e necessária.

Para nossa equipe a intervenção reportou uma grande importância, pois graças a ela conseguimos avaliar integralmente os usuários, assim como, oferecemos educação sanitária sobre promoção de saúde, prevenção e controle de suas doenças. Conscientizamos a equipe sobre a importância de continuar com estas ações e de incorporar a rotina diária do serviço. Sobre a importância da intervenção para a equipe, é bom sinalar que a intervenção exigiu que a mesma se capacitasse para o atendimento aos usuários de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Foi estabelecido o conhecimento do serviço oferecido a esta população, fluxo de atendimento no serviço e também foram oferecidos espaços de educação permanente para a equipe, como: qualificação da prática clínica e capacitações para os ACS sobre como orientar os usuários quanto à realização das consultas e sua

periodicidade. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe e nos aproximou das comunidades. A equipe sempre ficou atenta e animada com a intervenção, pelo fato desta ser um método qualificado e científico que nos permite conhecer, avaliar e analisar as deficiências em relação ao trabalho da equipe dentro da unidade de saúde, assim como, planejar e traçar estratégias integrais para conseguir a melhoria. Além disso, nos ajuda a identificar os fatores de risco da população alvo e educar a todos na medida para seu afastamento e erradicação.

No decorrer de nossa intervenção, o trabalho de promoção e prevenção, de assistência médica e reabilitação tem propiciado que as ações de saúde tenham um impacto maior na saúde da população. Graças a este projeto de intervenção melhorou o enfoque epidemiológico e investigativo de nosso trabalho no dia a dia na UBS, melhorado a compreensão da importância do enfoque da promoção e prevenção das ações como método eficaz para evitar que as pessoas adoçam com facilidade. A equipe está trabalhando de forma contínua, planejada e organizada, onde o trabalho integrado permitir que possamos ficar mais perto e próximo de nossas comunidades. Em resumo a intervenção proporcionou maior integração entre os membros da equipe, estabeleceu maiores diálogos e vínculos com a comunidade e melhorou a organização do serviço na UBS.

Vale ressaltar que depois de terminar o projeto, muitos usuários estão visitando nossa UBS procurando atendimentos e acompanhamentos, em busca de ações para o controle destas doenças, e educação e orientação em relação à prevenção das mesmas. Tudo isso é fruto do nosso trabalho e das constantes ações e atividades de promoção da saúde, modificando tabus, preconceitos, padrões e costumes errados.

Nesse momento, muitos usuários estão percebendo a importância de cuidar sua saúde, de apagar e afastar fatores de riscos que sejam modificáveis, assim como, de ter acompanhamentos na UBS de forma regular. Nós ganhamos muitas experiências novas no decorrer deste projeto, benefício este para a equipe e para a população em geral, onde os usuários estão animados com o desenvolvimento da intervenção.

Continuamos lutando para que o município disponibilize regularmente todos os exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como, para que seus resultados cheguem até nossas UBS com prontidão e qualidade. Evitando assim, que nossa população fique desacreditada e desconfiada com o

serviço que oferecemos. A rotina dos serviços melhorou consideravelmente, onde todos os profissionais da equipe tiveram suas atribuições retomadas viabilizando e qualificando a atenção a um maior número de usuários.

Quanto à importância da intervenção para a comunidade, posso expor que todos estes usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos, por isto acho é um impacto positivo no desempenho de nosso trabalho. Mostramos que podemos trabalhar e mudar os estilos de vida da população, que podemos trocar experiências e ideias com líderes das comunidades, equipe, gestor municipal e o coordenador de Atenção Básica da secretaria municipal de saúde do município.

O apoio incondicional e permanente da gestão do município foi imprescindível, onde ficaram perto de nós e estiveram prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho. Além disso, ajudou a mostrar e expor para nossa população que estamos dispostos a escutar, tratar e acompanhar a todos aqueles que precisarem de atendimentos e acompanhamentos de qualidade.

