

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 06



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LARANJEIRAS DE ABDIAS, SÃO JOSÉ DE
MIPIBU/RN**

Jackson Dantas Nunes Fernandes Júnior

Pelotas, 2015

JACKSON DANTAS NUNES FERNANDES JÚNIOR

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LARANJEIRAS DE ABDIAS, SÃO JOSÉ DE
MIPIBU/RN**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Gustavo Giacomelli Nascimento

Pelotas, 2015

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

F363m Fernandes Júnior, Jackson Dantas Nunes

Melhoria da Atenção à Saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde de Laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu/RN / Jackson Dantas Nunes Fernandes Júnior; Gustavo Giacomelli Nascimento, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 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. Nascimento, Gustavo Giacomelli, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Aos meus pais amados Jackson e Ana Maria.
Aos meus irmãos Nunes, Mayara e Jefferson.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Gustavo Giacomelli Nascimento, pela dedicação, paciência e apoio constante na condução dos trabalhos.

À equipe da unidade básica de saúde de Laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu, em especial à enfermeira Fátima Paiva, Técnica de enfermagem Josélia e aos Agentes Comunitários de Saúde.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis!"

Fernando Pessoa

Lista de figuras

Figura 1. Cobertura de hipertensos referentes à área da UBS de laranjeiras de Abdias	40
Figura 2. Cobertura de Diabéticos referentes à área da UBS de laranjeiras de Abdias	40
Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	41
Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	41
Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	42
Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	42
Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada	43
Figura 8. Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada	43
Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	44
Figura 10. Proporção de diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	44
Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	45
Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	45
Figura 13. Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	46
Figura 14. Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	46
Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	47
Figura 16. Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	47

Figura 17. Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	48
Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	48
Figura 19. Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	49
Figura 20. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	49
Figura 21. Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	50
Figura 22. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	50

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Programa de Atenção ao Usuário Portador de Hipertensão e Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPeI – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	13
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS.....	14
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Unidade Situacional	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e Metas.....	25
2.2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2.2 Objetivos Específicos	26
2.2.3 Metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Ações.....	28
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	38
2.4 Cronograma	39
3 Relatório da Intervenção.....	37
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	37
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	38
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	38

3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.	39
4	Avaliação da Intervenção.....	39
4.1	Resultados	39
4.2	Discussão.....	51
4.3	Relatório da intervenção para gestores.....	53
4.4	Relatório da intervenção para comunidade.....	55
5	Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem	57
	Referências	58
	Anexos	59

Resumo

FERNANDES JÚNIOR, Jackson Dantas Nunes. **Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde de Laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu** - RN. 2015. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

Foi realizada a intervenção com o objetivo de se fazer o acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na unidade básica de saúde de Laranjeiras de Abdias, na cidade de São José de Mipibu, Rio Grande do Norte, através de levantamento de dados da unidade para equiparar e realizar melhorias no seguimento destes usuários. Foi escolhido o tema referente ao acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos devido à grande incidência dessas doenças na população, no período de 8 semanas (Período referente de outubro a novembro de 2014). O protocolo utilizado foi o Caderno de Atenção Básica, n. 15 e 16. Foram encontrados 223 usuários hipertensos e 82 diabéticos, ambos os grupos com indivíduos com 20 anos ou mais, e percentuais de 25% e 32%, respectivamente, em relação a população total. Neste período de acompanhamento, foram realizadas consultas para renovação de receitas médicas, avaliação quanto a medicações que estes faziam uso, solicitação de exames complementares e encontros para debates de eixo informativo e educacional. Foi orientado nesses encontros a importância de uma alimentação adequada, os benefícios da realização de atividades físicas, incentivar o abandono do tabagismo e alcoolismo, mostrando o que tais práticas trazem de malefícios a pessoa e o que pode ser feito para que estes possam abandoná-los e com isso trazer melhorias para sua qualidade de vida.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. Trata-se do levantamento de dados dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à Unidade básica de Saúde de Laranjeiras de Abdias, na cidade de São José de Mipibu, Rio Grande do Norte, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma. Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma. O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Laranjeiras de Abdias, em uma zona rural do município de São José de Mipibu - RN. Ao entrar na UBS não existia uma organização logística em relação a um cronograma de atendimentos e suas prioridades e no acolhimento. Desde então observamos várias mudanças no tocante à assistência básica. Nossa unidade tem horário de funcionamento das 07h às 17h, de segunda à sexta-feira. Os profissionais que atuam são: um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, uma arquivista, uma auxiliar de serviços gerais e cinco agentes comunitários de saúde.

A UBS faz parte de um total de 18 unidades básicas de saúde do município, porém a mesma trabalha acima do ideal, pois a população da área (4.331) é consideravelmente alta. Além disso, alguns profissionais fazem permutas entre as UBS, como os profissionais do Núcleo de Assistência a saúde da Família - NASF (Psicóloga, Nutricionista e Fonoaudióloga)

A demanda preenche ao que se oferta diariamente. Percebemos que o serviço começa a oferecer menos que o solicitado. As questões mais difíceis estão em: encaminhamentos a serviços especializados, exames de alto custo e internamentos. Existe a farmácia, com os medicamentos fornecidos pelo governo, supervisionada pelo profissional farmacêutico, porém muito escasso para a realidade atual.

Visitas domiciliares são realizadas semanalmente. O relacionamento entre os membros da equipe é harmonioso, e não há conflitos. Reuniões com grupos acontecem mensalmente, principalmente para o HIPERDIA e grupos de gestantes. Apesar das dificuldades, a vontade de trabalhar de toda a equipe faz um grande diferencial.

O que posso falar sobre a minha Unidade básica de saúde é que vivencio uma constante mudança dia após dia. Ao entrar me deparei com um serviço esquecido e praticamente abandonado. Foram (e ainda são) diversas barreiras enfrentadas para

poder trabalhar com dignidade e dar um serviço de saúde com qualidade para uma população carente e que necessita de verdade de um cuidado mais próximo e acolhedor. Sempre acreditei no poder da união e constatei através do trabalho em equipe que tive com todos os membros da unidade básica de saúde de laranjeiras de Abdias. Cada funcionário exercendo seu papel e ajudando mutuamente um ao outro, sem deixar que alguém ficasse sobrecarregado. Confesso que pensei, a princípio, em pedir transferência de unidade básica, mas algo falou mais forte e o poder de tentar mudar positivamente a realidade vivida naquela comunidade falou mais alto. Hoje posso dizer com total certeza que tivemos uma evolução quanto serviço de saúde local, onde pouco a pouco conseguimos cadastrar mais famílias, lutamos por mais medicações, por melhores condições de trabalho, por uma reforma na unidade básica, na maior demanda de carros para a realização de visitas domiciliares e por uma maior assistência do serviço especializado (exames laboratoriais e de imagem e consultas médicas). Com isso ganhamos mais adesão dos usuários em nossas ações programáticas e na promoção à saúde dos habitantes da comunidade.

Ao ler o texto que escrevi, como tarefa, na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", vejo o quanto evoluímos positivamente, de fato. Realmente tivemos muitos problemas a serem sanados, muitas barreiras para se conseguir trabalhar em uma atenção primária que necessitava, além de um cuidado mais próximo, uma estrutura para dar suporte a tudo que idealizávamos e desejávamos construir. Uma equipe com um número inferior de funcionários e uma população numericamente desproporcional, com uma demanda reprimida sem constatação logística, estrutura física com diversos problemas e um sistema cheios de falhas e entraves. Mas como falado no parágrafo anterior, fomos à luta e aos poucos conseguimos melhorar a assistência. Muitos ainda são os percalços pelo caminho, porém essa mola propulsora de desejo de trabalhar e fazer o diferencial para a população é o que impulsiona a equipe da unidade e que faz com que a projeção para o futuro seja de algo bom, de uma comunidade que estará praticamente 100% coberta, com todas as gestantes, crianças e idosos sendo cuidados de perto, com ações de prevenção em que a população participe e se envolva e um sistema de saúde local que funcione e ajude de verdade a prática da boa assistência à saúde dos moradores.

Após realizar o levantamento dos dados físicos e operacionais da Unidade de Saúde na qual atuo, tive a oportunidade de realizar uma profunda mudança no olhar para questões relevantes do cotidiano; ampliando a observação de elementos físicos que podem ser revigorados para melhorar a atuação da equipe, bem como aprimorar a postura, minha e dos colegas, diante dos enfrentamentos; tive a percepção da necessidade de agregar pessoas para traçar metas e alcançá-las. Também percebi o quão distante a gerência dos serviços de saúde está de nosso trabalho, e como este distanciamento influi negativamente nas nossas intervenções.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município que atuo no Programa de Valorização ao Profissional da Atenção Básica (PROVAB) é São José de Mipibu, um município no estado do Rio Grande do Norte (Brasil), localizado na microrregião de Macaíba, grande Natal. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano 2010, sua população é de 39.771 habitantes e sua área territorial de 294 km². Atualmente o município conta com 18 unidades básicas de saúde, no entanto, segundo a gestão municipal, o Ministério da Saúde contemplou a cidade com mais quatro unidades básicas de saúde (UBS). Todas as UBS são da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além disso, um marco para a saúde primária é a existência de um NASF e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), dois importantes serviços que irão ajudar os usuários na fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social e na odontologia geral e especializada, como colocação de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias. Isso pode garantir uma maior assistência à população e um salto nos índices de saúde e qualidade de vida. Além disso, a atenção especializada é também uma realidade para a cidade, porém sofre de alguns problemas, como poucos profissionais em relação à demanda de usuários. Para se ter uma noção, dependendo da especialidade, um usuário chega a demorar mais de dois meses para conseguir uma consulta. O mesmo acontece com os exames complementares. Os exames laboratoriais chegam a demorar um ou dois meses. Já os de imagem podem ser mais de três meses. Já foi levado esse questionamento, em reunião, para a gestão municipal e a mesma ficou de tentar amenizar a situação. Estamos aguardando e ao mesmo tempo lembrando os

gestores. Quanto ao serviço hospitalar, a mesma possui um hospital regional de médio porte, porém há alguns meses ele foi judicializado por não haver médicos suficientes para fechar a escala, já que o governo não conseguiu contratar mais médicos, levando à sua interdição. Isso fez com que a Justiça do RN obrigasse a cidade a abrir uma UPA 24 horas. O que foi feito na realidade foi uma extensão de uma unidade básica de saúde que fica no bairro de Cohab, onde das 07:00 às 19:00 horas durante a semana funciona como Estratégia de Saúde da Família e das 19:00 às 07:00 (e nos finais de semana 24 horas) funciona como pronto-atendimento. Isso fez com que a demanda de urgência fosse direcionada para esse serviço, no entanto o mesmo não tem estrutura suficiente para funcionar como esse tipo de serviço, além de sobrecarregar o médico do ESF da unidade. Com essa carência, os usuários que precisam de atendimento de urgência/emergência são levados as cidades vizinhas, como Parnamirim e Natal. Já foram feitos diversos questionamentos com a gestão municipal, mas ela não nos deu um prazo para sanar esse problema.

