

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância

Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS da Tranqueira, Altos / PI**

Walfrido Escudero Ramos

Pelotas, 2015

Walfrido Escudero Ramos

**Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS da Tranqueira, Altos / PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPeI, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

R175q Ramos, Walfrido Escudero

Qualificação da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Tranqueira, Altos/Pi. / Walfrido Escudero Ramos; Mateus Casanova Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

68 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Santos, Mateus Casanova Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico esse Trabalho a população da Tranqueira, município de Altos, Estado de Piauí.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, ao professor Mateus Casanova dos Santos, à equipe de saúde da UBS a tranqueira, ao coletivo de professores da coordenação, a Secretaria de Saúde de Altos, pacientes e familiares que participaram no projeto.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS da Tranqueira	46
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS da Tranqueira	47
Figura 3	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Resumo

RAMOS, Walfrido Escudero. **Qualificação da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS da Tranqueira, Altos / PI.** 68f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O trabalho de conclusão do curso trata-se de uma intervenção na ação programática Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Atenção Primária à Saúde, em um contexto particular de implementação na UBS da Tranqueira, Altos, PI, Brasil. A intervenção aconteceu entre os meses de fevereiro e maio do ano de 2015, se desenvolvendo em dezesseis semanas, tendo como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM 2013 e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Dentro dos eixos temáticos estão: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A UBS, recentemente inaugurada, apresenta boas condições estruturais e arquitetônicas com as salas suficientes e condições necessárias para fazer. A cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ficou em 68% (296) e a cobertura do programa de atenção ao diabético em 91,8% (123). Alguns aspectos podem ser citados como elementos que foram aperfeiçoados na perspectiva do SUS, entre eles: acolhimento, organização dos registros, controle dos exames, capacitação dos agentes comunitários de saúde, vinculação mais ostensiva da Secretaria nas atividades da Unidade de Saúde, e com a comunidade, houve a vinculação dos líderes comunitários no processo de saúde. Além disso, a equipe de saúde interagiu para fazer as diferentes tarefas como rotina de trabalho para garantir e melhorar a saúde na UBS.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 02 Outubro de 2014.....	9
1.2 Relatório de Análise Situacional em 06 Novembro de 2014	11
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações.....	25
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da intervenção	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	43
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	44
4 Avaliação da Intervenção.....	45
4.1 Resultados.....	45
4.2 Discussão	54
5 Relatório da intervenção para os Gestores.....	58
6 Relatório da intervenção para a comunidade	60
7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	62
Referências	64
Anexos	65

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS da Tranqueira, Altos / PI. O texto está organizado em seis momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado abaixo: a primeira parte traz a análise situacional produzida na Unidade 1, aproximando da realidade de saúde em que atuamos. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, que se revela no próprio projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte, encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Adiante, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Ao término do volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 02 Outubro de 2014

Eu sou Doutor Walfrido Escudero Ramos. Minha área de saúde fica no Estado de Piauí, município Altos, no Bairro Tranqueira, zona urbana. Ela tem uma população superior há cinco mil pessoas. Na UBS onde trabalho não tem as condições necessárias, não existe espaço suficiente, porque há muitas pessoas para aguardando na recepção sob pobre iluminação e ventilação, o local para imunização é muito pequeno com poucas condições para executar as vacinas, os banheiros são insuficientes. A equipe é formada por uma cirurgiã dentista e sua assistente, uma secretária, uma enfermeira e nove agentes de saúde.

Apesar das condições estruturais, nossa equipe funciona muito bem porque as metas que estabelecemos são alcançadas. Na atenção pré-natal, nossa área tem muitas adolescentes grávidas. A taxa de gravidez nesta área é muito grande e muitas têm doenças como hipertensão, diabetes mellitus, doenças psiquiátricas e muitas mais. Os agentes de saúde e toda nossa equipe são envolvidos no acompanhamento dessas clientes, dando orientações para preparar as mães quanto ao nascimento, cuidado, desenvolvimento psicomotor, higiene, introdução novos alimentos e medidas de prevenção de acidentes a suas futuras crianças. Por isso, para identificar as principais doenças crônicas não transmissíveis é essencial que se faça a busca ativa na população. A hipertensão permanece como a principal causa

de doença e morte materna na gravidez e óbito fetal. Daí a importância do diagnóstico precoce e tratamento para prevenir esse agravo.

Nossa área tem uma alta incidência de hipertensão, asma bronquial, diabetes mellitus, doenças crônicas não transmissíveis, por isso devemos fazer orientações aos usuários para que esses modifiquem os hábitos nocivos e fatores de risco. A identificação e diagnóstico precoce são fundamentais para o tratamento e acompanhamento destes usuários, dessa forma, podemos evitar complicações e reduzir a mortalidade causada por essas doenças.

As taxas de suicídio e doenças mentais mostram-se elevadas na área e o uso dos medicamentos psicotrópicos é uma realidade. Por isso, trabalhamos na identificação de usuários com estas doenças. O papel dos agentes de saúde é essencial, pois eles conhecem bem a população e interagem com eles por mais tempo. Muitos dos agentes moram nestas áreas e alguns já têm muitos anos trabalhando nessa função. Os meios para melhorar nosso trabalho ainda não são suficientes, carecemos de alguns dos materiais, tampouco temos digitalização pelo que não contamos com bom desenvolvimento para realizar as teles saúdes que ajudam muito a melhorar o atendimento da população diminuindo os encaminhamentos para as diferentes especialidades. Os serviços odontológicos têm atenção parcial funciona nas quartas-feiras e quintas-feiras somente no período da tarde, tornando-se um problema, pois não dá para atender a demanda da UBS.

Nossa área também tem uma região rural e muitos usuários idosos, estamos fazendo um grupo de Hiperdia e de idosos para melhorar a educação em saúde e também promover mudanças no estilo de vida. Às tardes de segunda-feira se fazemos as visitas domiciliares aos usuários acamados e deficientes físicos que não podem se locomover para a UBS, mas, que precisam de atendimento domiciliar. Além disso, também fazemos a pesquisa das doenças crônicas. Minha expectativa é de fazer um impacto, uma mudança nos hábitos, melhorar a saúde das pessoas e promover a prevenção de saúde. Obteve-se uma aceitação na população, estou determinado a fazer todo o trabalho e ajudar as pessoas para melhorar a qualidade de vida dos habitantes desta área.

1.2 Relatório de Análise Situacional em 06 Novembro de 2014

Eu trabalho no município de Altos, Piauí, onde o sistema de saúde possui uma estrutura correspondente com a média do Brasil, consta com uma Secretaria de Saúde, um CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), um NAFS (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), sete UBS (Unidade Básica de Saúde), sete ESF (Equipe de Saúde da Família). Neste ano a prefeitura de Altos tem investido maciçamente em ações que possibilitem a reestruturação da saúde municipal. Nosso hospital está sendo completamente reformado e ampliado graças aos recursos conquistados da séria prefeita junto ao governo do Estado.

A reforma era uma das principais reivindicações da população altoense e foi uma das principais propostas de campanha. Nos últimos vinte anos, o hospital e a saúde ficaram à margem da atenção do poder público municipal de Altos, uma situação realmente inaceitável pela população que sofre com os problemas estruturais do mesmo, encontrando-se em reforma. O hospital recebeu, por meio de parceria realizada pela prefeitura, um novo aparelho de raios-X, material odontológico e cirúrgico, tensiômetro de coluna, braçadeiras, cadeiras de rodas, carros macas, carrinho de curativos, aspirador cirúrgico, cama, mesas ginecológicas e amalgamador. Os usuários recebem gratuitamente medicamentos quando eles são consultados nas UBS, por meio da farmácia básica, instalada na Rua Epitácio Pessoa, centro próximo à Secretaria Municipal de Educação.

Foi inaugurada a nova sede física do Serviço do Atendimento Móvel de Urgência. Além disso, muitos exames e consultas são destinados por meio na Secretaria de Saúde. Temos nove unidades básicas, nos Bairros e na zona rural. Não temos uma adequada disponibilidade de atenção especializada, só constamos com um psiquiatra que oferta atenção em CAPS de 15 em 15 dias, um psicólogo que trabalha em NAFS a tempo completo, um oftalmologista que presta serviço um dia na semana, não constamos com outras especialistas. Há nove UBS, sendo que foram inauguradas recentemente, que são estas: Maravilha, Tranqueira e Boca de Barro, muitas delas tem população rural e urbana. Cada UBS tem um CEO, onde oferecem atenção à população, mas presta atendimento dois dias da semana. Temos o hospital José Gil Barbosa, que está em reforma, e terá uma reestruturação

excelente, será reinaugurado no mês de dezembro. Existe um laboratório clínico que é coordenado na Secretaria de Saúde e funciona todos os dias da semana, onde se coletam exames de hemograma, colesterol, triglicérides, glicemia, teste de função hepática, marcador viral HIV, estudos sorológicos, fezes, urina, estudo da função tireoidiana (T3, T4, TSH).