Sobre o andamento e funcionamento deste programa em nossa UBS, posso afirmar que antes do começo da intervenção o cadastro e avaliação dos usuários com HAS e DM encontrava-se com dificuldade, pois a grande maioria deles não estavam cadastrados nem avaliados como preconiza o protocolo do Ministério da Saúde para este programa. Nosso trabalho foi focado na ampliação desta cobertura, mas não foi possível atingir esta meta e realmente ainda temos muitos usuários que não foram cadastrados durante a intervenção, mas é bom sinalizar que a realidade do quantitativo de usuários que existem na UBS é menor em relação à estimativa expressada pelo VIGITEL.

Graças ao cadastro atual que estamos realizando neste momento na UBS, teremos a realidade do número de usuários da UBS Tucuns dos Donatos.

Em relação à importância da intervenção para o serviço, posso expor que antes da intervenção, o cadastro e avaliação integral dos usuários com HAS e DM da área de abrangência não era uma grande preocupação da equipe e nem contava dentro de suas prioridades no cronograma de trabalho. Eles consideravam que existiam outras doenças e outros programas nos quais eles deveriam se ocupar mais. Não tinham muita compreensão de que a prevenção dos fatores de risco, mudanças nos padrões, hábitos e costumes errados melhoraria a incidência e prevalência destas doenças crônicas. Por outro lado, conseguimos incorporar ações

envolvendo as comunidades pela primeira vez. Continuaremos oferecendo a população um serviço de qualidade na prevenção e na assistência.

Ao final da intervenção percebo que a equipe se integrou ainda mais, onde estamos incorporando a intervenção na rotina do serviço e no dia a dia do trabalho da equipe. Além de serem realizadas ações de sensibilização dos usuários e familiares para conscientização da importância dos atendimentos e das consultas aos usuários com HAS e DM. Felizmente estamos superando todas as dificuldades encontradas no decorrer de nosso serviço. Este é um trabalho de continuidade e ficou evidente que devemos trabalhar mais e mais na melhoria do cadastro, avaliação e acompanhamento da população.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Gestor Municipal de Saúde,

A equipe de saúde da UBS Tucuns dos Donatos desenvolveu um projeto de intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos HAS e DM, com duração de 12 semanas, iniciada o dia 16 de Março até o dia 28 de Maio.

Durante toda a intervenção foram acompanhados 229 usuários com HAS e 65 usuários com DM. Ações foram realizadas dentro dos quatros eixos de acordo com o protocolo do MS: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão dos serviços e engajamento público, o que proporcionou melhoria e qualificação dos atendimentos.

A cobertura da atenção à saúde aos HAS que inicialmente era de 16,4% (62) no primeiro mês passou para 60,4% (229) no terceiro mês (Figura 2). Na atenção à saúde dos DM, melhoramos a cobertura de 7,4% (7) no primeiro mês, para 37,2% (35) no final do terceiro mês (Figura 3). Através do aumento destes indicadores é perceptível à ampliação dos serviços durante a intervenção, o que proporcionou a qualificação destes serviços.