A unidade básica que atuo chama-se Laranjeiras de Abdias, localizada em um distrito rural do município. Assim como todas as outras, ela pertence à Estratégia de Saúde da Família e possui apenas uma equipe, apesar da população da área ser de 4.331 pessoas com 912 famílias cadastradas. A equipe é composta por um médico, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma arquivista e seis agentes comunitários de saúde. Apesar de pequena, a equipe é bastante unida para a realização de suas atividades. Contudo, como a população é grande, não é suficiente apenas uma equipe e o trabalho fica sobrecarregado.

A estrutura física da unidade básica é bem precária. Ela se constitui de uma casa adaptada e tem mais de 10 anos de funcionamento e só foram feitos poucos reparos desde sua inauguração. A entrada já mostra o problema de acessibilidade que a mesma tem. A fachada tem uma área do chão sem calçamento e cobertura sem proteção. Os corredores e os cômodos são muito apertados, com dificuldade até para as atividades profissionais do dia-a-dia. Além disso, como nossa unidade é distante da cidade, necessitamos de geladeira para armazenamento de nossas refeições, já que o distrito não possui restaurante, porém a mesma teve um problema técnico desde antes a minha chegada e até agora não devolveram. A distribuição elétrica é prejudicada por não ter um sistema de estabilização. Falta

energia diversas vezes ao longo do dia. A sala de vacinas é dividida com a sala de curativos e de medicamentos. A farmácia fica em um ambiente fechado com ventilação e iluminação prejudicadas. Além disso, faltam muitas medicações, inclusive às pertencentes ao programa HIPERDIA. Já foi acionado o poder público local, afirmando que iria resolver o problema. De fato, mandaram medicações, mas não foi suficiente para a demanda da UBS. Até agora só reabasteceram uma única vez e a população novamente fica desprovida de medicações básicas na unidade. Haverá uma reunião com as equipes de saúde da família do município. Estamos preparando algumas reivindicações para serem colocadas em pauta. Uma delas será essa problemática da falta de medicações.

Como dito anteriormente nesse texto, a equipe de saúde da unidade básica é pequena para a demanda e tamanho da população. Infelizmente somos prejudicados por isso em alguns pontos. Uma coisa muito complicada é a falta de cobertura de uma boa parte da população, porque são apenas seis agentes de saúde. Já solicitamos à prefeitura a contratação de mais agentes comunitários de saúde para que possamos ampliar nossa cobertura. Isso será uma grande conquista para a saúde local. Além disso, por ser distante do centro da cidade (sede da prefeitura e órgãos municipais), o carro para a realização das visitas domiciliares a usuários acamados ou restritos à residência são limitados e comparecem sempre nos dias agendados. Isso complica muito o andamento e seguimento dessa parcela da população que precisa de uma assistência e um cuidado mais de perto. Levaremos também essas demandas para essa reunião, além de agendamento para visita do secretário de saúde do município para ouvir as reivindicações dos funcionários e usuários do distrito.

Como citado anteriormente no texto, a população total da comunidade de Laranjeiras de Abdias é de 4.331, sendo apenas 3.648 pessoas e 912 famílias cadastradas. Destes, são 1.949 números de homens e 2.382 de mulheres. Percebemos que a população vai além do que o Ministério da Saúde recomenda, onde 3.000 pessoas é o número ideal e 4.000 pessoas o máximo. A comunidade necessita de uma nova equipe de estratégia de saúde da família e esse pedido já foi encaminhado à gestão local. Como disse no início do texto, serão montadas mais quatro equipes. Estamos lutando para que uma equipe dessas venha para nossa comunidade.

Por esse motivo do excesso de pessoas e quantidade débil de funcionários da unidade, a demanda espontânea é algo problemático para a unidade, pois gera um excesso de trabalho, diminuindo até mesmo a qualidade (tempo X quantidade de pessoas) do atendimento. Foram colocadas algumas mudanças para não prejudicar o atendimento sem deixar a população descoberta. Foi colocada a técnica de enfermagem para a realização de uma triagem na parte dos atendimentos espontâneos. Caso o problema de saúde da pessoa não seja agudo e que necessite de atendimento imediato, a mesma é direcionada a uma consulta agendada em outro momento (de preferência na mesma semana), fazendo com que haja assistência.

A saúde da criança na unidade básica e em seu território correspondente tem uma atenção parcial, já que a demanda é grande e a equipe tem carência de funcionários. São em seu total, segundo dados levantados no caderno de ações programáticas, 63 crianças menores de 1 ano de vida e 126 crianças menores de 5 anos, sendo a primeira parcela correspondente a 83% de crianças residentes na área e acompanhadas na UBS. Contudo, dentro das possibilidades existem ações voltadas à saúde da criança, como o acompanhamento do período de puericultura. A mãe é cadastrada e a equipe faz o acompanhamento do bebê nessa fase. Depois disso a criança passa pelo "crescimento e desenvolvimento", onde médico e enfermeira fazem o acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do menor. Posteriormente são feitas ações de prevenção nas escolas e palestras na UBS. Além disso, são destinados dois turnos da semana para atendimento pediátrico, além do atendimento especializado pela pediatra (faz 80 atendimentos mensais). Por fim, as campanhas de vacinação que são destinadas a sua faixa etária tem uma ótima adesão.

Em relação ao pré-natal, foram encontradas, segundo dados levantados no caderno de ações programáticas, 16 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, totalizando uma porcentagem de 25%. Todas elas estão com o número de em dias, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre, assim como preconizado, além de solicitação dos exames laboratoriais (ex: Hemograma, glicemia de jejum, sumário de urina, tipagem sanguínea, etc..) preconizados para o primeiro trimestre, vacina antitetânica e contra hepatite B atualizadas, prescrição de suplementação de ferro e exame ginecológico trimestral oferecidos. Trabalhamos desde a alimentação da gestante,

quanto à palestras informativas sobre "transformação no organismo da gestante", "Alimentação saudável na gestação", "Aleitamento materno" e Cuidados gerais com o Recém-nascido" e o cuidado específico com o binômio mãe-feto. O problema que temos é em relação à burocracia nos exames de imagens, como na solicitação da ultrassonografia obstétrica morfológica, que pelo município apenas o obstetra poderá solicitar. Isso atrapalha muito o andamento do pré-natal, uma vez que muitos problemas da gestação podem ser resolvidos tranquilamente, sem ter que encaminhar a gestante à atenção secundária, que além de superlotar a demanda da obstetrícia, tem um nível de resolutividade semelhante ao nosso. Caso algum caso que seja além do que possamos resolver, encaminhamos. O registro das gestantes, é feito em um "cartão da gestante" no primeiro dia de seu pré-natal e a cada consulta há um registro dos dados clínicos nesse cartão e no prontuário da família pertencente a ela.

A prevenção do câncer de mama e colo do útero das mulheres da comunidade são seguidas pelas recomendações do Ministério da Saúde. Segundo informações do caderno de ações programáticas existem 886 mulheres, entre 50 e 69 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de colo de útero, correspondendo a 82%. Segundo a mesma fonte, 62% estão com o exame citopatológico para câncer do colo de útero em dia, 38% com exame citológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 1% para exame citológico alterado, 1% com avaliação de risco para câncer de colo do útero, 62% para orientação contra DST's, 55% com coletas de exames com amostras satisfatórias e exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. Além disso, ainda dentro da mesma fonte, existem 325 mulheres, entre 50 e 69 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de mama, correspondendo a 100%. 72% dessas mulheres estão com o exame de mamografia em dia, 51% estão com o exame de mamografia com mais de 3 meses em atraso, 42% estão em dia com a avaliação de risco para câncer de mama e 72% tiveram orientação de prevenção sobre câncer de mama. A cobertura é revestida de problemas, pois como foi abordado anteriormente, a demanda é grande e a equipe é pequena para sanar a problemática da cobertura. Dentro da nossa realidade, fazemos agendamentos de consultas em horários que são voltados para a realização de preventivos ginecológicos e exames de mama. Os agentes de saúde fazem o levantamento para a equipe interna marcar e agendar as usuárias de

acordo com as necessidades. Diferente de outros exames, a citologia oncótica chega rápido (média de 15 a 20 dias) e sua interpretação poderá ser em um curto intervalo de tempo, tanto que deixamos o retorno agendado. A enfermeira e o médico dividem as consultas e os retornos, sendo o último responsável por atender as usuárias que apresentarem alterações patológicas clínicas e laboratoriais. Quanto à mamografia e à ultrassonografia de mamas, a demora é constante. Muitas usuárias chegam com queixa da demora, e algumas, mesmo sem ter condições financeiras, acabam realizando por via particular. Pensando nisso, está em fase de planejamento para ser abordado dentro da esfera "saúde da mulher" um ciclo de palestras informativas para a população com o objetivo de reconhecer sinais e sintomas que caracterizem alterações em suas mamas e/ou parte genital. Com isso, o objetivo é fazer com que a mulher trabalhe bem sua prevenção indo ao posto de saúde, diminuindo o contexto "curativista" e passando a trabalhar na prevenção.

O cuidado com os hipertensos e diabéticos na unidade básica se dá única e exclusivamente pelo programa HIPERDIA e a recomendação e base referencial é o Ministério da Saúde. Segundo o caderno de ações programáticas, existem 223 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, totalizando 25%. 100% realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 8% tiveram atraso em consultas agendadas para mais de 7 dias, 100% estavam com exames complementares periódicos em dia, 100% tiveram orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e 89% estavam com avaliação bucal em dia. Quanto aos diabéticos, 82 usuários, com 20 anos ou mais, residentes na área e acompanhados na UBS, sendo um total de 32%. 100% realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 11% tiveram atraso em consultas agendadas para mais de 7 dias, 100% estavam com exames complementares periódicos em dia, 34% com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, 15% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, 1% com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 100% Com orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável e 95% com avaliação de saúde bucal em dia. Particularmente acho um programa interessante, mas limitado, uma vez que não há um seguimento completo do usuário. Dentro das nossas possibilidades trabalhamos com cadastramento de novos hipertensos e diabéticos, consultas clínicas voltas para o programa e palestras informativas sobre estilo de vida, doença propriamente dita

e tratamento. Como a maior parte é formada por idosos, esse grupo tem demonstrado a preocupação com a saúde e a participação é sempre muito boa, melhor do que prevemos. Quanto ao registro, isso deixa a desejar. O mesmo é feito apenas no prontuário. Já solicitei a ficha de cadastro e atendimento dos usuários do HIPERDIA para acompanharmos a evolução de sua doença de base e tomada de condutas, caso seja necessário.