Minha área de saúde tem uma população na zona urbana enorme, sendo mais de 6.835 pessoas. As mulheres entre 0 a 4 anos correspondem a 289, de 5 a 14 anos 383, de 15 a 59 anos 2.512, e as de mais de 59 anos 466.

A UBS da Tranqueira foi inaugurada recentemente e tem boa estrutura, possui espaço suficiente, tem uma sala de espera muito cômoda, a iluminação é muito boa. A ventilação na recepção não é muito confortável, pois, não tem ventilação artificial no corredor dos consultórios. Nos outros setores, a ventilação é eficiente e confortável. A sala de vacina é adequada, possui as pois possui condições necessárias para oferecer uma boa atenção, mas ainda a climatização para conservar as vacinas não é suficiente, pois falta uma geladeira para conservar os imunobiológicos. Existem banheiros para pacientes e funcionários, eles dispõem de água, e estão sempre limpos e higienizados. Os resíduos são classificados em: resíduo de material biológico e resíduo de material reciclável. Temos bastantes cadeiras para usuários e funcionários. A UBS encontra-se sempre limpa. A estrutura física é de fórmica, mas as paredes são cobertas de material lavável e dando a possibilidade de manter limpa. O tamanho dos consultórios e demais salas é adequado para se realizar as atividades.

A equipe funciona muito bem, porque as metas estabelecidas são alcançadas. O papel da equipe é fundamental para se obter os resultados esperados, pois conhecendo melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos populacionais, podemos elaborar estratégias para conseguir atingir nosso objetivo. Precisamos ainda estabelecer a relações das condições de vida e trabalho, dividindo em fatores determinantes gerais da sociedade e, outro, com determinantes específicos para os indivíduos. Devemos também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações. Também, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema de saúde que esses agravos representam, buscando, com isso obter o apoio necessário a implementação das intervenções. Todos na UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, onde é realizada a

identificação de indivíduos, grupos e familiares de hipertensos e diabéticos, além de indivíduos portadores de outros agravos. Essa ação é de grande relevância, pois permite que a equipe obtenha controle de todos os agravos existentes na população, facilitando adequado seguimento da equipe de saúde a todas estas doenças. Também o desenvolvimento das mesmas no âmbito dos indicadores demográficos da população, tendo em conta a morbimortalidade por estes casos.

São sinalizados os ambientes sociais como as igrejas, escolas, comércio, grupos sociais, grupos de mães, idosos, moradores, conselho local e outros, dos quais nós apoiamos para as atividades da promoção e prevenção de saúde, tendo um papel fundamental. Os médicos, enfermeiras e agentes de saúde, realizam atividades grupos, como palestras, conversas e outras atividades com os adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, pacientes psiquiátricos, saúde da mulher, tabagistas, pré-natal e aleitamento materno, com o objetivo de promover mudanças no estilo e modo de vida de cada usuário. Sabendo que estes últimos formam parte importante dos indicadores do desenvolvimento do país.

Os usuários chegam a UBS e são atendidos adequadamente em uma sala destinada para a técnica de enfermagem e secretaria, onde serão selecionados os atendimentos prioritários. Feito isso, os outros usuários que não necessitam de atendimento prioritário serão orientados a retornar no outro horário para serem atendidos. Essa triagem é feita tanto pelo médico como enfermeira, odontólogo, técnica de enfermagem, técnica auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde, usando uma modelagem de acolhimento do dia, da referência de usuário, acolhimento misto e coletivo, sendo este último de muita importância para um enriquecimento de conhecimento para a equipe com discussões de casos coletivos. Uma de nossas limitações é a demanda de usuários, que está muito grande.

Na atenção pré-natal, nossa área tem muitas adolescentes grávidas. A taxa de gravidez nesta área é muito grande e muitas têm doenças como hipertensão e diabetes mellitus. Pelo nosso Caderno de Ações Programáticas (CAP), umas das ferramentas de análise da Unidade 1, observa-se uma estimativa de 102 gestantes para a área de atuação. Há o acompanhamento de 34 usuárias, perfazendo 33% de cobertura, sendo que 16 (47%) tiveram o pré-natal iniciando no primeiro trimestre. Os agentes de saúde e toda nossa equipe são envolvidos no acompanhamento dessas usuárias. Nessa mesma linha é importante diversificar o repertório de ações,

incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores e comunidades.

No puerpério, pelo CAP temos uma estimativa de 103 usuárias a serem acompanhadas. Neste período, temos 69 (67%) em acompanhamento com indicadores de qualidade bem positivos, como 64 (93%) recebendo consultas antes dos 42 dias pós-parto. Nosso posto oferece três consultas na semana, sendo nas segundas, terças e quintas-feiras. Porém, toda gestante que precise de atendimento, realiza com sucesso, na consulta é encaminhada a determinação dos fatores de risco, sendo feito um bom exame físico geral, com exame de mama, os antecedentes gineco-obstétricos, exame obstétrico e exame dirigido se tem uma doença crônica, se tem em dia a vacinação, além de outros elementos da investigação de gestação de alto risco.

As gestantes têm diagnósticos e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, controle de câncer de colo uterino e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividade física. É muito importante o controle das vacinas para cada período na gestação. Para fazer nestas ações tem protocolos, também para avaliar a classificação do risco gestacional. Toda a atividade é registrada na caderneta de pré-natal. Também os atendimentos são registrados no prontuário clínico, na atenção odontológica, para facilitar controle das gestantes. As gestantes com doenças que requeiram a atenção especializada são encaminhadas às devidas especialidades. Temos um total de 36 gestantes. Nestas, quatro são menores de 20 anos.

Podemos falar que nestes últimos doze meses na UBS não teve morte materna, e nem morte em menores de um ano. Percebe-se que há muito trabalho para fazer, e inserir muito mais pessoas nessas atividades. com relação ao puerpério se considera que tem a atenção necessária, mas ainda requer melhores condições e também o apoio da família, assim, poderemos realizar acompanhamento com o neonato, realizar a consulta precoce, estimular aleitamento materno, desestimular os hábitos nocivos, como: consumo de álcool, drogas, assim, podemos orientar quanto a dieta alimentar saudável, higiene em geral e pessoal, os cuidados que se devem ter com o ambiente, e educação para prevenir os acidentes. Todos os trabalhadores no posto participam nas atividades com as grávidas e as crianças.

Em relação à Saúde das Crianças, na UBS da Tranqueira considero que a existe boa assistência, e que começa ainda cedo. O registro permite fazer um preenchimento muito adequado dos fatos presentes no caderno. Porém, mesmo estando adequada, observa-se uma necessidade de atenção maior e mais qualificada por termos uma demanda muito grande de crianças. Os agentes comunitários de saúde possuem os mesmos dados existentes tanto na UBS como na Secretaria Municipal de Saúde.

O agente de saúde tem um desenvolvimento muito importante nesta tarefa, as características territoriais da população são muito extensas e tem componentes urbanos e rurais, ressaltando que são muitos os territórios rurais e com distâncias grandes ao serem comparados. O maior número de criança concentra-se na zona urbana, que também é muito extensa, necessitando de uma maior cooperação da população, tendo em vista o baixo nível cultural da mesma, não devendo esse fator ser uma barreira entre a equipe de saúde e a população que necessita deste tipo de atendimento.

Para atendimento da criança tem três dias na semana. Este atendimento é prestado principalmente pela equipe de enfermagem e médico da família. Mantendo em dias as avaliações, as mesmas são feitas de maneira individual e seguem os protocolos de atendimento da criança de Ministério da Saúde, preconizando imunizações, exames, orientações de alimentação e práticas de hábitos saudáveis, entrou outras ações. As crianças de alto risco são classificadas e se necessário são enviadas para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento, pronto-socorro. Os atendimentos das crianças são registrados em prontuários clínicos, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacina, mais este arquivo não costuma ser revisado periodicamente.

Os profissionais de saúde solicitam a caderneta da criança nos atendimentos, onde são preenchida informações sobre as vantagens de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicam o significado do posicionamento da curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, chamam atenção para a data da próxima vacina, e como acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Em todas as consultas e visitas domiciliares é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de dois meses podem

adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. São sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência: recusa alimentar; atividade reduzida ; febre (37,5°C ou mais); hipotermia, tiragem subcostal; batimentos de asas do nariz; cianose generalizada ou palidez importante; icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida; gemidos; fontanela (moleira) abaulada; secreção purulenta do ouvido; umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta. O engajamento de toda a equipe irá fazer diferença na hora de avaliar os resultados esperados, as estratégias para alcançar as metas nos cuidados da Criança devem seguir protocolos de atendimento tendo como base os fornecidos pelo Ministério da Saúde e adaptados à parte das boas práticas para garantir o cuidado UBS. Os conhecimentos técnicos dos profissionais da ESF forma parte das boas práticas para garantir o cuidado integral da Criança.