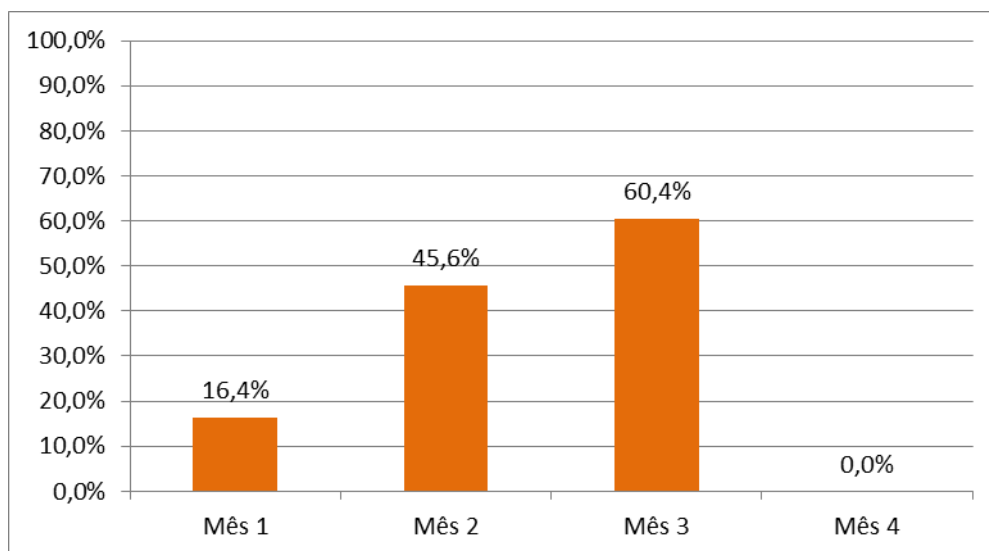


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Tucuns dos Donatos Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

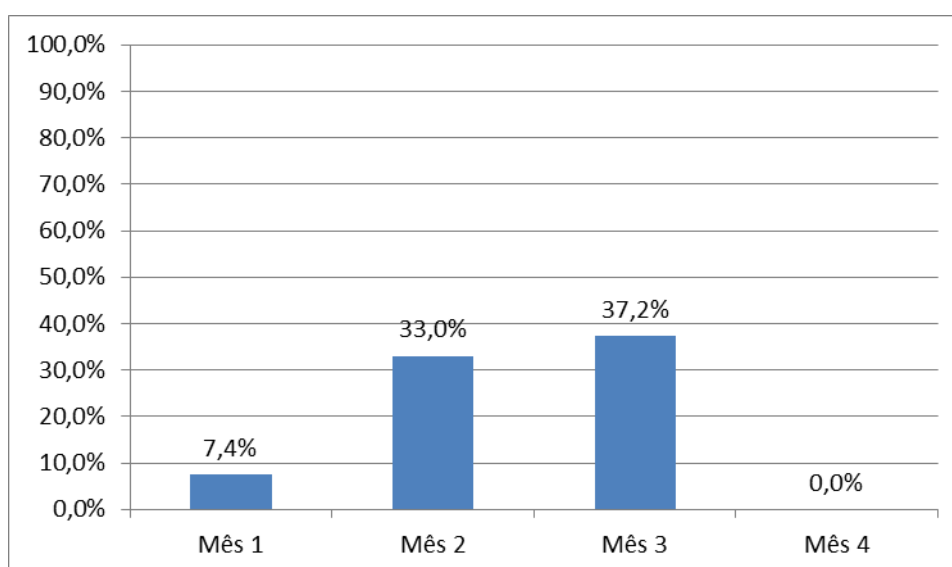


Figura 3 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Tucuns dos Donatos, Pedro II/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL (2015).

Quanto à qualidade do cuidado as melhorias também foram muito satisfatórias. O exame clínico apropriado em dia conforme preconizado pelo protocolo, teve o seguinte desempenho: no início do primeiro mês que era de 96,8% (60), chegou em 100% (229) para HAS e para os usuários com DM começamos com 100% (7) no primeiro mês e mantemos 100% (35) ao final do terceiro mês, resultado gratificante para nós porque é sinônimo de bom trabalho da equipe.

Pelo fato da longa distância das comunidades rurais até a cidade, a idade de muitos usuários e o nível econômico e aquisitivo dos mesmos além de que há

exames como o Eletrocardiograma que não se realiza na nossa cidade, ao início da intervenção tivemos dificuldades neste indicador, mas depois do longo e duro trabalho pelos ACS de falar com os usuários, conscientizar os mesmos, este indicador melhorou. Dessa maneira, conseguimos fazer exames complementares preconizados pelo protocolo do programa em 53,3% dos usuários hipertensos (122) e diabéticos 68,6% (35) acompanhados e avaliados durante a intervenção.