Assim como foi mencionado no parágrafo anterior, os idosos fazem parte da maior parcela de usuários da unidade básica. porém, mesmo com tanta demanda da faixa etária acima de 60 anos, não seguimos um protocolo de atendimento específico ainda. Como podemos perceber, existem diversos problemas estruturais e logísticos na unidade que atuo, porém, aos poucos, através de reuniões, pesquisas e contatos com colegas de unidades de saúde próximas, estamos tentando desenvolver ações e medidas que visam a ajudar e mudar positivamente a dinâmica de atendimento e a assistência aos idosos. Por enquanto os programas oferecidos são: HIPERDIA e "caminhada feliz", que consiste em uma caminhada supervisionada por um profissional da educação física três vezes na semana. A próxima ação será de toda a equipe da unidade básica de saúde junta com o NASF, onde estamos programando uma ação conjunta, que visa à promoção da saúde contínua através de palestras e ações educativas.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Unidade Situacional

O que posso falar sobre a minha Unidade básica de saúde é que vivencio uma constante mudança dia após dia. Ao entrar me deparei com um serviço esquecido e praticamente abandonado. Foram (e ainda são) diversas barreiras enfrentadas para poder trabalhar com dignidade e dar um serviço de saúde com qualidade para uma população carente e que necessita de verdade de um cuidado mais próximo e acolhedor. Sempre acreditei no poder da união e constatei através do trabalho em equipe que tive com todos os membros da unidade básica de saúde de laranjeiras de Abdias. Cada funcionário exercendo seu papel e ajudando mutuamente um ao outro, sem deixar que alguém ficasse sobrecarregado. Confesso que pensei, a princípio, em pedir transferência de unidade básica, mas algo falou

mais forte e o poder de tentar mudar positivamente a realidade vivida naquela comunidade falou mais alto. Hoje posso dizer com total certeza que tivemos uma evolução quanto serviço de saúde local, onde pouco a pouco conseguimos cadastrar mais famílias, lutamos por mais medicações, por melhores condições de trabalho, por uma reforma na unidade básica, na maior demanda de carros para a realização de visitas domiciliares e por uma maior assistência do serviço especializado (exames laboratoriais e de imagem e consultas médicas). Com isso ganhamos mais adesão dos usuários em nossas ações programáticas e na promoção à saúde dos habitantes da comunidade.

Ao ler o texto que escrevi, como tarefa, na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", vejo o quanto evoluímos positivamente, de fato. Realmente tivemos muitos problemas a serem sanados, muitas barreiras para se conseguir trabalhar em uma atenção primária que necessitava, além de um cuidado mais próximo, uma estrutura para dar suporte a tudo que idealizávamos e desejávamos construir. Uma equipe com um número inferior de funcionários e uma população numericamente desproporcional, com uma demanda reprimida sem constatação logística, estrutura física com diversos problemas e um sistema cheios de falhas e entraves. Mas como falado no parágrafo anterior, fomos à luta e aos poucos conseguimos melhorar a assistência. Muitos ainda são os percalços pelo caminho, porém essa mola propulsora de desejo de trabalhar e fazer o diferencial para a população é o que impulsiona a equipe da unidade e que faz com que a projeção para o futuro seja de algo bom, de uma comunidade que estará praticamente 100% coberta, com todas as gestantes, crianças e idosos sendo cuidados de perto, com ações de prevenção em que a população participe e se envolva e um sistema de saúde local que funcione e ajude de verdade a prática da boa assistência à saúde dos moradores.

Após realizar o levantamento dos dados físicos e operacionais da Unidade de Saúde na qual atuo, tive a oportunidade de realizar uma profunda mudança no olhar para questões relevantes do cotidiano; ampliando a observação de elementos físicos que podem ser revigorados para melhorar a atuação da equipe, bem como aprimorar a postura, minha e dos colegas, diante dos enfrentamentos; tive a percepção da necessidade de agregar pessoas para traçar metas e alçá-las. Também percebi o quão distante a gerência dos serviços de saúde está de nosso trabalho, e como este distanciamento influi negativamente nas nossas intervenções.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, arterial periférica e renal e este risco aumenta com o envelhecimento da população. O diabetes mellitus (DM) é uma doença de caráter metabólico que leva o organismo a altos níveis de hiperglicemia e suas complicações como: disfunção em olhos, rins, nervos, coração, cérebro. Estes altos níveis de glicemia podem ocorrer por problemas na secreção e/ ou ação da insulina envolvendo destruição de células produtoras de insulina, resistência à insulina, problemas na secreção da mesma. Por esses motivos foi escolhido como o tema a “Melhoria da atenção à saúde dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da unidade básica de saúde de Laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu-RN”, pois sabemos que a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. O mesmo perfil de agressão ao longo prazo pode ser considerado para a Diabetes mellitus, pois a mesma pode gerar sequelas crônicas irreparáveis.

A Unidade de Saúde de Laranjeiras de Abdias, composta de um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde, uma arquivista/recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Esta equipe atinge em seus atendimentos um total de 4331 pessoas em sua totalidade, tendo 25% (223) de usuários hipertensos e 32% (82) de usuários diabéticos, com base nos dados levantados no caderno de ações Programáticas disponibilizado pelo curso de especialização em saúde da família. A UBS tem uma estrutura bem precária, composta de apenas um consultório médico,

um consultório de enfermagem e um gabinete de atendimento odontológico. Além disso, possui uma sala de vacina, sala para armazenamento de medicações, uma recepção e uma cozinha. Todas essas estruturas citadas são envelhecidas e com um tamanho não adequado para o devido atendimento, pois são pequenas e de difícil circulação dos funcionários e usuários.

Esta ação é de suma importância para o bem estar da população local e um grande desafio, pois atingir uma população que não possuía tais cuidados e com isso modificar seu estilo de vida é um tanto difícil no início, mas com o tempo, e ao visualizarem que alguns usuários melhoraram sua qualidade de vida, os que não estavam participando devem aumentar a demanda no grupo para atendimento. Quanto aos aspectos para viabilizar a ação, procurarei intensificar as orientações sobre a prática de atividades físicas e como tais exercícios podem trazer melhorar sua qualidade de vida, prevenindo fatores de risco para complicações ou fatores que podem ser desencadeantes de novas doenças para tal população. Quanto às dificuldades e limitações creio que um fator importante é a presença de esfigmomanômetros calibrados para a verificação adequada da pressão arterial e a presença de medidores de glicemia capilar e lancetas para acompanhamento dos quadros de diabetes mellitus.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da unidade de saúde de Laranjeiras de Abdias/RN

2.2.2 Objetivos Específicos

A intervenção propõe-se, dentro do contexto acima, alcançar seis objetivos específicos:

- 1 Ampliar a cobertura de usuário hipertenso e diabéticos;
- 2 Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos nos programas de atenção;
- 3 Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos;
- 4 Melhorar os registros de informações;
- 5 Mapear usuários hipertensos e diabéticos quanto ao risco de doença cardiovascular;
- 6 Promoção à saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2:

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

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

Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos;

Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:

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

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

Relativas ao objetivo 4:

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

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

Relativas ao objetivo 5:

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

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

Relativas ao objetivo 6:

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

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

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

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

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

A metodologia que será usada para a realização deste trabalho é uma intervenção com os usuários portadores de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus que são examinados na Unidade de Saúde de Laranjeiras de Abdias, na cidade de São José de Mipibu, Rio Grande do Norte, em um período de 8 semanas.

- 1) Objetivo cobertura: A meta é cadastrar 100% dos hipertensos e Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Estes usuários passarão por avaliação clínica periódica, com avaliação de seu exame físico geral e específico, associado a avaliação de exames laboratoriais de rotina para serem analisados quanto a evolução de suas doenças. Esta avaliação não somente abrangerá as doenças de base para o projeto, mas sim atingirá o indivíduo como um todo, como preza o princípio do SUS da Universalização.
- Ações de cobertura: Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Organização e gestão de serviço: Em reuniões será reforçada a necessidade de questionar se o usuário costuma verificar a pressão arterial, em caso de negativa, acolhê-lo pra aferir e em caso de alteração, pré agendar consulta médica. Caso de usuário sabidamente hipertenso, verificar se este se encontra cadastrado, verificar se os aparelhos de aferição da unidade de saúde encontram-se calibrados, garantir adequação a cada seis meses. Deveremos solicitar à gestão local número de aparelhos condizentes com a necessidade do serviço. No que diz respeito aos usuários diabéticos, cadastrá-los em sistema de informação, realizando a devida classificação de risco, ações realizadas por toda a equipe. Em reunião

preliminar, o serviço de recepção de enfermagem será instruído a acolher o indivíduo que procura o serviço no sentido de estimulá-lo a realizar exame de glicemia de jejum, se tiver mais de 18 anos e nunca o fez; detectar no acolhimento se o usuário já é diagnosticado como sendo portador de Diabetes Mellitus e se abandonou o tratamento, aferindo a glicemia capilar. Agentes comunitários de saúde serão incentivados a orientar usuários visitados, sobre qualquer motivo, a aferir a glicemia na unidade básica. Engajamento público: Tanto para o programa de Hipertensão Arterial quanto o de Diabetes, informar a comunidade sobre a existência da ação de atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, em atividades de sala de espera e em grupos pré formados. Reafirmar o apoio familiar e preparar material circulatório de marketing do projeto. Qualificação da prática clínica: Serão agendadas reuniões semanais com a equipe, no início da implantação das intenções, em turnos diferentes. Na sequência as reuniões passam a ser quinzenais. Comunicaremos a proposta de intervenção e o papel de cada um da equipe no processo, desde o acolhimento direcionado pela enfermagem até a condução da informação pelos agentes comunitários. Reciclaremos a equipe sobre o modo correto da aferição da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, conforme diretrizes.

- 2) Objetivo Qualidade: Como metas deveremos realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e Diabéticos. Estes usuários deverão ser monitorados quanto a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, além de solicitar e acompanhar os exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na unidade de saúde e cartilha de hipertensão arterial sistêmica e diabetes do Ministério da saúde, 2006. Esses exames laboratoriais serão solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Algo também a ser feito é o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Ações de qualidade: Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e Diabéticos, além de monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e o número de hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada: Organização e gestão de serviços: Vamos definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos

e diabéticos, e organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, além de estabelecer uma periodicidade para atualização dos profissionais. Algo muito importante para o processo dinâmico do projeto é a disposição de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde e a garantia de pedidos de solicitação dos exames complementares. Algo fundamental é garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos para garantir a saúde integral do usuário. Por fim, será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Engajamento público: Serão feitas orientações aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Iremos orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares. Além disso, 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. Qualificação da prática clínica: As ações se concentrarão em capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e a seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, além de realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes e orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- 3) Objetivo Adesão: Como metas é indicativo buscar 100% dos hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Ações de Adesão: Monitoramento e avaliação: Deve-se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Organização de serviços: Vamos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Engajamento público: Iremos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e ouvi-la sobre

estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus (se houver número excessivo de faltosos), além de esclarecer aos mesmos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Qualificação da prática clínica: Será feito um treinamento aos Agentes comunitários de saúde para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a importância de realizarem as consultas e sua periodicidade.