O câncer de colo de útero tem um adequado controle na UBS da Tranqueira. Se trabalha com o rastreamento das mulheres de 25 a 64 anos que tem risco para câncer de colo de útero, os fatores de risco fundamentais, com precocidade no início das relações sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, se realizam atividades educativas e se coleta exame cito patológico de colo de útero. Tem o registro próprio da UBS para os exames, pois é fácil para obter qualquer informação rápida que você precise, exame feito e os resultados dos mesmos são resguardados no registro de quem faz o controle deles.

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papiloma vírus humano (HPV). Deve ser promovido o uso de preservativos. Temos que traçar estratégias para a detecção e o diagnóstico precoce e o rastreamento com aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento, realizando o teste de Papanicolau. É muito importante lembrar que o câncer é a segunda causa de óbito no Brasil; os cânceres de colo de útero e de mama são previsíveis pelo que o trabalho da equipe da saúde da família e da comunidade é muito importante. Mais na região norte este problema é ainda maior.

A Promoção, Prevenção e Diagnóstico precoce são as principais ferramentas para a diminuição da morbimortalidade por câncer de mama. O diagnóstico precoce é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para a

redução do estágio de apresentação do câncer. Por isso, é importante que a população, em geral, e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta mais comum desses cânceres porque, assim, vão ter melhor prognóstico na sua evolução. Pelo CAP, há a estimativa de 1655 usuárias a serem acompanhadas no serviço. A nossa cobertura está em 1555 (94%) de usuárias em acompanhamento do câncer de colo de útero, sendo que apenas 126 (8%) estão com os exames em dia, o que nos preocupa significativamente. Na UBS teve uma reorganização, uma nova estruturação a respeito do atendimento de câncer de mama. A divulgação de autoexame de mama. O exame de mama é feito na UBS independentemente e a causa de consulta há sido possibilitada a partir da divulgação e mudança da maneira de olhar as mulheres na minha área.

O trabalho ainda fica muito pequeno, mas o esforço já tem muitos frutos. Há a prioridade nas mulheres maiores de 40 anos ou com lesões benignas das mamas, fatores de risco, adições, fumantes, não-fumantes, sendo que o tabaco é responsável de muitos tipos de câncer. O auto exame é muito importante. Ele sensibiliza a mulher com seu corpo e também ajuda a reconhecerem assim a mínimas mudanças nas mamas dela. Além disso, as diferentes etapas, antes, durante e depois do ciclo menstrual. Sabe-se agora que o exame clínico nas mamas deve ser feito anualmente nas mulheres entre 50 e 69 anos. Esta ideia a de ser mais aprimorada no Serviço para o rastreamento adequado da população-alvo.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas.

Na UBS todo usuário com mais de 14 anos, independente do motivo da consulta, é realizado a aferição da tensão arterial, e explicando ao usuário a importância que tem um bom controle e tratamento da HAS para prevenir complicações futuras e evitar a morte. Os exames complementares periódicos em dia são complicados, já que não contamos com uma UBS com laboratório, e temos que referir a outras UBS ou ao hospital público. A orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável temos

100%. Estes temas são tratados em todas as reuniões de grupos e encontros com a população.

Precisamos melhorar as pesquisas, temos uma média de pacientes hipertensos muito abaixo da média nacional. No CAP, há a estimativa de acompanhamento de 1.372 usuários hipertensos na área. Acompanhamos apenas 432 (31%), sendo que 224 (52%) têm exames complementares periódicos em dia. Esta é a nossa realidade. Também, considero que seria muito bom promover uma total educação em saúde da população. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de compensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Podemos montar uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes, composta de assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar técnico-administrativo, dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico clínico, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional. Nos últimos não contamos com eles em nossa UBS.

A diabetes mellitus (DM) é uma doença muito mutilante e implacável, precisando de um diagnóstico precoce e um bom seguimento. A DM é considerada causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Na UBS nós contamos com um registro completo dos usuários diabéticos que temos na área e também aqueles que têm fatores de risco, para esta doença, e com o nosso trabalho irão diminuir os fatores de risco e o surgimento de complicações.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é 392, sendo que acompanhamos 114 (29%). Dessa forma, considero que já que temos uma cifra que se acerca muito estimada e com nosso trabalho diário de pesquisa e identificação de risco encontra-se mais usuários que estão com a doença descontrolada e também entram a ser acompanhados pela equipe número de diabéticos em nossa área de saúde. Isso é devido ao que se está fazendo um bom trabalho na comunidade a favor do diagnóstico precoce da doença, estimado. Temos que almejar fazer uma consulta de rastreamento completa e muito abrangente para conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC; identificar os fatores de risco para

DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o diagnóstico e para a conduta que deverá ser tomada. Temos que fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com a participação de toda equipe para obter êxito nas mudanças na população.

Na UBS Tranqueira predomina a população idosa. Temos um registro bastante atualizado. Eles são feitos nos prontuários clínicos e na caderneta de saúde do idoso, permitindo um melhor controle e seguimento dos mesmos, o que facilita o trabalho da equipe de saúde. No CAP há a estimativa de 728 idosos a acompanhar. Nós estamos acompanhando 707 (97%).

A avaliação da cobertura encontrada é média, já que ainda temos que trabalhar mais para alcançar os objetivos propostos no programa de atenção ao paciente idoso, melhorar os indicadores de cobertura deficientes e empezar a realizar os que não se fazem. Temos cadastrado o total de pessoas idosas, e isso facilita nosso trabalho. Além disso, nem todos tem a caderneta de idoso, que tem igual seguimento e concorda com o prontuário. O registro encontra-se em crescimento já que ainda puderem incorporar-se mais à medida que vai transcorrendo o tempo com as pesquisas feitas na população e nas visitas domiciliares.

Os profissionais da equipe realizam atendimentos todos os dias da semana em dois turnos, com ações desenvolvidas em relação a: atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental. Além disso, fazem diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral de saúde mental, bucal, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabaquismo. Desta forma a equipe faz avaliação dos fatores de risco e a prevenção de complicações futuras. É muito importante avaliar o idoso com o enfoque biopsicossocial, no seu entorno familiar, analisar conjuntamente com sua família as necessidades deles, a necessidade de que sejam valorizados seus critérios e explicadas devidamente e com clareza suas dúvidas. Devemos educar a família no que respeita a uma adequada alimentação, fazer as vacinas que correspondem, a importância de avaliar sua saúde bucal com periodicidade, da necessidade de ser acompanhados a avaliações médicas por algum outro membro da família o que contribuirá à adequada compreensão das problemáticas existentes assim como o melhor cumprimento dos tratamentos.

Um dos maiores desafios agora é promover a digitalização da informação já que ainda no posto não tem. Embora a UBS seja nova, os recursos são muito

limitados, pois temos que disponibilizar a oferta de boa atenção aos usuários, que pode ser possível com a entrega de cada pessoa de saúde e ajuda das entidades sociais e políticas. O município, de maneira geral, encontra-se em avanço, algo muito importante para o povo, como a reforma do hospital público e os postos de saúde. Outro desafio que também é caracterizado como principal problema é com respeito aos serviços odontológicos ainda não são suficientes, já que está em críticas condições ao não ter dentista fixo trabalhando a tempo completo.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

A situação do ESF/APS que apresentei anteriormente tem muitas mudanças. A UBS foi renovada agora com mais espaço e melhor estrutura, o que facilita o acolhimento e controle dos usuários, as doenças crônicas, a saúde da criança e a atenção pré-natal. As pessoas na área ficam seguras, pois o médico atende nos turnos manhã e tarde, o que fundamental, pois melhora a comunicação com toda equipe de saúde e as ações de promoção e prevenção. O hospital encontra-se em reforma, e a perspectiva do término da reforma é para o final de 2014. Houve o aumento dos serviços de exames laboratoriais por parte da prefeitura que propiciou novas equipes de saúde. Contamos com outra ambulância para transporte dos usuários a outras entidades de Urgências e Emergências. Continuamos com o problema da comunicação que esperamos no futuro melhor.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) no mundo são doenças muito comuns e com muito nível de morbimortalidade, além as doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo (MANTON, 1998). No Brasil (CHOR *et al*, 1995) as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A região nordeste não dista muito desta problemática mundial e regional, no posto de saúde tranqueira é um problema que ainda não tem sucesso de atenção.