Em relação aos exames complementares em dia no primeiro mês da intervenção 62,9% (39) dos usuários com HAS tinham os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, já no final do terceiro mês 53,3% (122) encontravam-se atualizados. Para os usuários com DM ao início da intervenção 85,7% (6) estavam com os exames em dia, no terceiro mês 68,6% (24) dos usuários estavam com os exames complementares em dia. Todos os DM e HAS tiveram a oportunidade a partir do segundo mês da intervenção (porque não contávamos com o serviço) de serem avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico, ação esta, realizada pelo médico da UBS. O que demonstra a necessidade do serviço odontológico, assim como, à importância dos atendimentos oferecidos depois de ser avaliados em relação a este indicador, além das atividades de promoção e prevenção a saúde oferecida a todos os usuários da UBS.

Durante o decorrer da intervenção todos os HAS e DM que faltaram as consultas agendadas, tiveram busca ativa realizada pelos ACS. Não conseguimos atingir 100% da meta na HAS só 95,8% mais felizmente conseguimos 100% nos usuários faltosos com DM. Nossa UBS tem micro áreas rurais distantes da unidade de saúde e que pertencem a nossa área de abrangência, além das intensas chuvas e adversidades da natureza, pois as estradas em dias de chuva ficam de difícil acesso, devido ao barro e muitas vezes até intrafegável. É essencial que estas fragilidades sejam solucionadas para continuarmos desenvolvendo nosso trabalho com qualidade.

Os registros dos dados para o planejamento das ações são essenciais para avaliarmos a necessidade e realidade da população. Para nossa intervenção obter estes dados atualizados não foi tarefa fácil, pois muito dos prontuários e fichas utilizadas estavam incompletas. Mas durante a intervenção conseguimos melhorar para 100% os registros na ficha de acompanhamento, tanto para usuários com HAS, como para os portadores de DM.

Durante o decorrer deste projeto todos os usuários acompanhados e avaliados tiveram avaliação de risco cardiovascular realizada, o que contribuiu para evitar as morbimortalidades.

A educação em saúde foi constante nas consultas, nos grupos de HAS e DM, nos encontros com as comunidades, enfim, durante o dia a dia do desenvolvimento deste trabalho todos estes usuários foram orientados em 100% sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

Não conseguimos atingir 100% em relação à meta, prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia na HAS mais se a DM, pois só 2 usuários fazem uso de medicamentos que não são contemplados neste programa e não se encontram nas farmácias do município. Estes necessitam se deslocar até a capital do estado Teresina na procura e busca destes medicamentos imprescindíveis para o controle de suas doenças e nestas farmácias fazem esse pedido para eles.

Enfrentamos algumas dificuldades, muitas delas vencidas no caminho do decorrer de nossa intervenção. O cadastramento dos usuários que moravam longe da UBS foi uma dificuldade muito significativa, além da realização dos exames fora da cidade que atrapalhou nossa intervenção na intenção de atingir a meta de cobertura proposta. Por isto foi que solicitamos coordenação com o Hospital Santa Cruz para fazer ECG pelo SUS e tentar disponibilizar a equipe de ECG no Hospital Josefina Getirana Neto para a realização do mesmo; assim como o término da reforma do outro posto de saúde na comunidade da Lapa para os atendimentos dos usuários das comunidades distantes.

São estas as dificuldades que interferem diretamente no processo de trabalho e necessitam ser repensadas para melhoria do cuidado e satisfação dos profissionais, para conseguirmos mantermos a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM.

São visíveis as melhorias em relação à atenção a saúde dos HAS e DM, onde é possível sim fazer saúde com qualidade. Para utilizarmos a mesma metodologia em outras ações programáticas é essencial seu apoio.

Agradecemos a atenção da gestão, e que esta intervenção sirva de ajuda para melhorar a atenção aos usuários do programa de atenção à saúde com HAS e/ou DM. Mesmo não alcançando a meta de 70% de cobertura alcançamos excelentes resultados durante o decorrer desta intervenção. Consideramos que

houve avanços e melhorias na qualidade dos atendimentos a estes usuários, assim como, na educação em saúde que todos eles precisavam ter sobre suas doenças, na promoção da saúde e prevenção de complicações. Muito obrigada!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Realizamos em nossa unidade de saúde uma intervenção para melhorar a atenção à saúde da Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus, com duração de 12 semanas e vocês foram os protagonistas dessa intervenção. Todas as ações que realizamos foram planejadas e seguidas por um cronograma para melhorar a qualidade dos atendimentos oferecidos a vocês, assim como, elevar o nível de conhecimento sobre os aspectos mais importantes e relevantes em relação ao controle destas doenças. Realizamos atividades de promoção da saúde e prevenção de complicações que elevam os índices de morbimortalidade.