4) Objetivo de Registro: Como metas deveremos manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Ações de Registro: Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Organização e gestão de serviço: Lutaremos para manter as informações do SIAB atualizadas e implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Além disso, pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento desses registros. Por fim, 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. Engajamento público: iremos orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Qualificação da prática clínica: Devemos treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertensos e diabéticos. Além disso, capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

5) Objetivo de Avaliação de risco: Como metas deveremos realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Ações de Avaliação de Risco: Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Organização e gestão de serviço: Deveremos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Engajamento público:

Iremos 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). Qualificação da prática clínica: Deveremos capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e, em especial, avaliação dos pés, e mostrar a equipe a importância do registro desta avaliação, além de capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

6) Objetivo de Promoção a saúde: Como metas deveremos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos deveremos monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Além disso, será feita uma monitorização para a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos e orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Por fim, daremos uma orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. Gestão e organização de serviço: Iremos organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético e estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários. Além disso, iremos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e estabelecer parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Por fim, é de muita importância a Organização de práticas coletivas para orientação de atividade física e estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Engajamento público: Tentaremos buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista e orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Além disso, orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Por fim, orientar os hipertensos e diabéticos

tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Qualificação da prática clínica, iremos capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético e a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores da intervenção serão levantados à medida que os dados forem coletados, gerenciado em planilha anexada. A seguir descreveremos cada objetivo específico com as correspondentes metas e indicadores:

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

2. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 3.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 3.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 3.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

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

Indicador 3.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.8 Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

3. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

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

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa

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

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

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

6. Promoção da saúde

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

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

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

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A logística se dará com a orientação e subsidio dos materiais fornecidos pela Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, Sociedade Brasileira de Diabetes e o Cadernos de Atenção Básica 15 e 16. Usarei a ficha de atendimento clínico disponibilizada, na qual está apontado fatores de risco cardiovascular, fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, além de uma ficha espelho para registro de exames complementares.

Sobre a organização do registro específico, para organizar os usuários que estarão sendo atendidos nesse novo programa, para que possa atingir a meta desejada, procurarei separar com a enfermeira da equipe e com as pessoas responsáveis pelo armazenamento dos prontuários para que zelem essas fichas, para que não haja perdas. Tomarei também por base, uma avaliação da prática de atividades físicas para que esses usuários possam ser acompanhados na questão dessas práticas, e se estão fazendo acompanhamento com a nutricionista.

Para capacitar a equipe para a sua participação nesta ação programática, os profissionais serão capacitados em reunião, principalmente os profissionais que são responsáveis pelo preparo dos usuários para que estas possam averiguar de forma correta a pressão arterial e a glicemia capilar destes usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

A ação programática que estou desenvolvendo e participando juntamente com a equipe de estratégia de saúde da família da unidade básica de saúde de laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu-RN retrata o cuidado com os adultos portadores de Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Como planejado no início das atividades, realizamos inicialmente uma avaliação da equipe quanto à forma dos mesmos realizarem a avaliação da pressão arterial dos usuários e quanto à glicemia, após conseguirmos junto ao gestor do município e coordenadora da atenção básica os equipamentos necessários (principalmente o glucosímetros, que estava quebrado e as fitas do mesmo, pois estavam em falta).

Nas reuniões de equipe foi verificado sempre que possível a disponibilidade de todos os componentes para que pudéssemos realizar a leitura dos Cadernos de Atenção Básica destes temas, para podermos aprofundar em alguns pontos que são de importância para toda a equipe. Também observamos nestes encontros, a necessidade de alguns usuários para realizar visitas domiciliares aos que não podem vir à unidade de saúde para então prescrevermos suas medicações e os avaliarmos de forma geral. Nestas reuniões também abordamos quanto aos usuários faltosos, procurando identificar em qual área estava mais ocorrendo e com isso agirmos em cima destes usuários para procurarmos identificar os motivos destes e assim sendo modificarmos alguns pontos para que possamos atingir de forma igualitária e em sua totalidade os usuários que deveriam ser abrangidos pela ação lá desenvolvida.

Os atendimentos ocorriam em determinado dia já determinado na agenda da equipe, em que ocupavam em sua maioria até 90% das vagas com estes usuários. Quando os mesmos viam as consultas procurava sempre questionar se estes se apresentavam com alguma queixa, identificando-as e tratando as identificadas. Questionava quanto ao alcoolismo e tabagismo e procurava mostrar a importância

de não realizarem tais hábitos. Nestas, também avaliava a necessidade de realizar os exames complementares que não estavam em dia e sempre que necessário, solicitava. Além de uma abordagem quanto a necessidade de fazerem avaliação odontológica.

Quanto às ações de engajamento público que foram realizadas na unidade, pudemos concretizar três reuniões com parte da população abordando temas ligados à temática do projeto. Pudemos obter nestes encontros uma população até considerável, chegando próximo de um total de 80 pessoas por encontro. Nestes encontros, abordava quanto a importância da prática de atividades físicas mostrando que com isso melhorariam sua qualidade de vida. Além disso, foi reforçada a vantagem da socialização com outras pessoas e com isso a criação de novas amizades o que também é um importante fator para melhorar a qualidade de vida.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Quanto às ações que acabaram não sendo desenvolvidas, acredito que ficou um tanto difícil receber os resultados dos exames dos usuários credenciados com a prefeitura municipal de São José de Mipibu, levando grande parte dos usuários a fazerem seus exames no sistema privado. Muitos não tinham condições financeiras e tiveram que esperar a realização dos exames pelo sistema municipal de laboratórios e atrasaram os dias de apresentação dos mesmos.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

O que podemos classificar como algo que tenha levado à dificuldade no fechamento da planilha foi o atraso das semanas de projeto de intervenção, por questões pessoais e por acúmulo de obrigações na unidade básica de saúde, já que

são 4.331 pessoas apenas para uma equipe e uma demanda reprimida muito grande para a equipe conseguir dar cobertura.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Algo que deixou a equipe muito satisfeita é a incorporação do projeto à rotina da equipe. Todos os membros da mesma apoiaram essa causa. Assim, daremos continuidade ao projeto. Com isso ajudaremos na qualidade de vida e saúde dos portadores de HAS e DM e estaremos deixando um legado na UBS.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados obtidos durante a intervenção demonstraram que houve uma mudança significativa na assistência dos grupos dos usuários envolvidos e uma maior cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos.

Avaliando os indicadores adotados no início do projeto, a meta para cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde foi de 100% para ambos os usuários. Obtivemos como resultado uma cobertura de 25,1% (56 usuários) no primeiro mês e 45,3% (101 usuários) no segundo mês para os hipertensos, como mostra a Figura 1 e 37,8% (31 usuários) no primeiro mês e 67,1% (55 usuários) no segundo mês para os diabéticos, como mostra na Figura 2. Acredito que essa cobertura foi considerada satisfatória, uma vez que a área de atuação do projeto era composta de uma população muito grande (4.331 pessoas) e sem organização completa de cobertura e assistência da atenção primária. Como tivemos apenas 8 semanas para desenvolver a ação programática, não alcançamos números satisfatórios. Contudo, como essa ação está implementada na rotina da UBS, a expectativa é de que esses índices possam aumentar.

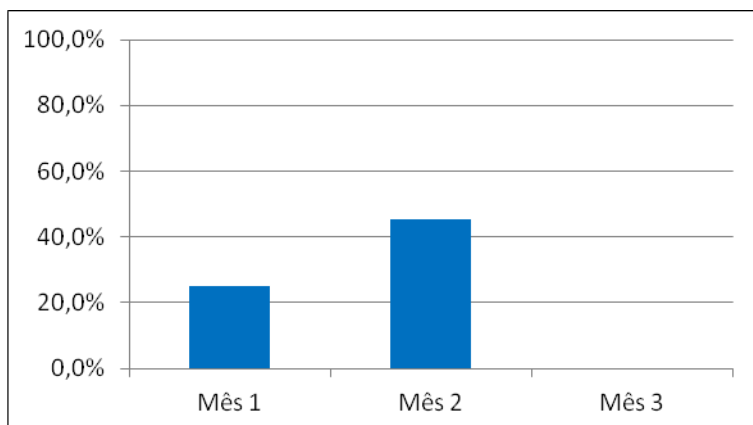


Figura 1. Cobertura de hipertensos referentes à área da UBS de laranjeiras de Abdias

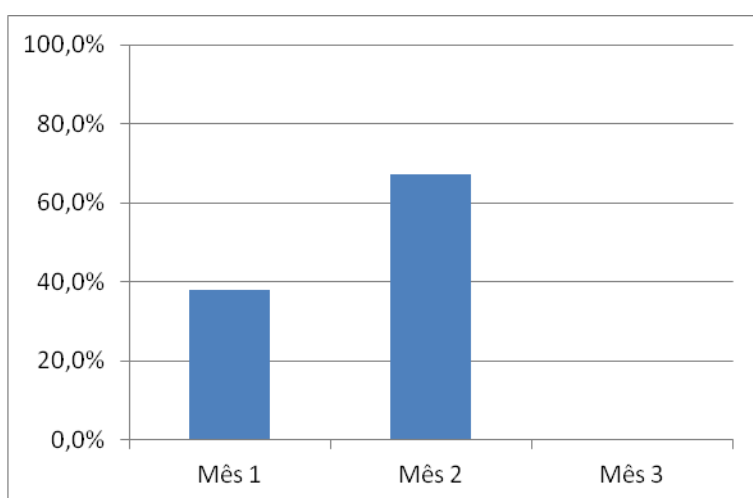


Figura 2. Cobertura de Diabéticos referentes à área da UBS de laranjeiras de Abdias

Quanto à proporção de usuários com exame clínico em dia para hipertensos e diabéticos, tivemos como meta atingir 100% dos usuários e atingimos valores superiores a 95% , como 98,2% (55 usuários) e 98% (99 usuários) referente ao primeiro e segundo mês para os usuários hipertensos, assim como mostra a Figura 3 e 96,8% (30 usuários) e 96,4% (53 usuários) para os usuários diabéticos, demonstrados na Figura 4. Esse resultado foi bastante satisfatório, uma vez que, apesar dos poucos recursos apresentados na UBS, conseguimos manter e realizar o exame clínico orientado para a HAS e DM e suas complicações. Esse resultado foi muito animador e tende a seguir estável no decorrer do projeto fixado na UBS.