O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

O total de hipertensos cadastrados com 20 anos ou mais residentes na área considero que é 432, apesar de que ainda tenha usuários que não tem sido diagnosticado. Por exemplo, nas últimas semanas eu tenho feito o diagnóstico de muitos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, sendo um número muito alto de hipertensos, o que fala de uma incidência mórbida da doença. Existe muitos

casos que o usuário têm a doença, mas ainda não sabe da sua condição, o que leva na reflexão de a verdadeira cifra de usuários com a doença ser ainda muito mais alta. Mediante isto, propus que a equipe de saúde realizasse um trabalho muito dedicado nesta situação.

Temos um total de 432 hipertensos registrados e 114 portadores de diabetes mellitus. Além disso, tendendo em conta as características demográficas de nossa área, o trabalho para fazer é muito grande, já que a doença representa certamente um perigo para a população, a tarefa será feita com sucesso. A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando em todo o mundo, alcançando proporções epidêmicas. Tenho muito presente esta situação e percebo que é muito importante à educação dos usuários hipertensos e diabéticos.

O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Nestes últimos não contamos com elos em nossa UBS da Tranqueira. Os profissionais de saúde têm função primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. A diabetes mellitus não controlada pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e microvasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.

Modificar os fatores de risco fundamentais, como abandono do hábito de fumar e consumir bebidas alcóolicas, mudança na dieta alimentar, onde se deve: diminuir o uso do sal, evitar usar consumir óleos, diminuir a obesidade e sedentarismo entre outros. São estratégias de prevenção que são consideradas: a

populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco, principalmente ao consumo de sal por meio de ações educativas coletivas com a população em geral para orientar a restrição à adição de sal na preparação de alimentos, identificação da quantidade de sal e/ou sódio presente nos alimentos.

Nesta direção, eu percebo que é um problema muito relevante, pois as complicações para fazer exames complementares periódicos em dia, já que ainda o laboratório fica muito longe da UBS muitos falam que o resulta difícil assistir a outros setores de saúde para fazer-se o exame periodicamente. As orientações sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável são realizadas em todas as reuniões de grupos e encontros com a população. Na diabetes mellitus a prevalência está associada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). Acreditamos que as condições demográficas são complicadores, já que o território é muito extenso, além a dificuldade que tem os pacientes para fazer as interconsultas com especialistas, já que são feitas fora do município.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS da Tranqueira, Altos, Piauí, Brasil.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Relativo ao objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

1.1. 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

Relativo ao objetivo de melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Relativo ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

Relativo ao objetivo de melhorar registros das informações:

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

Relativo ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

Relativo ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados à HAS e

a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS de Tranqueira e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes estão associadas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo “A”), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo “C”), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS Tranqueira.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Ações

São muitas as razões para querer fazer a intervenção sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, pois são agravos que aumentam o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, e esses por sua vez representam elevado índice de morbimortalidade, sendo estas, consideradas como agravo de saúde pública.

A HAS é uma doença comum que pode causar sérias complicações. Geralmente ela é assintomática, e seus sintomas surgem à medida que ela se eleva. Daí a dificuldade de constatar todos os hipertensos, pois grande parte da população não apresenta nenhum sintoma da doença.

A DM é uma doença metabólica, caracterizada pelo aumento da glicemia, é causada pela ausência da secreção insulina, ou pela resistência dos efeitos da insulina. É classificada em DM tipo 1 e DM tipo 2. Essa doença está associada à perda da qualidade de vida.

Hoje em dia, as pessoas tendem a lidar com muitos problemas tanto na sociedade, como domicílio, trabalho, e até mesmo na família. Desta forma, a equipe de saúde tem papel fundamental no sentido de ajudar as pessoas a superarem as dificuldades e problemas do seu cotidiano. Nossa equipe está pronta para fazer esta tarefa. Na UBS Tranqueira uma das maiores dificuldades está no acompanhamento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos, pois é uma área ampla, com território na zona urbana e zona rural, sendo a zona rural muito vasta e com territórios distantes um do outro, a população é extensa, com aproximadamente 6835 pacientes, Eu explico abaixo meu método de trabalho com detalhamento das ações. Iremos denominar *Atitude – UBS Tranqueira* as ações desenvolvidas dentro dos seis objetivos da intervenção na perspectiva dos quatro eixos temáticos do curso.

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área adscrito a UBS.

META 1: Cadastrar 100 % dos portadores de hipertensão e/diabetes no programa de Hiperdia.

Atitude 1 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de diabéticos e hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isso levamos seguimento em prontuários médicos e registros dos pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM na unidade de saúde, diminuir o tempo de espera nos atendimentos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, por meio do trabalho dos agentes comunitários de saúde, por meios de comunicação e com o apoio dos líderes comunitários dessa forma, conseguimos divulgar o programa e assim, atingir a cobertura da população alvo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmhg. Assim, iremos organizar a capacitação de todos os profissionais envolvidos no início da intervenção.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos incrementando as atividades de promoção e prevenção de saúde da comunidade com a participação de toda a equipe de saúde.

METAS 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100 %dos Diabéticos.

Atitude – 2 UBS TRANQUEIRA

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

É muito importante a seleção de um responsável de equipe que monitore o cumprimento desta atividade e este fazer uma avaliação semanal e verificar o cumprimento ou não desta ação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Avaliar a necessidade de atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos, e organizar o serviço odontológico para conseguir atender a demanda da população, pois o consultório odontológico não funciona a quantidade de dias suficientes para dar completa cobertura a estes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; inspecionar

os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades periodicamente; solicitar exames complementares mais de uma vez por ano; realizar palestras na comunidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e avaliação da necessidade do atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. A capacitação sempre é uma tarefa muito importante para ter o sucesso.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa. Também a equipe de saúde tem que fazer a maior parte nesta meta.

META 3: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Atitude 3 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas e fazer cumprir o protocolo de hipertensão e diabetes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos hipertensos e diabéticos a consultas de seguimento e visitar a maior quantidade possível.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas a hipertensos e diabéticos, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores destas doenças, esclarecer sobre a periodicidade de consultas. Os agentes de saúde no momento das visitas falam desta temática e informaram a importância do comparecimento as consultas. No momento da palestra, o médico e a enfermeira também abordam a importância do acompanhamento médico para hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitação dos agentes de saúde para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

META 4: Manter ficha de acompanhamento de 100 % hipertensos e 100 % diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Atitude 4 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar um sistema de registro em pacientes hipertensos e diabéticos 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.

Implantar a ficha de acompanhamento em hipertensos e diabéticos. Para facilitar esta tarefa será feito um registro com controle de assistência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; usuários devem entrar no consultório com o seu prontuário, para que todas as condutas sejam registradas.

OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular fazendo uma classificação dos fatores que mais incidem nas doenças.

META 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos hipertensos e 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Atitude 5 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma a mais verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, temos que dar uma atenção diferenciada de pronto atendimento e tomar medidas oportunas em casos necessários. É muito importante priorizar pacientes que requeiram ser vistos com maior urgência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Fazer uma adequada educação nestes pacientes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS 6: Garantir orientação nutricional, sobre alimentação saudável.

Atitude 6 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolver nutricionista nesta atividade. Os agentes comunitários de saúde devem ser capacitados pelo nutricionista, e assim, eles poderão orientar os usuários sobre a importância da dieta saudável, do abandono de hábitos alimentares não saudáveis. Devem ser realizadas palestras feitas pelo médico e enfermeira abordando o tema com enfoque em uma alimentação equilibrada para hipertensos e diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar hipertensos e diabéticos sobre a prática da alimentação saudável, recomendar incluir frutas e verduras na dieta, orientar sobre a redução do sódio e alimentos gordurosos, orientar usuários diabéticos para o uso do adoçante.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitação nutricional para todos os integrantes da equipe, feita pela nutricionista do município, desta forma, a equipe poderá aumentar seus conhecimentos sobre os alimentos que deverão ser incluídos e os alimentos que devem ser retirados da dieta desses usuários.

OBJETIVO 7: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS 7: Garantir orientações sobre a prática da atividade física para hipertensos e diabéticos.

Atitude 7 – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação sobre a importância da prática de exercícios físicos aos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas de exercícios e avaliar os exercícios indicados para cada idade; realizar palestras, incentivando e encorajando a prática da atividade física diária.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Muitos desconhecem a importância do exercício físico. Encorajar hipertensos e diabéticos a iniciarem a prática do exercício de maneira regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, contando com o auxílio do fisioterapeuta do município para realizar essas orientações.

OBJETIVO 8: Reduzir os gastos dos pacientes com as medicações para hipertensos e diabéticos

META 8: Priorizar a prescrição de medicamentos existentes na farmácia popular.