Todas as ações que realizamos foram muito bem preparadas em quatro eixos, sendo priorizados:

- O monitoramento e avaliação - tudo que realizamos foi registrado e acompanhado através de números e percentuais.
- Organização e gestão do serviço - organizamos a agenda, programamos o acolhimento para os usuários que não estavam com consultas agendadas, assim como, marcamos e programamos as consultas de retorno para sua avaliação final.
- Engajamento público - oportunizamos encontros nos grupos, onde muitas dúvidas foram esclarecidas, trocamos ideias, incentivamos o autocuidado através de palestras educativas.
- A qualificação da prática clínica - Todos os profissionais foram capacitados sobre diversos temas que compõem o protocolo do Ministério da Saúde.

Na comunidade temos uma população geral de 2.493 pessoas. Acompanhamos nestas 12 semanas de intervenção à saúde aos usuários de nossas comunidades e que pertencem ao programa de atenção à saúde de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Em relação à proporção de usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo preconizado pelo programa, posso afirmar que a intervenção avaliou no primeiro mês 62 hipertensos, 60 deles tinham exame clínico em dia. No segundo mês conseguimos cadastrar 173 usuários e até esse momento tínhamos um quantitativo de 165 usuários com exame clínico atualizado de acordo com o protocolo. No último mês foram avaliados e atualizados 229 usuários, estavam com exame clínico em dia. No decorrer destes 3 meses de intervenção, não conseguimos atingir nossa meta em relação a proporção de DM com exame clínico de acordo com o estabelecido pelo protocolo do programa. No primeiro mês conseguimos avaliar 7 usuários com DM, deles os 7 tinham avaliação clínica em dia, no decorrer de nossa intervenção já no segundo mês esta cifra aumentou para 31 usuários acompanhados e avaliados, no entanto 30 tinham atualizado o exame clínico. No terceiro e último mês da intervenção e graças a nosso esforço a equipe conseguiu avaliar e totalizar 35 usuários, os quais tiveram atualizados o exame clínico como estabelece o programa.

Durante a intervenção conseguimos cadastrar 62 usuários com Hipertensão Arterial Sistólica no primeiro mês, no segundo 173 e no terceiro mês 229 usuários. Em relação aos diabéticos cadastramos 7 no primeiro mês, 31 no segundo mês e 35 usuários no terceiro mês. Com a ajuda da comunidade e a partir da implementação dos serviços de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde pretendemos atingir nos próximos meses a meta proposta que é de cadastrar 70% da população da área adstrita da UBS relativa a este programa.

Sobre os atendimentos na UBS dos usuários com Hipertensão Arterial temos que falar que durante a intervenção encontramos algumas adversidades as quais foram enfrentadas com otimismo e resolvidas em sua totalidade em relação a proporção de faltosos as consultas, resgatados pela busca ativa. Os resultados deste indicador foram os seguintes: no primeiro mês tivemos 10 usuários faltosos as consultas, destes 8 foram resgatados pela busca ativa. No segundo mês tínhamos 53 faltosos as consultas e destes 50 foram resgatados pela busca ativa e encaminhados a UBS para seu acompanhamento e avaliação integral. No terceiro mês o total dos usuários faltosos as consultas quantificavam uma cifra de 71 usuários, a equipe conseguiu resgatar 68, mediante busca ativa destes usuários, assim como, podemos avaliá-los com a qualidade requerida graças ao esforço desenvolvido durante esta busca ativa. Em relação aos usuários com Diabetes

Mellitus podemos expor que no primeiro mês encontramos 1 faltoso a consultas o qual foi resgatado pela busca ativa e encaminhado a unidade de saúde para avaliação. No segundo mês tivemos 10 faltosos às consultas todos foram resgatados pela busca ativa, No terceiro mês o total de diabéticos faltosos que tínhamos ascendeu a um quantitativo igual a 11 e todos foram resgatados pela busca ativa.