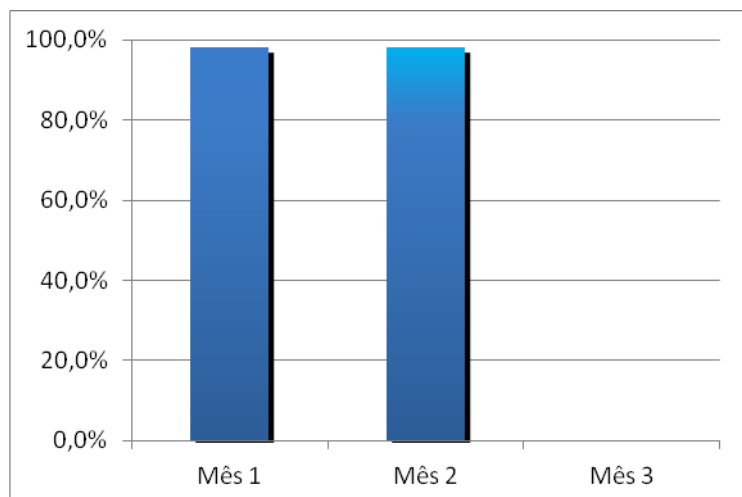


Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

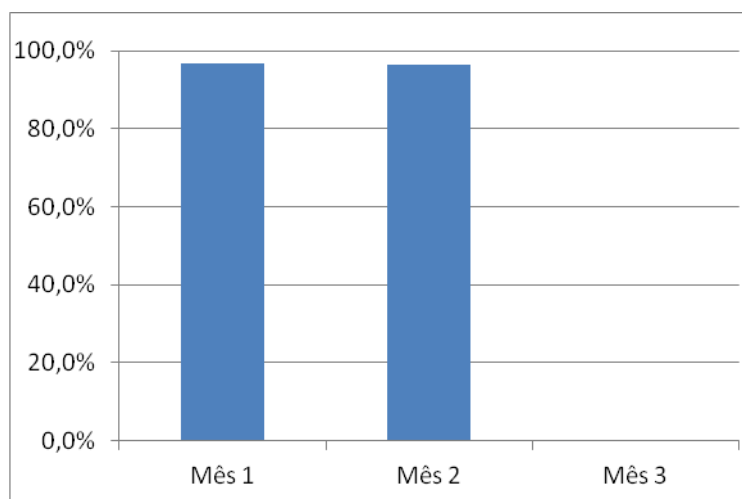


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Quanto à meta de solicitação de exames complementares em dia, tivemos como meta 100% dos usuários, e após os dois meses de intervenção atingimos mais de 90% dos usuários, sendo 83,9% (47 usuários) no primeiro mês e 93,1% (94 usuários) no segundo mês para os hipertensos, como mostrado na Figura 5 e 87,1% (27 usuários) e 94,5% (52 usuários) para os diabéticos, de acordo com a Figura 6, respectivamente. Consideramos esses resultados também satisfatórios, uma vez que, apesar do grande intervalo de tempo e hiato na logística local na entrega dos resultados, conseguimos conversar com o laboratório e o mesmo fez um sistema diferenciado, priorizando os usuários da intervenção, agilizando a entrega e não havendo problemas em relação à continuidade do trabalho. Acreditamos que com o decorrer da ação conseguiremos atingir a meta.

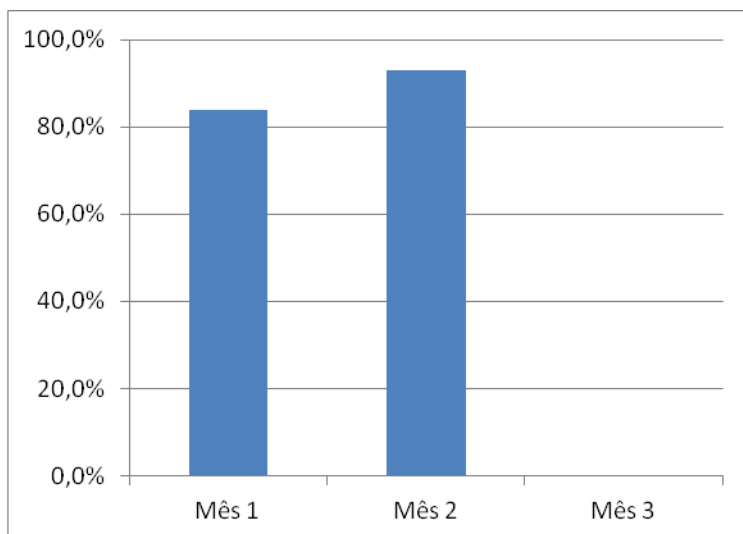


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

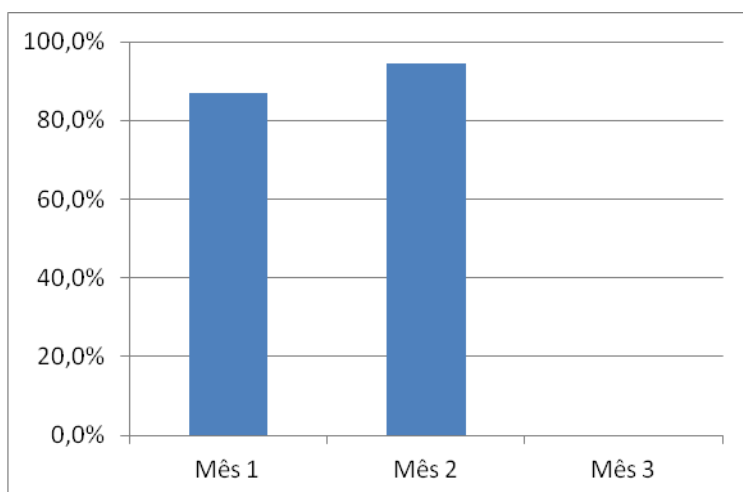


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Quanto à proporção de usuários com os medicamentos prescritos da lista de Hiperdia ou farmácia popular, tivemos como meta 100% destes usuários com estes medicamentos. Obtivemos como resultado da intervenção valores superiores a 98% para hipertensos e 100% para os usuários diabéticos, sendo 98,2% (55 usuários) para o primeiro mês e 99% (100 usuários) para o segundo mês referente aos portadores de HAS, como mostra na Figura 7 e 96,8% (30 usuários) e 98,2% (54 usuários) referentes aos dois meses aos portadores de DM, como está explícito na Figura 8. Isto facilitou a obtenção de seus tratamentos e com isso uma melhora sua qualidade de vida. Tivemos um bom trabalho porque conseguimos, junto com a gestão local, abastecer a farmácia da UBS e conseguimos dar suporte quase que

em sua totalidade aos usuários da intervenção, garantindo suas receitas e, conseqüentemente, a distribuição das medicações dispostas no programa de Hiperdia/Farmácia Popular.

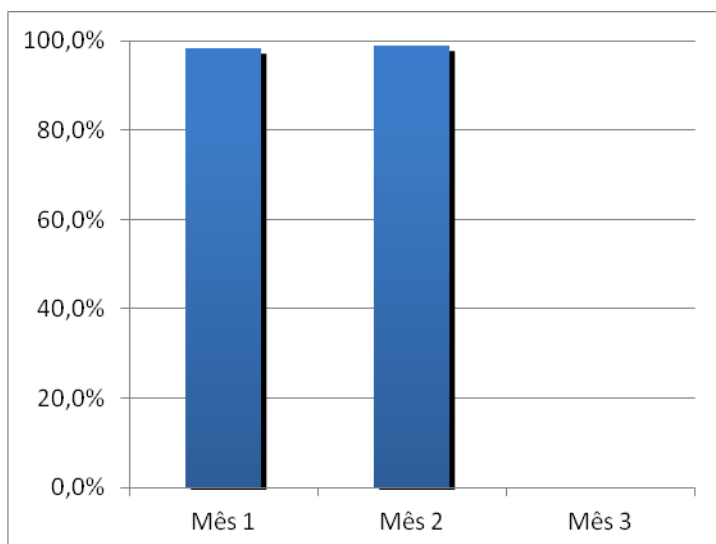


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

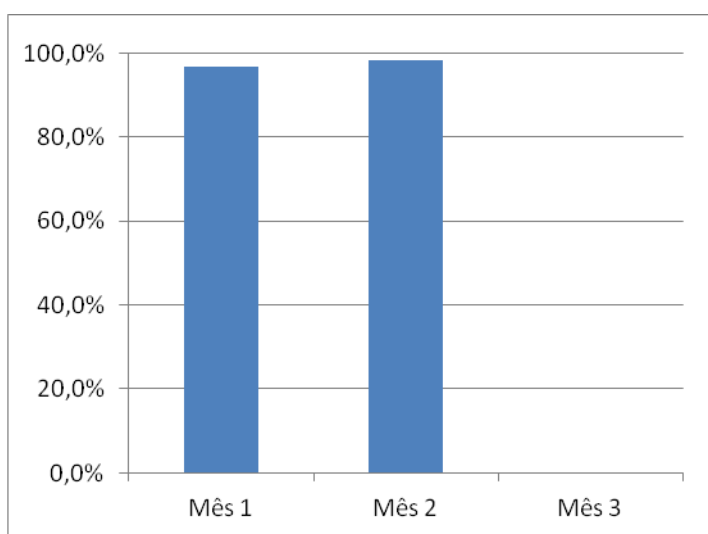


Figura 8. Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

Quanto à avaliação odontológica destes usuários, tivemos como meta atingir 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Conseguimos atingir no primeiro mês 89,3% (50 usuários) e 96% (97 usuários) no segundo mês para os hipertensos, demonstrado na Figura 9 e 89,3% (26 usuários) e 96,4% (53 usuários) para os diabéticos dos usuários avaliados durante a intervenção, fossem também avaliados

pela odontologia, mostrado na Figura 10. Tivemos um problema com o profissional da odontologia, pois o mesmo foi remanesjado para outra UBS e ficamos sem um substituto por 1 mês, que conseqüentemente atrapalhou o adamento da ação. Apesar disso, c onsideramos um resultado satisfatório, uma vez que conseguimos trabalhar um tema bem importante na atenção básica, já que trabalhamos em conjunto, a medicina e a odontologia, visando ao usuário na integralidade.

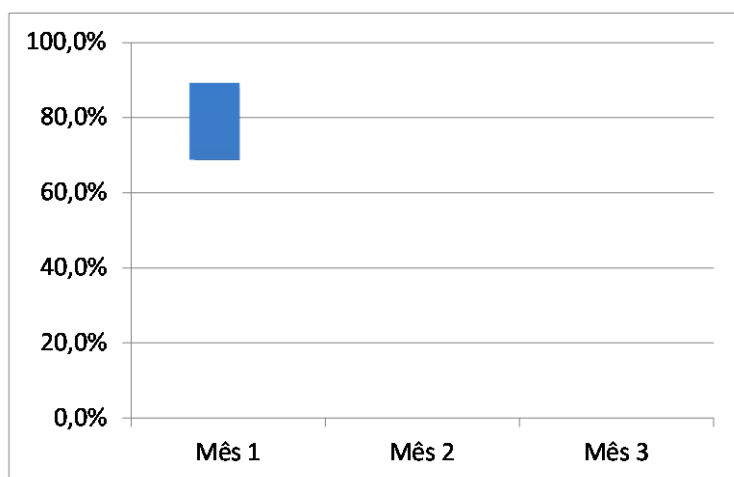


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

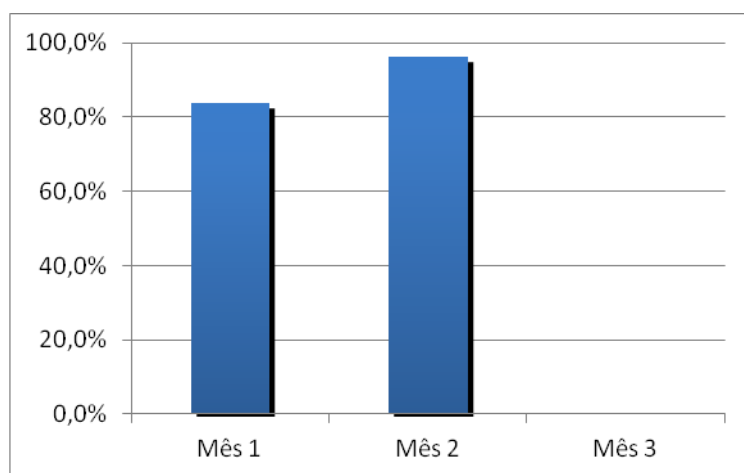


Figura 10. Proporção de diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Com relação aos usuários faltosos à consulta, tínhamos como meta realizar a busca ativa de 100% destes usuários e conseguimos, pelo pequeno número de faltosos, pois só tivemos um usuário (0,0%) faltoso no primeiro mês e dois (100%) usuários faltosos no segundo mês para os hipertensos, como mostra a Figura 11 e nenhum usuário faltoso para os diabéticos no primeiro mês (0,0%) e apenas dois (100%) para o segundo mês, assim demonstrado na Figura 12. Podemos considerar

que atingimos tal meta. Acho que esse resultado se deve ao bom desempenho da equipe e à excelente participação da população no processo de construção da intervenção.