Atitude 8- UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar quais os medicamentos existentes na farmácia do município para tratar hipertensos e diabéticos, avaliar quais os medicamentos mais utilizados para tratar esses agravos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Solicitar à secretaria municipal de saúde os medicamentos que são de distribuição gratuita para o programa de hipertensão e diabetes, realizar entrega de medicamentos na própria UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a distribuição gratuita de alguns medicamentos do programa para hipertensão e diabetes. Informar a comunidade sobre possíveis descontos para alguns medicamentos que tratam HAS E DM que não são distribuídos de forma gratuita na farmácia do município.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA:

Solicitar ao município a distribuição de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Objetivo 9: Diminuir os riscos e complicações clínicas em hipertensos e diabéticos tabagistas

Meta 9: Orientar sobre os risco e consequências que o hábito de fumar podem ocasionar em hipertensos e diabéticos.

Atitude 9. – UBS Tranqueira

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os tabagistas hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

Orientar aos usuários que o hábito de fumar aumenta o risco de desenvolver problemas cardiovasculares e circulatórios, orientar aos usuários que o tabagismo está associado ao processo de inflamação crônica, levando a ocorrência de graves infecções.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a população sobre os riscos que o tabagismo trás a saúde, e explicar que esses riscos se elevam em portadores de HAS E DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA:

A equipe deve esta apta a realizar palestras e reuniões sobre essa temática, realizando orientações aos usuários sobre os efeitos nocivos do tabaco e as principais complicações que o hábito de fumar pode ocasionar.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1:1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabéticos na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.1 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.

Meta 1.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos acordo com o protocolo.

Meta 1.3 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 1.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 1.5 realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em hipertensos e diabéticos.

Indicador 2: melhorar adesão de hipertensos e diabéticos no programa de Atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus.

Numerador: Número de hipertensos e 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 hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: melhorar os registros de informações nos prontuários para acompanhamento de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa .

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Denominador: Número total de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Meta 3.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 4.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5: Promover promoção da saúde para hipertensos e diabéticos.

Numerador: Número de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável, prática da atividade física e orientações sobre os riscos do tabagismo.

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

Meta 5.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 5.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 5.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

2.3.3 Logística

Os protocolos que usarei na intervenção é Brasil (2013a; 2013b). Eles foram elaborados com a finalidade de facilitar e organizar o estudo e capacitar e ajudar os profissionais, os ACS na UBS, que hoje tem como a Estratégia Saúde da Família - ESF, numa perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial sistêmica e a diabetes. A abordagem conjunta neste protocolo justifica-se pela apresentação dos fatores comuns as duas patologias, tais como etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outros.

Neste trabalho eu pretendo detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvos e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e DM. Assim sendo, caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), às sociedades científicas e às associações de portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira na população pertencente ao posto tranqueira no município Altos, Piauí, e pelo muito alto grau de incapacidade que provoca.

A possibilidade de associação das doenças é da ordem de 50%, requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. Tendo em conta que a HAS e o DM apresentam vários aspectos em comum: fatores de risco como a obesidade, dislipidemias e sedentarismo; tratamento não medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são muito semelhantes para ambas às doenças; são geralmente assintomáticas na maioria dos casos; alguns medicamentos são comuns; a necessidade de controle rigoroso para evitar as complicações; e, as complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e tratadas adequadamente.

Na definição e conceito, foi adotada a classificação definida no III consenso brasileiro de HAS, assim o limite para definir HAS e de igual a maior de 140/90

mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições – realizadas no mesmo momento. Portanto, a hipertensão arterial, definida como uma pressão arterial sistólica igual ao maior a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior o igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Além os valores de pressão normal, Ótima sistólica <120 e diastólica <80 e normal sistólica <130 e diastólica <85 e limítrofe sistólica 130 -139 e diastólica 90 -99.

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente de falta de insulina e/o incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carbo-hidratos, lipídios e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Diabetes tipo 1: Resulta primariamente por destruição das células beta-pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. Ocorre em 5 a 10 % dos diabéticos. Diabetes tipo 2: Resulta em geral, de graus variáveis de resistência a insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. Ocorre em 90 % dos pacientes. DM gestacional, é a diminuição da tolerância a glicose, de magnitude variável, diagnosticada pôr a primeira vez na gestação, mas pode ou não persistir após o parto. Se apresenta uma taxa de 7.6 % das mulheres em gestação.

Os prontuários médicos serão as formas de registros médicos mais aceitos para a inscrição para a intervenção, além dos livros de registros médicos. Eu não tenho ainda a possibilidade de fazer prontuários eletrônicos (mas pode ser feita para uso no posto uma planilha eletrônica). Na UBS não conta ainda com a rede de internet. Assim, sendo teremos o apoio da ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização e planilha de monitoramento em Excel para desenvolver a intervenção. Com isto, os dados serão coletados dos prontuários médicos de pacientes hipertensos e pacientes com diabetes mellitus. Estimamos com esse método alcançar 100% dos pacientes atendidos e ter no alcance os dados necessários. Além do livro registro e a planilha eletrônica de controle, utilizaremos a ficha espelho disponível para hipertensão arterial e diabetes mellitus. Assim para poder coletar os indicadores necessários e ter um estimado da informação feita.

Atualmente a população na UBS Tranqueira é de 6835 usuários, mas tem uma estimativa de 1.372 pacientes hipertensos. Porém, na atualidade os registros tem um total de 432 pacientes indicando uma cobertura de 31%, com 20 anos e

mais, e o trabalho de estratificação risco tem 322, 75 %. A pesquisa por equipe de saúde ainda fica em desenvolvimento. No fórum de saúde eu falava da mobilidade oculta, mas todo adulto maior de 18 anos será pesquisado, as cifras distam muito ainda do que se pode fazer neste sentido. Para ter o registro específico, os agentes de saúde e a enfermagem, revisarão e organizarão os prontuários médicos dos pacientes e transcreveremos todos os dados para a ficha-espelho, também o monitoramento de assistência e os complementos feitos.

A diabetes mellitus tem uma estimativa de 392 usuários, mas a cifra contida no posto é 114 casos de pacientes diabéticos para um total 29%, com relação a estratificação do risco tem um total de 96,84%. Assim, utilizar-se-ão as estimativas desenvolvidas no Curso no sentido do acompanhamento ideal das condições de saúde da população.

A decisão relativa à abordagem de portadores de HAS e DM não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos alvos, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos.

Assim, será definida a categoria de risco BAIXO e risco MÉDIO, risco ALTO, risco MUITO ALTO (BRASIL, 2013b). Todo adulto maior de 18 anos será examinado.

ROTINA DE ATENDIMENTO DE MÉDICO E DE ENFERMAGEM

- História detalhada e exame físico
- Peso em (kg) e altura (m)
- Circunferência abdominal (cm)
- Aferição de pressão arterial em ambos membros superiores
- Cálculo do índice de massa corpórea
- Palpação de pulsos pede-os
- Inspeção na pele total e na pele do pé
- Solicitação de glicemia de jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (pacientes diabéticos)
- Eletrocardiograma
- orientação da dieta
- Iniciar programa educativo

Outros (na segunda consulta)

- Peso e circunferência abdominal
- Pressão arterial
- Verificar os exames enviados com antecedência
- Manter programa educativo

A Enfermagem ainda irá avaliar:

- Peso, altura, IMC e circunferência abdominal
- Pressão arterial e glicemia
- Imunização
- Hábitos: fumo, álcool, sedentarismo e alimentação
- habilidades de autocuidado
- Higiene oral
- Reforçar as orientações de autocuidado
- Realizar exame físico geral, destacando os membros inferiores, cuidado com a pele e tipo de calçados.

FLUXO DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

-Detecção e diagnóstico precoce da hipertensão e do diabetes na minha consulta, principalmente na população portadores de Síndrome Metabólica.

-Educação continuada individual ou em grupo, para hipertensos e/ou diabéticos e familiares.

-Acompanhamento multiprofissional de casos não complicados de hipertensos e/ou diabéticos.

-Dispensação de medicamentos.

-Inserção no programa de auto monitoramento dos diabéticos em insulino terapia.

FLUXO DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

-Atendimento especializado pelo cardiologista e/ou endocrinologista.

-Hipertensos e/ou diabéticos tipo 1 ou tipo 2 de difícil controle.

-Casos mais graves ou com complicações crônicas

FLUXO DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO

- Hospital SUS
- Tratamento ambulatório
- Internação de pacientes com complicações.

Na UBS da Tranqueira, teremos os seguintes recursos humanos: médico clínico geral, enfermeira, agentes comunitários de saúde, dentista, outros. No hospital regional, há a disponibilidade de cardiologista, endocrinologista, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional e outros profissionais.