Algumas das metas traçadas não foram cumpridas por diversos motivos, dos quais não somos responsáveis, onde todos sabem que a distância da unidade de saúde das comunidades e a demora destes usuários para visitar nossa UBS são os maiores motivos. Por isto não deixamos de lutar para melhorar esta situação.

A partir da intervenção realizamos atividades dentro da UBS e nas próprias comunidades, a busca ativa dos faltosos às consultas para receber avaliação integral de sua doença também foi intensificada durante a intervenção.

Nas atividades de promoção da saúde oferecemos palestras, encontros, e conversas com todos os usuários. Tivemos participação dos líderes comunitários e todas essas ações ocorreram num ambiente amistoso cheio de amor, paz, colaboração, dedicação, entrega e troca de experiência.

Vocês devem ter percebido a mudança no atendimento quando chegavam à unidade, dávamos palestras antes de começarmos as consultas, implantamos o acolhimento dos usuários que procuram atendimento, começando pela recepção, adotamos protocolos de classificação de risco, tarefa esta realizada pela técnica de enfermagem, pelo enfermeiro e pelo médico. Foi instituído na UBS, que todos os usuários de 18 anos ou mais tivessem sua Pressão Arterial (PA) mensurada e registrada em seu prontuário e encaminhada ao médico e enfermeiro para avaliação.

Enfrentamos algumas dificuldades durante esta caminhada, muitas delas vencidas e algumas que ainda devem ser melhoradas. Um aspecto que seria muito bom destacar como um êxito e uma vantagem nos atendimentos oferecidos a vocês foi o nível de consciência que tomaram muitos de vocês em fazer os exames complementares pensando em sua saúde e prevenção das complicações da sua doença.

Para que consigamos continuar avançando na melhoria da saúde é muito importante à participação e colaboração de vocês, ajudando a divulgar na comunidade, junto ao Conselho Local de Saúde, o prosseguimento da intervenção. É muito importante também que os usuários continuem com seus

acompanhamentos e ensinar a nova geração tudo o que aprenderam, para assim todos juntos cuidar de nossa saúde. A intervenção já está sendo incorporada a rotina de serviços da UBS e contamos com o apoio de vocês para melhorar estes indicadores relacionados à Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus, assim como, a saúde e qualidade de vida de nossa comunidade.

Muito obrigada pela participação!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Falar sobre meu processo pessoal de aprendizagem é muito difícil porque realmente na minha chegada aqui no Brasil eu não tinha experiência alguma sobre como fazer um curso de especialização neste tipo de modalidade (à distância). Devido a isso e outros problemas, como a internet, fiquei atrasada.

Graças à insistência, apoio, compreensão de minha orientadora agora posso dizer que adquiri uma nova forma de estudo, tive a oportunidade de ter sido orientado e ajudado por uma orientadora capacitada profissionalmente e com uma ótima experiência no ensino, com muita paciência e habilidade para fazer com que seus alunos ficassem sempre dispostos a continuar com o desenvolvimento da especialização.

Ela sempre esteve presente e pronta para me ajudar e para corrigir meus erros tanto na língua portuguesa, como no contexto da informática e a intervenção em questão, com muito profissionalismo e entrega, incentivando-me a continuar adiante apesar das dificuldades que atrapalhavam o desenvolvimento da intervenção ao longo caminho deste curso.

Aprendi a participar dos movimentados fóruns trocar experiências com outros colegas do curso e os professores e orientadores, debatendo as dúvidas e compartilhando nossas experiências durante o dia a dia de nosso trabalho aqui no Brasil.