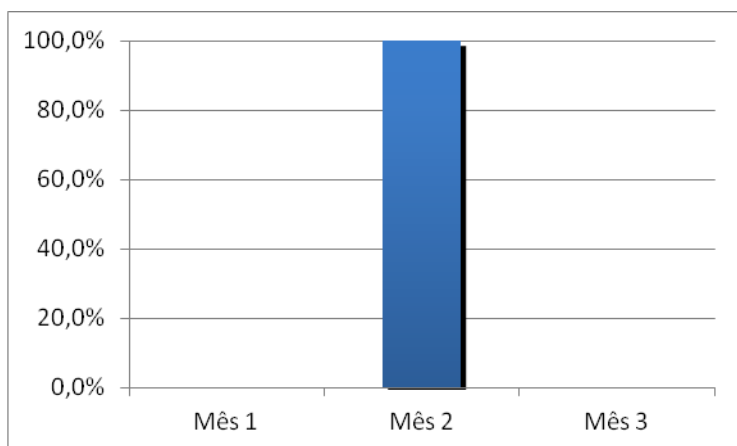


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

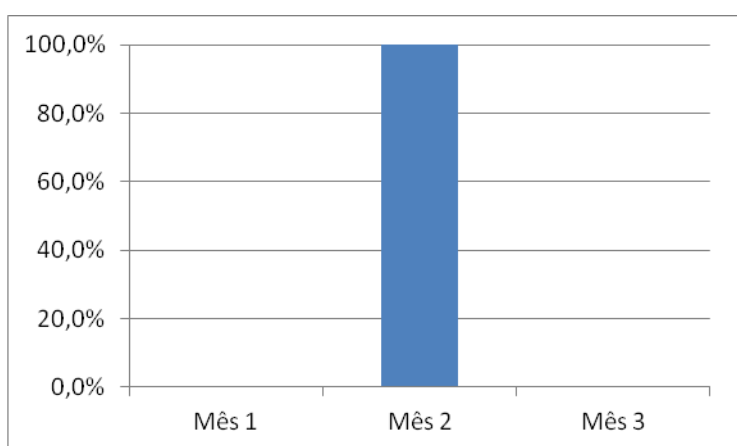


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Quanto à proporção de usuários com a ficha de registro adequada na ficha de acompanhamento, tivemos como meta atingir 100%, sendo que alcançamos para usuários hipertensos 98,2% (55 usuários) no primeiro mês de intervenção e 100% (101 usuários) ao segundo mês, como mostra a Figura 13. Quanto aos diabéticos, tivemos como resultado no primeiro e segundo mês 100% (31 e 55 usuários, respectivamente) dos usuários, como demonstrado na Figura 14. Esse excelente valor obtido se deve ao empenho de toda a equipe em organizar o preparo e registro das informações dos usuários da intervenção. Com o decorrer da ação que fixamos na UBS o andamento se dará com muito mais organização, uma vez que há registro adequado.

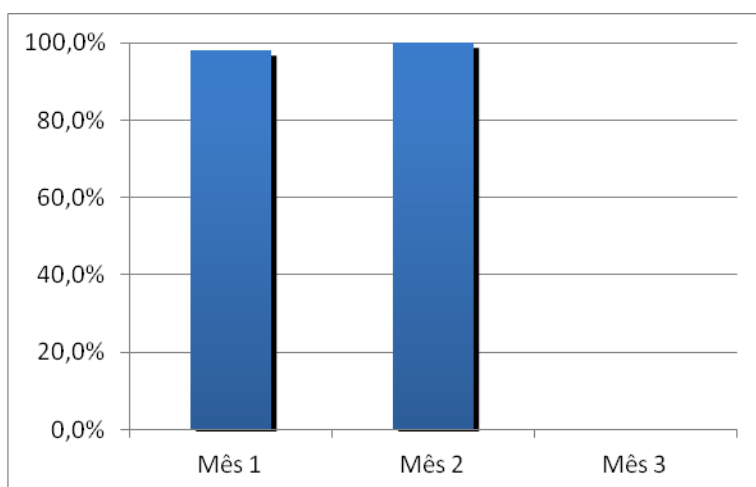


Figura 13. Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

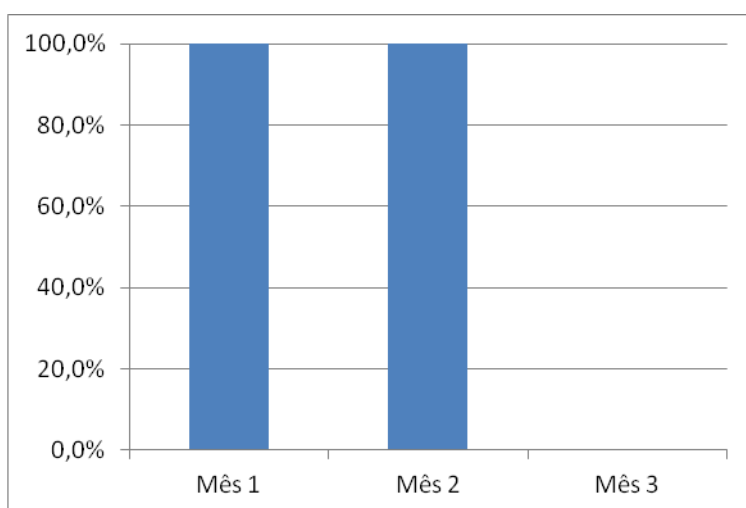


Figura 14. Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Quanto à estratificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos, tivemos como meta atingir 100% dos usuários e obtivemos como resultado uma estratificação de 96,4% (54 usuários) no primeiro mês e 99% (100 usuários) para hipertensos, segundo a Figura 15 e 96,8% (30 usuários) e 98,2% (54 usuários) para diabéticos, como mostra a Figura 16. Assim como a maioria dos resultados, tivemos bons números, pois a equipe trabalhou empenhada, além dos agentes comunitários de saúde terem um papel fundamental, pois os mesmos tinham um subsídio maior para levantarem os dados dos usuários para estratificação de risco.

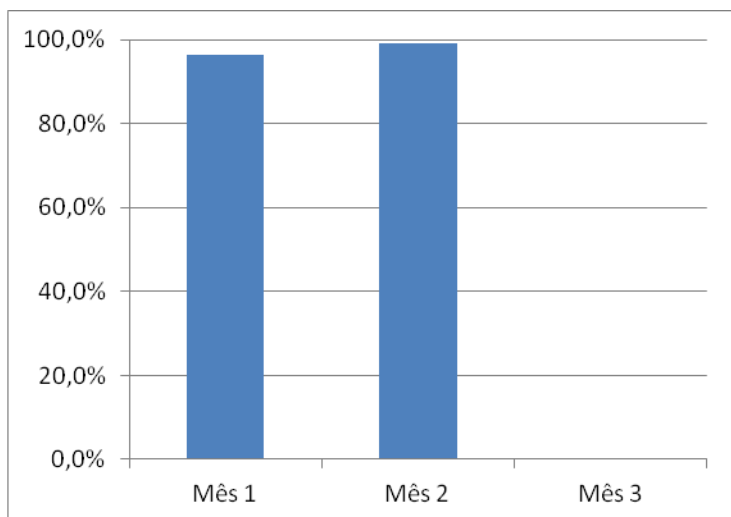


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

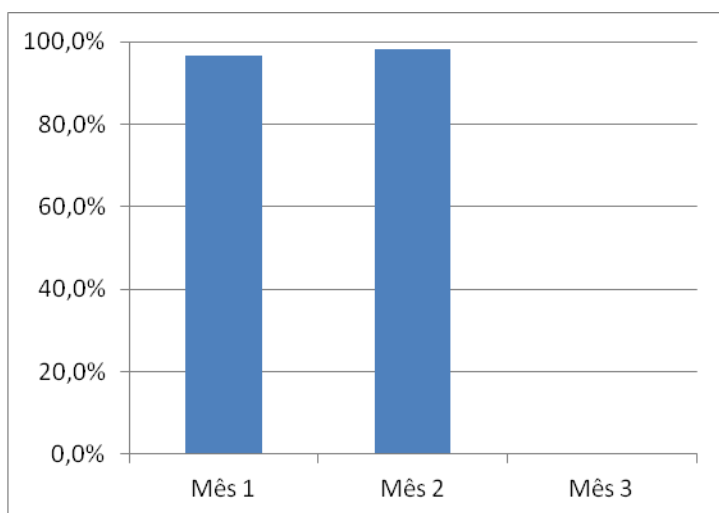


Figura 16. Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Quanto à orientação nutricional, a meta a ser atingida era de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, terem esta orientação sobre uma correta alimentação e os benefícios de tal prática à sua saúde. Atingimos com o decorrer da intervenção 100% (56 usuários) no primeiro mês e 99% (100 usuários) no segundo mês destes usuários hipertensos, como mostra a Figura 17 e 100% (31 usuários) e 98,2% (54 usuários) dos diabéticos recebessem tais orientações, que eram passadas nas consultas médicas, assim como mostra a Figura 18. Essa parte foi animadora, porque conseguimos atingir bons índices já que envolveu a equipe e o bom senso dos usuários e seus familiares. Através disso, essa orientação foi positiva e houve de verdade a mudança para uma alimentação mais saudável.