3 Relatório da intervenção

A intervenção visou qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS da Tranqueira, Altos / PI, aconteceu entre os meses fevereiro e maio do ano de 2015. Neste processo, apresento o relato das atividades desenvolvidas. A intervenção teve início no dia 02 de fevereiro de 2015 e término no dia 31 de maio de 2015, compreendendo as orientações do curso para o desenvolvimento em dezesseis semanas de intervenção. Neste tempo, houve períodos de férias no Programa Mais Médicos entre os dias 03.04.2015 e 10.05.2015. A equipe de saúde manteve os atendimentos e as ações da intervenção durante esse período.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O período foi de muito trabalho na Unidade de Saúde. As metas foram buscadas mês a mês. Assim sendo, observa-se que não foi por casualidade o tema de hipertensão e diabetes mellitus, pois as doenças cardiovasculares e a diabetes mellitus constituem a principal causa de morbimortalidade na área de saúde. A organização do cronograma de atividade foi feita, sendo a primeira tarefa foi a capacitação da equipe de saúde com a participação dos agentes comunitários de saúde (9), a enfermeira, a secretária. A capacitação foi realizada antes de iniciar o trabalho na comunidade, com dois encontros na sala de reunião da UBS. AS atividades abordavam o tema de hipertensão arterial, o uso correto do glicômetro. Percebi que a capacitação dos profissionais foi muito importante, pois, eles se tornaram mais confiantes para fazer desenvolver o trabalho, e assim, tivemos mais facilidades para realizar as atividades propostas.

Além disso, a capacitação teve um enfoque para melhorar a organização dos registros nos prontuários, dessa maneira, todas as condutas tomadas na consulta médica como: solicitação de exames complementares, encaminhamento para atendimento especializado e prescrição de medicamentos.

As consultas médicas acontecem todos os dias da semana. Mas, quarta - feira foi escolhida para desenvolver atividades com hipertensos e diabéticos. Pela manhã, antes do atendimento médico, é realizada uma palestra sobre essas doenças com esses usuários, ao terminar a palestra, a consulta médica individual é realizada.

As visitas domiciliares aconteciam às segundas - feiras à tarde, com a participação de secretaria a enfermeira e dos agentes de saúde. A prioridade das visitas sempre são usuários idosos e também aqueles usuários com alguma condição que os impedem de se deslocar para a UBS. No momento da visita foram feitos os convites para a participação nas palestras. Sem dúvida, a informação foi compreendida por todos, pois o número de usuários participantes das atividades aumentou, fato muito importante, pois esses usuários irão reconhecer os motivos para modificar os hábitos pouco saudáveis ou não saudáveis.

As palestras seguiram o cronograma com os seguintes temas:

a) prática de exercício físico: na verdade eu pude observar que depois de fazer esta palestra muitas pessoas na área de saúde começaram a fazer exercícios físicos, caminhadas à tarde, algo muito recomendado na prevenção e tratamento da hipertensão arterial, assim como também no controle da diabetes mellitus. Isto é, exercício de todo os usuários inclusive para os idosos. No entanto, no idosos são encontrados outros fatores que desafiam sua prática regular de atividade física, como, por exemplo, as limitações físicas, fatores relacionados com as diferentes alterações fisiológicas que eles possuem, e o próprio desinteresse da idade.

É possível afirmar que a maioria dos usuários obtiveram benefícios quando iniciaram a prática da atividade física, pois o exercício físico tem muitas vantagens, e ainda gera sensação de prazer e bem-estar, com a liberação de endorfinas no corpo.

b) outro tema feito nas palestras foi o controle do peso corporal e alimentação saudável.

Acredito que as palestras feitas foram compreendidas pelos usuários. Pois foi possível perceber a aceitação das medidas feitas e bem como o acolhimento das

mesmas. Em razão do tempo, não foi possível fazer um controle quantitativo do peso corporal, altura, circunferência abdominal e IMC.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas foi em relação à assistência odontológica, pois a odontóloga compareceu na UBS apenas nos primeiros dias de intervenção, Contudo, foi realizado atividades de promoção em saúde por meio de orientação sobre higiene bucal; ausência do profissional educador físico, para orientar e ajudar os usuários diabéticos e hipertensos em relação os melhores exercícios físicos para cada idade; não tivemos a participação da nutricionista nas atividades, embora tenham sido feitos convites, o número de visitas foi menor que o esperado, pois a área é muito extensa, e as condições climatológicas foram desfavoráveis no período da intervenção, dificultando ampliar a cobertura da intervenção e qualificar ainda mais os atendimentos; a farmácia não tinha as medicações para o tratamento de hipertensos e diabéticos. É necessário um melhor planejamento, pois a população-alvo tem muitos idosos, com pouca possibilidade econômica.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto aos registros das informações e sistematizações dos dados nem sempre foi possível fazer. No início se identificou muita dificuldade com a organização, mas foi melhorando de maneira sistemática e progressiva. Eu falei sobre as características da área, fato que se torna muito difícil abranger tudo. Além disto, as características dos dias, que choviam e os dias festivos. Também as dificuldades na coleta de dados pela características dos usuários, sendo que muitos deles eram idosos com dificuldades para a comunicação, moram sozinhos e com dificuldades na fala ou audição. Muitos deles eram afetados com demências senis e, em muitos momentos, apresentando nível cultural muito baixo. Outra dificuldade identificada foi à demora na entrega dos dados pelos agentes comunitários de saúde. Mas mesmo com essas dificuldades, a ficha espelho, os prontuários médicos

e os registros, de maneira geral, foram feitos com sucesso. Estes elementos dificultaram muito a coleta das informações, tendo em mente a reflexão de capacitar o atendimento mais qualificado da população-alvo e/ou com idade avançada.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

De maneira geral, observou-se que há implementada uma estrutura que deve manter o atendimento com uma melhor organização. O conhecimento da área permitiu interagir com muitos usuários, que antes não buscavam o Serviço e desconheciam sua doença. Embora haja limitações em considerar um dia para o atendimento da população-alvo, sendo uma forma inicial de organização e efetivação da intervenção na rotina da Unidade de Saúde, considerando a ideia dos agentes de saúde, como já mencionando anteriormente, a quarta-feira foi escolhida como o dia da semana para atenção dos diabéticos e/ou hipertensos. Cabe salientar que os usuários podem ser atendidos todos os dias.

4 Avaliação da Intervenção

No início da Unidade 4 do Curso começa o processo de avaliação da intervenção. Nesta direção, observando os elementos desenvolvidos na intervenção, verificando aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e no Serviço, há a construção das análises da execução das atividades desenvolvidas nas dezesseis semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma oito e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

4.1 Resultados

A intervenção em Atenção Básica visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS da Tranqueira, Altos, Piauí, Brasil. A população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais (22,7% da população) era de 1.003 – estimativa do Vigitel (2012) utilizada na planilha de coleta de dados, a população acompanhada de hipertensos pré-intervenção era de 435 e a cadastrada foi de 296. A população de usuários diabéticos, em estimativa (5,6% da população), era de 247, a população diabética acompanhada no Serviço pré-intervenção era de 134 e foram cadastrados 123 ao término dos quatro meses da intervenção.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. 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.

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

No primeiro mês da intervenção foi realizado 12,2% (53) atendimentos, no segundo mês 32,9% (143), no terceiro mês 56,6% (246) e no quarto mês 68% (296).

Neste caso podemos dizer, que as primeiras semanas a cifra foi de 53 usuários para um (12,2%) acho que incidiu o início da tarefa, a organização dos registros, assim como também a redução, da quantidade de horas trabalhadas, tendo muitos dias festivos e feriados, o comportamento muito similar nos dos grupos. O segundo mês, a quantidade de atendimento foi o dobro do anterior, pois, melhorou a organização do serviço, a equipe trabalhou suficiente para atender 143 usuários hipertensos, foi possível visitar mais pessoas. No mês de março, foram atendidos 246 usuários, em abril o número de usuários foi de 296, mas a quantidade de usuários atendidos foi muito superior, pois ficaram dados feitos que não foram entregues ao tempo de preencher. Acredito que a organização e a vontade de melhorar o serviço por parte da equipe foram decisivos para aumentar o número de atendimento.

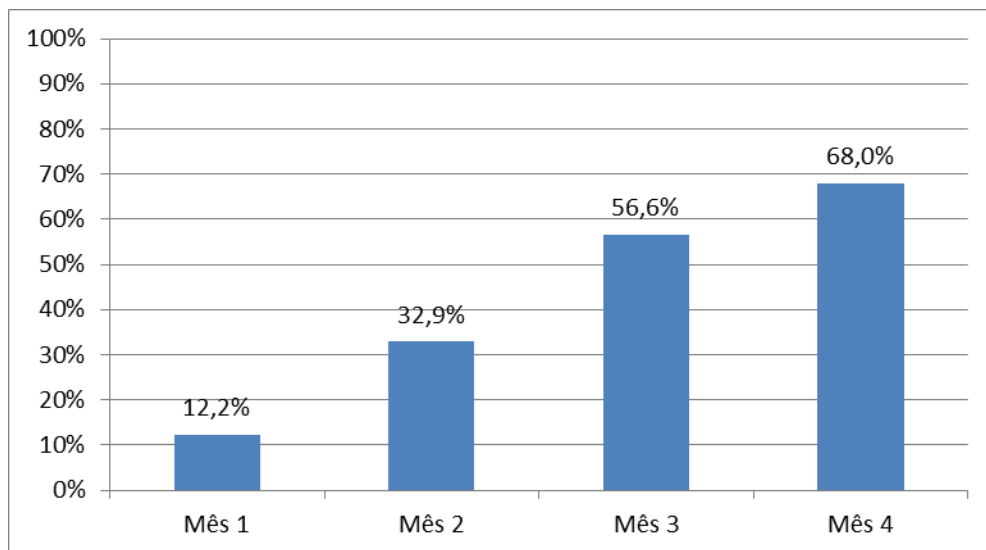


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS da Tranqueira

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

De acordo com a Figura 1, no primeiro mês, desenvolveu-se 17 atendimentos, no segundo mês 41) no terceiro mês 98 e no quarto mês 123.