Também gostei e aprendi dos casos clínicos interativos os quais são outra forma de aprendizagem nova para mim, já que faziam referência às doenças e problemas de saúde, frequentes nos nossos usuários, assim como, investigações científicas e conhecimentos sobre as patologias, pois estas informações e considerações são atualizadas.

Assim, foi conhecendo neste tipo de aprendizagem e ensino a distância, melhorou ainda meus conhecimentos sobre a informática e a navegação pela internet. Muitas dificuldades foram encontradas e enfrentadas durante este longo caminho percorrido, mas a vontade de vencer nunca faltou.

Foi assim e agora o curso está no final com o 100% das expectativas em relação ao curso de especialização cumpridas; os desafios possibilitaram aprendizagens únicas, e me fez acreditar que sempre há uma alternativa, para mudar, melhorar, lutar e vencer.

Depois da intervenção houve maior organização e engajamento na equipe de saúde, assim como, houve uma grande e perceptível melhoria na qualidade dos atendimentos oferecidos a nossos usuários em geral. A equipe ficou mais unida, alegre e encontra-se trabalhando com mais e melhor qualidade no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças, na promoção de saúde e na educação permanente e continuada à população para seu melhor cuidado de sua própria saúde.

Em nossa UBS melhorou muito o entusiasmo no trabalho, se respira um ambiente de união, amizade e responsabilidade, existe um ambiente de bondade, preocupação, responsabilidade, organização e amor pelo trabalho a realizar. Em relação ao desenvolvimento dos atendimentos e consultas na UBS e durante as visitas domiciliares, são agendadas de forma regular todas as consultas dos usuários de diferentes programas acompanhados em nossa unidade.

A equipe e, particularmente eu, gostamos muito deste curso e do projeto de intervenção, pois graças a eles conhecemos os protocolos preconizados e estabelecidos pelo Ministério de Saúde, vigentes na atenção básica, assim como foram identificadas algumas deficiências nestes programas durante nossa atuação na UBS. Conseguimos melhorar muitos aspectos para o melhor disfrute de nossos usuários e da população em geral, assim como conseguimos conhecer a verdadeira realidade de nossas comunidades, seus costumes, culturas, para assim poder fazer modificações em seu estilo de vida, com o objetivo de melhorar sua saúde. Isso possibilitou ficar mais perto deles, interagir com eles no dia a dia. Todos nós aprendemos a trabalhar com entusiasmo, unidos, organizados e com uma melhor comunicação entre todos os membros da equipe, pois na união está a força e só vence quem luta unido.

O curso possibilitou conhecer a ferramenta necessária para identificar os problemas de saúde que afeta a população de minha área de abrangência, e atualizar meus conhecimentos clínicos e práticos sobre atenção básica do Brasil para assim poder atingir o impacto desejado na comunidade. Além disso, possibilitou o desenvolvimento de nossa intervenção de forma organizada, planejada com a intenção e os objetivos de cadastrar e avaliar a todos nossos usuários do programa de atenção à saúde com HAS e DM. Bem como, monitoramento de todos eles durante suas consultas regulares e de retorno, contribui para que possamos fazer saúde embasada nas realidades da comunidade e em suas necessidades prioritárias. Agora já estou mais preparada para identificar os problemas de saúde da comunidade brasileira e traçar e planejar estratégias objetivas de trabalho com o objetivo de dar soluções adequadas e duradoras e melhorar a saúde do povo brasileiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília : ministério da saúde, 2008.52 p. : il. – (série a. normas e manuais técnicos). Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_unidades_b.6

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf.7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36. Brasília-DF, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: Acesso em: out. 2013.8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf > Acesso em: out. 2014.9.

SILVA. Daniele, etl al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. Revista Brasileira em Promoção de Saúde. 2011. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2046>>.

Apêndices

Apêndice A - Equipe de Saúde da UBS Tucuns dos Donatos



Apêndice B - UBS Tucuns dos Donatos em reforma



Apêndice C – Campanha de Vacinação



Apêndice D – Visita domiciliar aos usuários acamados, cadeirantes e faltosos



Anexos

Anexo C - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 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