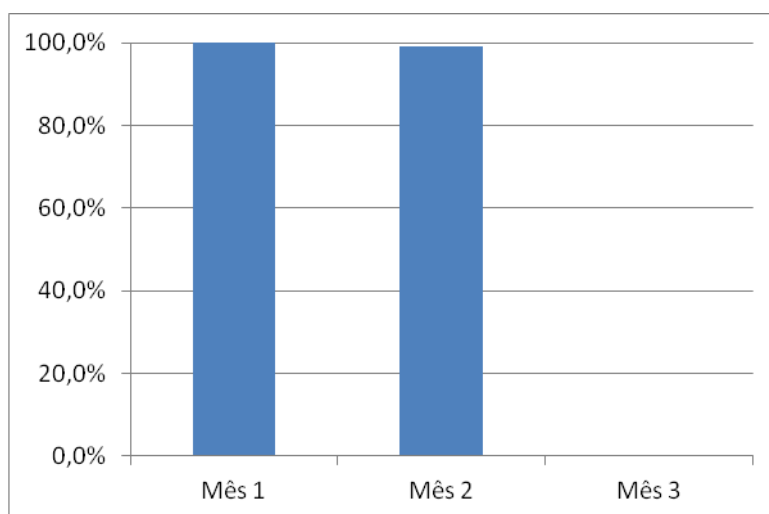


Figura 17. Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

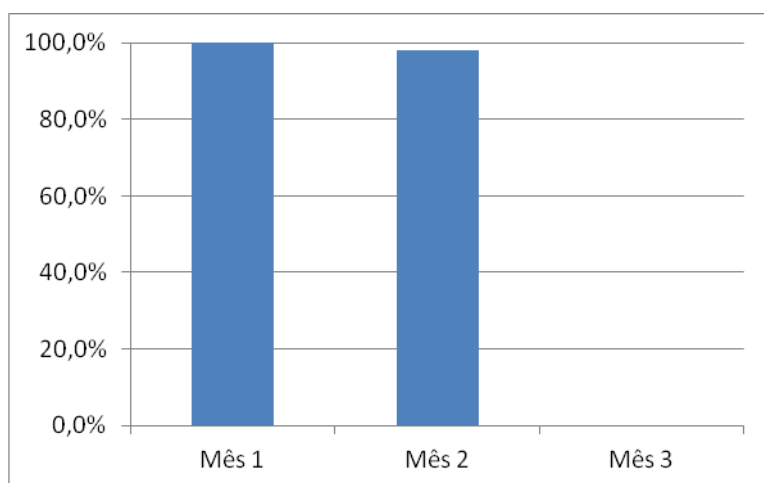


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Sobre a prática de atividades físicas regulares, tivemos como meta atingir que 100% destes usuários a realizassem, e com o auxílio de um grupo que há na unidade, durante o período matutino e vespertino, houve uma aceitação da população e 100% (56 usuários) e 99% (100 usuários) destes usuários Hipertensos no primeiro e segundo mês, respectivamente, tiveram bons resultados, como é claro na Figura 19. Já os diabéticos atingiram 100% (31 usuários) no primeiro mês e 98,2% (54 usuários) no segundo mês, pois também resolveram aderir a estas atividades realizando caminhadas matinais, como é mostrado na Figura 20. Atingimos bons resultados porque a população compreendeu a importância da prática de exercícios físicos para a saúde, e juntamente com a equipe, puderam trabalhar de forma prática e diária os exercícios planejados. A equipe,

principalmente na figura do agente comunitário de saúde teve uma grande parcela, pois era um grupo bem participativo e estimulava a população a comparecer aos grupos.

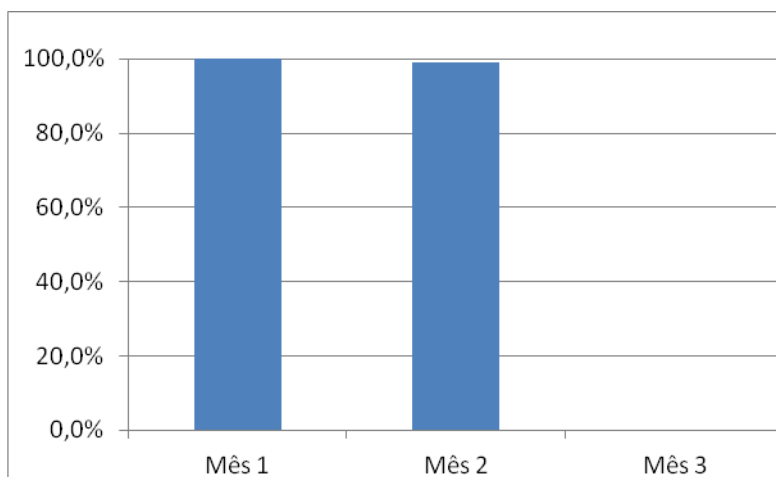


Figura 19. Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

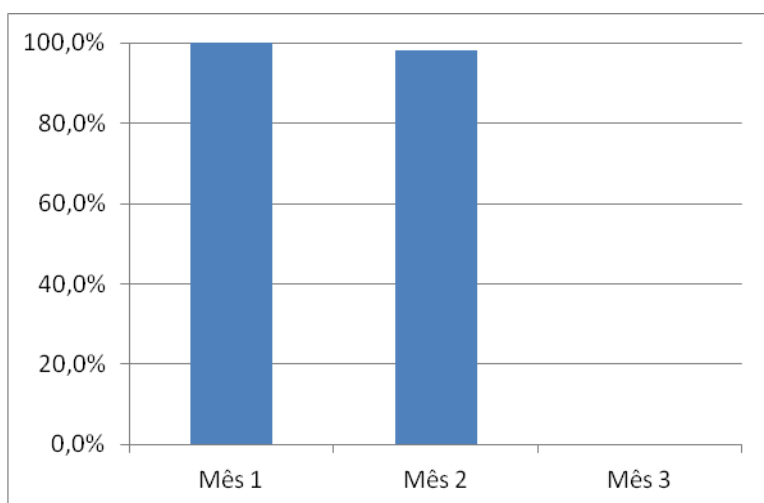


Figura 20. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Quanto ao tabagismo, tínhamos como meta atingir 100% dos usuários e conseguimos após a intervenção que 100% (56 usuários) e 99% (100 usuários) dos usuários hipertensos, respectivamente, no primeiro e segundo mês, como é mostrado na Figura 21. Além disso, 100% (31 usuários) dos usuários diabéticos no primeiro mês e 98,2% (54 usuários) no segundo mês tiveram orientação sobre os malefícios que tal prática traria a sua saúde, demonstrado na Figura 22. É difícil para alguém que tem uma dependência deixar de uma hora para a outra o uso do cigarro. Contudo, fizemos nosso trabalho, demos nossas orientações e aconselhamos a

parada do tabagismo. Acredito que fomos bem aceitos e por esse motivo tivemos bons resultados.

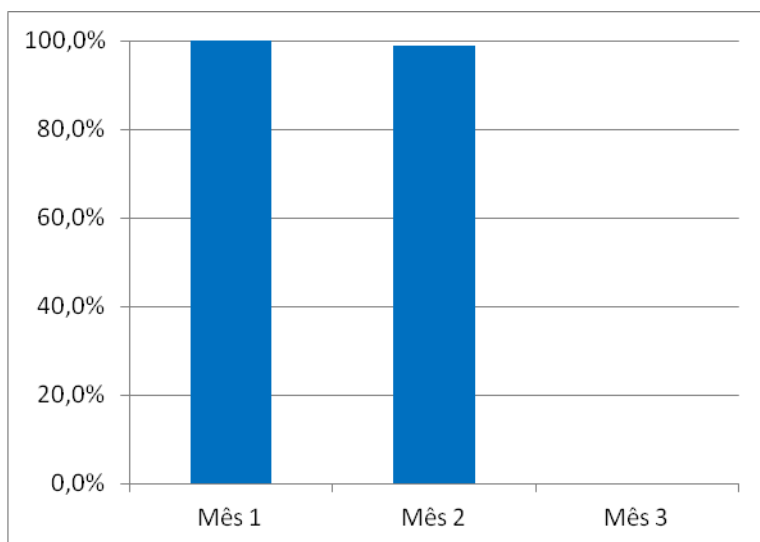


Figura 21. Proporção de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

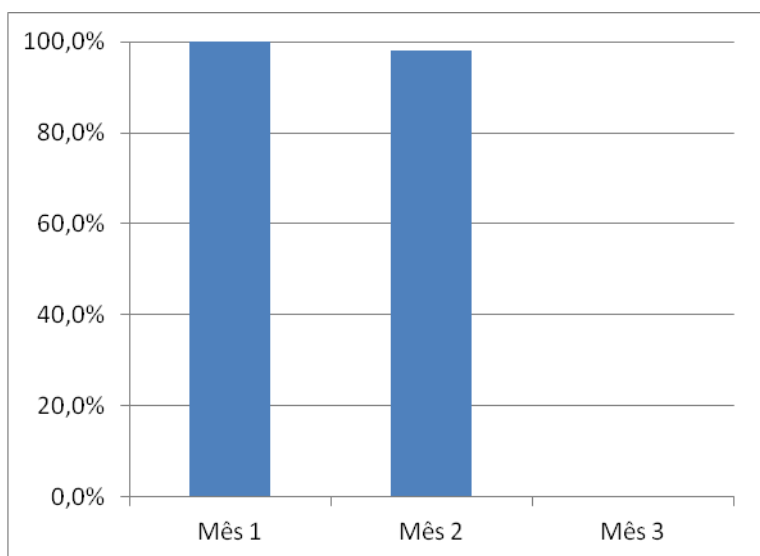


Figura 22. Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

4.2 Discussão

O projeto de intervenção se tornou ação programática e foi incorporada a rotina da equipe e possibilitou melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, principalmente, pela melhoria dos registros, avaliação dos dados, qualificação da prática clínica, gestão e engajamento público. Com isto, foi possível ter uma melhor avaliação quantitativa e qualitativa da população.

Para o serviço, durante a intervenção, houve um aumento significativo no número de atendimentos, melhorando a cobertura dos usuários portadores de tais patologias. A intervenção gerou impacto também em outras ações do serviço, como no preparo dos usuários, em que a equipe foi treinada, podendo melhorar quanto a dúvidas que estes tinham. Antes da intervenção, estes atendimentos ocorriam de forma inadequada, sem registro adequado das ações, e sem busca ativa, pois não havia uma organização sendo empregada na unidade. Com a nossa chegada, passou-se a atuar dentro desse programa, melhorando assim o atendimento a esses usuários, registrando a história de cada um, realizando orientações não só ao usuário como às suas famílias.

Com relação à população, percebemos uma grande aceitação junto à intervenção durante as ações e reuniões realizadas. Durante o atendimento clínico, era possível perceber que os usuários se sentiam acolhidos e felizes por fazerem parte da intervenção, demonstrando resultados positivos na adesão ao tratamento e cuidados com a saúde.

Outro espaço de interação importante para o desenvolvimento da intervenção foi às reuniões com os grupos de Hiperdia, onde os profissionais da equipe e usuários conversaram sobre diversos assuntos, como suas doenças, tratamento, dieta, atividade física e redução do tabagismo, por exemplo. Durante estes encontros, percebi que houve uma grande busca de dúvidas, tornando as exposições prazerosas não só para mim que estava coordenando, mas também, para a população. Estas ações realizadas junto aos grupos de Hiperdia permitiram uma melhor aproximação e acompanhamento da saúde destes usuários, trazendo

resultados positivos tanto para os usuários quanto para a equipe. Após sanar as dúvidas, alguns usuários abordavam para agradecer pelas informações passadas.

Além disso, o momento de reunião com os grupos permitiu que os usuários sempre que necessitavam, marcassem suas consultas para renovação de medicações ou para tratar outras queixas. Ainda, esta ação permitiu que os profissionais do serviço fizessem um melhor acompanhamento dos usuários e que pudessem estabelecer condutas individualizadas, conforme cada necessidade.

Os usuários antes da intervenção, em sua maioria, não faziam acompanhamento adequado quanto ao exame físico e exames complementares, avaliação do risco cardiovascular e exame físico dos pés, principalmente, dos diabéticos, além de não terem um acompanhamento contínuo de sua saúde.