Este resultado evidencia a situação similar à anterior, com usuários hipertensos. O primeiro mês foi marcado com feriados e situações climatológicas desfavoráveis, além disso, no início do projeto, eu estava organizando e refinamento as tarefas, no segundo mês a população já tinha conhecimento do trabalho, além disso, os profissionais estavam capacitados, no terceiro mês estávamos ainda mais organizados por isso obtivemos mais atendimentos, nesse mesmo mês apesar das minhas férias a equipe foi capaz de realizar a tarefa, o quarto mês foi possível,

conseguir uma cobertura superior ao terceiro mês de usuários hipertensos. O trabalho feito pela equipe de saúde nas visitas domiciliares em busca de casos novos e o invite aos usuários que já conheciam suas doenças possibilitou os resultados.

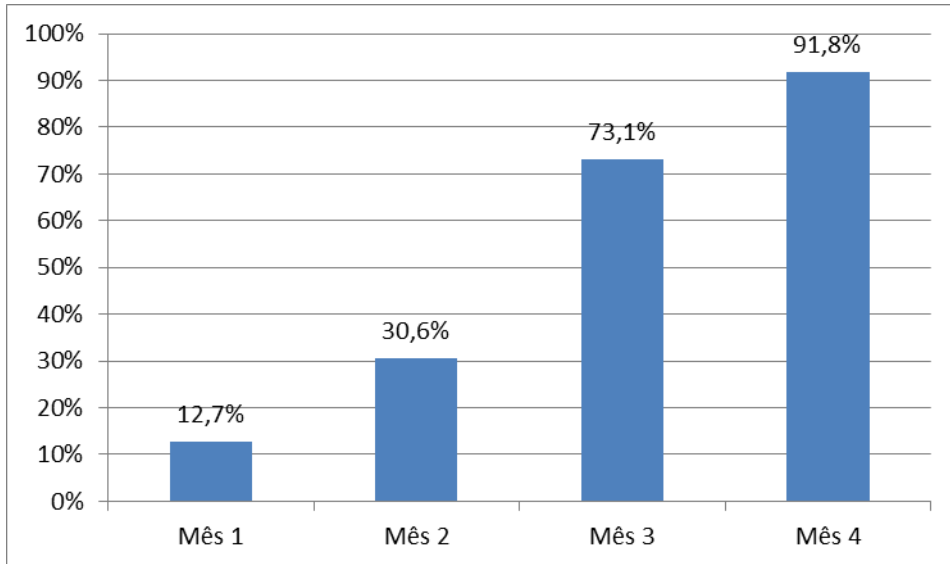


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS da Tranqueira

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo 1. Ampliar a cobertura para exames clínicos a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1. Realizar o exame clínico apropriado para 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De acordo com o protocolo, conseguiu-se desenvolver em 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 53, no segundo mês 143, no terceiro mês 246 e no quarto mês 296. Quanto aos usuários diabéticos, também se repercutir em 100% dos usuários, sendo no primeiro mês 17, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123. Neste sentido, foi possível fazer em todas as consultas os exames físicos na Unidade de Saúde e foi considerada fundamental a realização, mas também a capacitação do pessoal foi de muita ajuda para chegar a esta meta.

Objetivo 2. Ampliar a solicitação de exames complementares para hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3.1. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde a realização de exames complementares.

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

No primeiro mês a solicitação de exames complementares para hipertenso foi para 53 usuários, no segundo mês, foi 143, no terceiro mês, 246, e no quarto mês foi 296, totalizando 100% nos quatro meses. Durante a realização das atividades, percebeu-se que foi muito o esforço feito pelo laboratório e a organização para o retorno dos mesmos, reforçando também que o sucesso foi graças a toda a equipe de saúde. Com relação aos diabéticos, no primeiro mês foram 17 solicitações de exames complementares, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção. Observou-se que embora o laboratório seja distante da área, foi possível complementar a meta de satisfatoriamente. Dessa forma, conseguimos receber os exames para melhorar a avaliação clínica.

Objetivo 3. Prescrever medicamentos existentes na farmácia popular.

Meta 4.1. Priorizar prescrição medicamentosa da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A prescrição medicamentosa da Farmácia Popular, aos usuários hipertensos, teve cobertura de 100%, sendo que no primeiro mês foram feitos 53 usuários, no segundo mês foi um total de 143 usuários, no terceiro mês 246, no quarto mês foi de 296, totalizando 100% nos quatro meses. Nisto, a equipe fez um trabalho muito bom. Além disso, com a Farmácia Popular, em colaboração com a Secretaria, entregou medicamentos aos usuários hipertensos, sendo, muitas vezes, pessoas de muito baixos recursos econômicos. No segundo mês foram entregues todas as prescrições feitas aos usuários. Neste momento, destaca-se a atenção das organizações na vontade de ajudar as pessoas menos favorecidas. Nos usuários diabéticos, o primeiro mês foi de 17, o segundo mês 41, o terceiro mês de 98 e no

quarto mês 123, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção. No primeiro mês a maioria dos usuários desconheciam. A farmácia fez um trabalho muito bom, foi possível garantir os medicamentos dos usuários com medicamentos prescritos. No segundo mês o trabalho feito pelos agentes de saúde e conseguimos dobrar a cifra. Também, as condições climatológicas permitiram fazer o trabalho com melhores condições. Tenho a certeza que todas as atividades feitas, como as palestras, as consultas e as visitas domiciliares, permitiram que no quarto mês a cifra de 123 para um (100%). Embora muitos dados não chegassem a tempo, o trabalho foi feito, o que em realidade, demonstrou que os usuários receberam o serviço.

Objetivo 1. Avaliar a necessidade de encaminhamento de usuários hipertensos e diabéticos para avaliação odontológica.

Meta 1.1. Realizar a avaliação da necessidade do atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foram feitos acompanhamentos em 53 usuários, no segundo mês foi um total de 143 usuários, no terceiro mês 246, no quarto mês foi de 296, totalizando 100% nos quatro meses. A participação de toda equipe foi muito importante para que no segundo mês a cifra seja dobrada, somando as visitas domiciliares e as palestras feitas, além a orientação na consulta e em todos os lugares foi muito abarcadora. No terceiro mês a equipe conseguiu a atenção das pessoas envolvidas. Na meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no primeiro mês 17, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção. Neste andamento, destaca-se que no primeiro mês não foi possível assistir aos usuários em dias festivos, identificando a redução de horas laboráveis. No segundo mês também as visitas e palestras renderam

frutos. No terceiro mês foi muito intenso e para o quarto mês as atividades foram feitas com sucesso, contribuindo para qualificar ainda mais a assistência no Serviço.

Objetivo 2. Ampliar a cobertura de usuários a hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Meta 2.1. Realizar a busca ativa dos usuários faltosos.

Indicador 2: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se 100% nos quatro meses da intervenção, consolidando-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 o acompanhamento de 6, 9, 17 e 21 usuários. Com relação aos usuários hipertensos faltosos nas consultas foi no primeiro mês de 0 para um 100% de assistência, com certeza acredito que trabalho dos agentes de saúde na busca da ativa dos usuários foi muito importante para garantir não ter muitos faltosos no desenvolvimento do mesmo, no segundo mês todos os usuários assistiram na consulta, da mesma maneira, as visitas dos agentes de saúde para garantir a presença dos usuários na consulta, o terceiro mês o desenvolvimento foi muito parecido, o trabalho foi feito com sucesso no quarto mês, os usuários assistiram na consulta 100%, considero por trabalho de busca da, além do conhecimento em geral da população em relação do projeto. Com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, sendo, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 os resultados de 2, 3, 7 e 7 usuários. Em relação com usuários diabéticos faltosos, no primeiro mês foi de 0, para um 100% de assistência, a busca da ativa sempre foi feita pelos agentes de saúde, para garantir assistência dos usuários, embora as condições climatológicas desfavoráveis, o segundo mês a assistência também foi de 100%, mas foi possível, pela comunicação continua com os usuários e as visitas periódicas, no terceiro mês o desenvolvimento foi muito bom, garantindo a assistência dos usuários, da mesma maneira que o quarto mês com desenvolvimento 100%, para garantir a presença dos usuários na consulta.