Contudo, acreditamos que o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, sendo necessário, ao longo do tempo, continuar desempenhando estas ações para abranger uma parcela significativa da população e para que tenhamos resultados positivos em relação a redução de complicações, como amputações, acidente vascular cerebral, entre outros. A ação programática está fixada na rotina da UBS e garante um seguimento em todas as ações e esperamos continuar desenvolvendo as ações previstas, bem como o preenchimento da ficha-espelho.

Embora tenhamos tido algumas dificuldades para o início do projeto, como a falta de equipamentos no início da intervenção, acredito que os resultados encontrados, apesar de não terem atingido 100% na maioria dos indicadores, os mesmos superaram nossas expectativas, principalmente, em relação a busca pelos usuários faltosos, usuários com exame clínico em dia, com o registro adequado na ficha de acompanhamento, com avaliação odontológica, avaliação nutricional, prática de atividades físicas e cessação do tabagismo. Estes resultados foram apresentados a equipe e usuários em reuniões dos grupos de hipertenso e diabético, para que todos possam conhecer e avaliar o impacto da intervenção na unidade, para os profissionais e usuários.

Por fim, continuaremos buscando a melhoria da qualidade da atenção ao hipertenso e diabético da equipe da unidade básica de saúde de Laranjeiras de Abdias e já estamos discutindo a possibilidade de acrescentar dados na ficha destes usuários para posterior análise.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na equipe de saúde da família de Laranjeiras de Abdias, São José de Mipibu Rio Grande do Norte, como requisito parcial de avaliação da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

O objetivo principal do trabalho foi melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial e/ ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde de Laranjeiras de Abdias. Com base nisso, adotamos objetivos específicos: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos; Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, Melhorar o registro das informações, Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e fazer Promoção de saúde.

A escolha para este foco deve-se a falta de acompanhamento que estes usuários apresentavam até a chegada do médico na equipe, em que não tinham atendimento adequado, e sem esse acompanhamento, não recebiam orientações sobre prática de atividades físicas, alimentação, uso correto das medicações. Após a chegada passaram a receber tais informações, podendo assim desfrutar melhor e com qualidade no seu dia a dia.

A nossa intervenção teve como base os Cadernos de Atenção Básica de número 15 e 16, que são os que abordam a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus respectivamente.

Nas nossas reuniões, procuramos orientar aos agentes de saúde que possuíam esta população em maior quantidade, da importância destes estarem sempre vindo as consultas buscando avaliação. Como meta, a equipe procurou trabalhar com um cadastramento de 100% dos usuários e que estes tivessem atendimento não só médico, mas também odontológico e com a nutricionista. Pudemos observar que com os dados obtidos pelo cadastramento, chegamos a cadastrar cerca de 67,1% desses usuários.

Com relação a capacitação da equipe, realizamos encontros no início da intervenção em que ocorria uma leitura dos protocolos, Cadernos de Atenção Básica, e levanta-se pontos importantes quanto a correta avaliação da pressão

arterial, como alguns fatores poderiam alterá-la, como por exemplo, um caminhar de média distância, como também o tabagismo. Após as orientações, avaliamos o que foi passado nas reuniões por algum tempo, e pudemos notar que o que foi passado, foi bem aceito por todos da equipe, melhorando assim o atendimento a esses usuários.

Tivemos dificuldade no começo do projeto, porque a UBS de Laranjeiras de Abdias não dispunha de materiais elementares na verificação da pressão arterial sistêmica e glicemia capilar, como esfigmomanômetro e Glicosímetro e fitas reagentes para o mesmo. Foi conversado com a coordenadora da atenção básica, que se mostrou solícita em nossa causa, e que ficou de falar diretamente com o secretário municipal de saúde. O mesmo mandou um ofício afirmando o compromisso que a gestão do município tem para com a qualidade dos serviços prestados e em 1 mês o material estava entregue. Apesar da demora, conseguimos o que foi solicitado. Além disso, gostaria de frisar que o projeto obteve diversos benefícios para a população e saúde do município, uma vez que foi trabalhada a educação em saúde com a população, como orientação nutricional e para a prática de atividades físicas, pois como bem sabemos, a prevenção é essencial e contribui para minimizar as despesas com saúde. Ainda dentro desse contexto, aumentamos a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos para 45,3%(101 pessoas) e 67,1%(55 pessoas), respectivamente. Como é perceptível o impacto positivo que a comunidade recebeu, aproveitamos para consolidar ainda mais essa parceria entre a comunidade de Laranjeiras de Abdias e a gestão do município de São José de Mipibu – RN

Para atingirmos algumas metas, como o preparo da equipe, tivemos que abdicar de alguns momentos, como momentos de visitas domiciliares, em que agendávamos mais visitas num dia, deixando um tempo livre para que ocorressem tais reuniões de equipe, com mais tempo para que pudessemos realizar a leitura e o preparo dos componentes da equipe.

Quanto à equipe de odontologia, houve nas primeiras reuniões em que estávamos avaliando em que população deveria ocorrer a intervenção, houve uma concordância de todos para que fossem desenvolvida nessa população. Em conversas com a dentista e seus auxiliares, optamos por deixar um dia de atendimento para estes usuários da intervenção, possibilitando assim que pudessem ser avaliados e recebessem orientações quanto sua saúde bucal. Com relação a

nutricionista, sempre que possível, havia o convite para a mesma participar de alguns dos encontros da equipe já durante o processo de intervenção, a fim de buscar uma maior facilidade quanto ao agendamento desses usuários, que iam em busca de orientações sobre alimentação, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Com relação aos resultados obtidos, toda a equipe pode observar que tal intervenção melhorou a relação dos usuários com todos, aproximando-os mais. Houve uma grande aceitação da população com a realização de orientações sobre atividades físicas e com isso alguns começaram a participar do grupo que ocorre no período matinal em local próximo a unidade. Alguns outros passaram a realizar caminhadas em grupos fazendo com que houvesse a criação de ciclos de amizade, aproximando a população.

As rotinas adotadas na nossa equipe durante a intervenção passaram a ser adotadas por todas as equipes, visto a boa aceitação da população. Houve um grande aumento na qualidade de vida dessa população, pois passaram a desenvolver atividades físicas, sendo orientação a terem uma alimentação adequada dentro de seus poderes aquisitivos, orientações sobre o abandono do tabagismo e alcoolismo.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

A equipe da ESF de Laranjeiras de Abdias é composta por 11 pessoas que possuem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos usuários que são acompanhados na equipe e decidiram realizar a intervenção voltada aos usuários hipertensos e diabéticos desta área fazendo chegar informações que contribuem não só para melhorar sua qualidade de vida, como também reduzir o risco de complicações como, doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e um correto tratamento, com uso adequado das medicações para cada caso. O objetivo deste relatório consiste em apresentar a comunidade sobre como foi desenvolvido o projeto de intervenção para estes usuários no decorrer deste ano.

A população da área é composta por 4.331 usuários, e percebeu-se que a maioria não tinha o acompanhamento adequado de suas patologias. Para isso, durante dois meses foram realizadas ações com o objetivo de atuar na correta

avaliação de cada caso, tomando medidas importantes para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, passando informações sobre os benefícios do uso correto das medicações e com isso dos riscos que deixa de ter para o aparecimento de complicações vinculadas a tais doenças, como também orientações sobre uma correta dieta, como também informações sobre a prática de exercícios físicos, para que pudessem ter qualidade de vida. A importância da cessação do tabagismo, já que tal prática traz inúmeros riscos à saúde das pessoas.

Todos os profissionais foram treinados para avaliar de forma correta a pressão arterial dos usuários como também o que poderiam fazer caso estes valores fossem muito acima do normal. Da mesma forma para os usuários diabéticos.

Acreditamos que nossa intervenção obteve resultados positivos visto que houve uma grande adesão por parte desta população a nossa intervenção, sendo visualizado nas reuniões em que sempre apareciam mais pessoas interessadas nas informações passadas nestas, como também houve uma redução no número de faltosos às consultas. Para facilidade de se avaliar a pressão, de forma correta, e a glicemia, também houve um maior número de usuários, que antes não possuíam o diagnóstico destas doenças e passaram a ser cuidadas por nossa equipe desde o início do tratamento.

5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

Quanto ao processo de aprendizagem, posso dizer que foi uma experiência incrível poder por em prática os conhecimentos recém-adquiridos na faculdade, lidar o dia a dia com uma população, tomando os cuidados necessários com os mesmos, aprendendo muito no dia a dia com o decorrer dos acontecimentos no tocante não só as coisas ligadas às consultas médicas, como também ao desenrolar da vida de cada pessoa como, por exemplo, poder acompanhar a evolução clínica de um usuário em tratamento para hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes. Como também levar pessoas como amigas para o resto de nossas vidas, deixando de ser apenas uma relação médico usuário e passando a ter uma amizade com alguns destes usuários.

Quanto à aprendizagem sobre o próprio SUS, foi de imensurável importância o que pude obter no dia a dia, avaliando toda a função de uma equipe de ESF (Estratégia Saúde da Família) dentro de seus usuários, o que podendo ser feito, e tentando melhorar o que não pode.

Como experiência pra vida foi de suma importância à permanência, apesar de transitória, pela unidade de saúde, pelo sistema público de saúde, no conviver com estes diferentes componentes e aprender, acima de tudo, a lidar com as pessoas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) (Normas e Manuais Técnicos)

Anexos

ANEXO B - Planilha de coleta dados

Indicadores HAS e DM - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q	R	
1	Indicadores HAS e DM - Mês 1										
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	or riso
4		1									
5		2									
6		3									
7		4									
8		5									
9		6									
10		7									
11		8									
12		9									
13		10									
14		11									
15		12									
16		13									
17		14									
18		15									
19		16									

Apresentação

Orientações

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Indicadores

+

	A	B	C	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	Indicadores HAS e DM - Mês 1													
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?							
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim							
4		1												
5		2												
6		3												
7		4												
8		5												
9		6												
10		7												
11		8												
12		9												
13		10												
14		11												
15		12												
16		13												
17		14												
18		15												
19		16												

ANEXO C

Carta de aprovação 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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



TESES, DISSERTAÇÕES E TRABALHOS ACADÊMICOS DADOS PARA ELABORAÇÃO DA FICHA CATALOGRÁFICA	
Instituição: Universidade Federal de Pelotas	
Faculdade / Instituto: Universidade Aberta do SUS - UNASUS	
Tipo de trabalho: () TESE () DISSERTAÇÃO (X) TRABALHO ACADÊMICO	
Programa ou Curso: Especialização em Saúde da Família	
Área de conhecimento: Saúde da Família	
Aluno: Jackson Dantas Nunes Fernandes Júnior	
Título: MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABÉTES MELLITUS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE LARANJEIRAS DE ABDIAS, SÃO JOSÉ DE MIPIBU/RN	
Subtítulo:	
Orientador: Gustavo Giacomelli Nascimento	
Co-orientador(es):	
Local: Pelotas	Ano: 2015
	Total de folhas: 65
Palavras-chave: (no máximo 5) <u>MELHORIA;HAS; DM; ATENÇÃO BÁSICA</u>	
Bibliotecário Responsável (Assinatura e carimbo com CRB)	