Objetivo 3. Ampliar os registros nos prontuários de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Meta 3.1. Manter atualizada as fichas de acompanhamento para hipertensos e diabéticos.

Indicador 3: proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

A meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, foi realizada, no primeiro mês foram realizados acompanhamentos em 53 usuários hipertensos. As principais dificuldades que tive neste período de tempo, pela organização No segundo mês foram 143 usuários, com fichas de acompanhamento as atividades desenvolvidas. Pelos agentes de saúde foi definitivamente muito importante para fazer a meta, no terceiro mês 246, este mês o projeto tinha melhor organização, facilitando o desenvolvimento do trabalho. Com relação aos diabéticos conseguiu-se no primeiro mês 17, da mesma maneira o comportamento com os usuários diabéticos tivemos algumas dificuldades com a organização, mas, foi possível atingir 100%, no segundo mês 41, da mesma maneira. O trabalho dos agentes de saúde foi muito importante para obtermos o sucesso, os 100% dos usuários com registros adequados de acompanhamento na área de saúde. No terceiro mês 98, o trabalho feito foi muito bom para lograr um trabalho muito bem sucedido, no quarto mês 123, mas neste período a equipe estava com muita madures nas tarefas, também ajudaram as palestras as visitas domiciliares e as consultas feitas, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção.

Objetivo 4. Ampliar a cobertura de usuários a hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência.

Meta 4.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos usuários hipertensos com estratificações dos riscos cardiovasculares e exames clínicos feitos, com o objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular em 100%, no primeiro mês foram feitos acompanhamentos em 53 usuários, no segundo mês foi um total de 143 usuários, no terceiro mês 246, no quarto mês foi de 296, totalizando 100% nos quatro meses. No primeiro mês tivemos dificuldades com a organização das consultas. A Unidade de Saúde tem uma população muito numerosa e foi

necessário destinar o turno da manhã das quartas-feiras exclusiva para atenção. No segundo mês a equipe teve muita vontade para fazer as visitas e os usuários com risco foram encaminhados para cardiologista. No terceiro mês os exames feitos seguiram o protocolo de trabalho. Também, houve a capacitação dos agentes de saúde e foi muito proveitosa. No quarto mês, ao final, a maioria dos usuários foi avaliada e muitos foram valorizados pelo médico cardiologista. No caso dos usuários diabéticos, conseguiu-se no primeiro mês 17, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção. O primeiro mês teve nas primeiras semanas grande efeito de organização. Também fatores como o clima e a redução do tempo do trabalho pelos dias feriados influenciaram os atendimentos. No segundo mês a equipe toda participou das visitas domiciliares e também as palestras feitas e as consultas no posto médico. No terceiro mês foi ainda melhor, em que os usuários tinham conhecimento das ações feitas e a assistência melhorou muito. No quarto mês, de maneira geral, foi feito o trabalho todo com a participação da equipe de saúde e os usuários que precisaram de atendimentos e avaliações foram feitos.

Objetivo 5: Realizar orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e os riscos do tabagismo.

Meta 5.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de exercício físico e risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática de exercício físico e risco do tabagismo.

No que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Conforme a figura 3, na orientação nutricional sobre alimentação; obteve-se no primeiro mês 53 usuários. Nesse período foram organizadas palestras com ajuda da enfermeira e agentes de saúde. No segundo mês, 142 usuários passaram pela consulta médica, nesse mês as palestras foram desenvolvidas com a ajuda da maioria dos profissionais, no terceiro mês, tivemos 245 atendimentos. As visitas dos agentes de saúde e as palestras contribuíram para garantir o desenvolvimento do

trabalho. No quarto mês 295 usuários passaram pela UBS, acredito que foi o melhor período, pois, foi o resultado de todo o esforço feito nos meses anteriores.

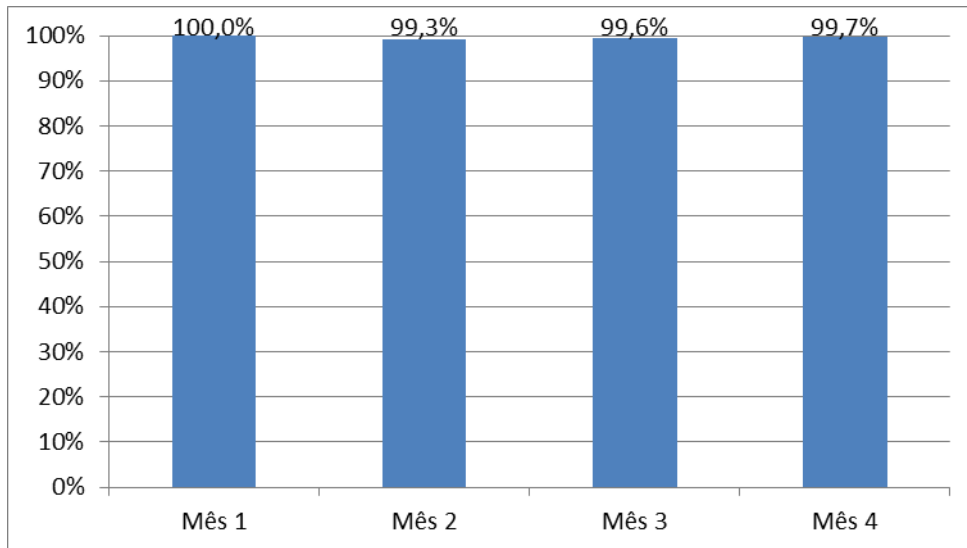


Figura 3 – Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável se conseguiu atingir 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 17 usuários, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123 indivíduos. O trabalho feito por toda a Equipe a fim de abarcar todos os usuários, houve a organização das palestras, das visitas domiciliares e as demonstrações foram muito importante. A fala com agentes comunitários de saúde e também a participação dos próprios familiares dos usuários contribuíram para perceber de maneira convincente a melhoria para a saúde das mudanças nos hábitos alimentares.

Nas orientações sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, considerando que no primeiro mês foram feitos acompanhamentos em 53 usuários, no segundo mês foi um total de 143 usuários, no terceiro mês 246, no quarto mês foi de 296, totalizando 100% nos quatro meses. Todo o trabalho foi muito proveitoso para sensibilizar a população a respeito na importância da prática de exercício físico, as palestras, as demonstrações. No caso dos usuários diabéticos, no primeiro mês 17, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123, correspondendo a 100% nos

quatro meses de intervenção. No primeiro mês, as atividades foram afetadas pelas condições climatológicas e os dias festivos. Embora houvesse as ausências dos profissionais de educação física, a equipe fez todo o necessário para motivar a população. Em muitos casos ficou a demonstração de como o exercício físico regulava as cifras de glicemia e o usuário precisava uma menor quantidade de medicação. Também o controle das complicações e a sensação de bom estado geral pela secreção das endorfinas puderam ser percebidas pelos participantes.

Com relação a orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, consolidando-se no primeiro mês 53 usuários em acompanhamento, no segundo mês 143 usuários, no terceiro mês 246, no quarto mês foi de 296. As palestras e visitas feitas aos usuários para estimular modificar os hábitos foram bem interessantes. Muitos usuários fumantes foram visitados para mostrar o risco para a doença e para desenvolver novas complicações. O trabalho para a modificação do tabagismo em usuários diabéticos também foi muito difícil, porém bastante proveitoso, no primeiro mês foram acompanhados 17, no segundo mês 41, no terceiro mês 98 e no quarto mês 123, correspondendo a 100% nos quatro meses de intervenção.

4.2 Discussão

Depois de semanas de trabalho na intervenção, podemos dizer que muitas situações e aspetos mudaram de maneira total e para sempre referente aos processos de trabalho com a finalidade de ter impactos maiores na vida dos usuários, em geral. Mais especificamente nos usuários diabéticos e hipertensos. Tais aspetos podem ser citados: acolhimento, organização dos registros e controle dos exames, capacitação dos agentes comunitários de saúde, a vinculação da Secretaria nas atividades da Unidade de Saúde. E, com a comunidade, a vinculação dos líderes da comunidade no processo de saúde. Além disso, houve a vinculação da equipe de saúde para fazer as diferentes tarefas.

Quanto à Secretaria de Saúde, a cooperação dela e a vontade de participar de maneira direta na intervenção, certamente houve disposição do compromisso

com o trabalho, muitas vezes com pessoal, na substituição do pessoal de férias. Por exemplo, a enfermeira no mês de fevereiro, a secretária no mês de junho, pessoas com um papel fundamental no projeto em realização por meio da intervenção. Também, se percebeu a ajuda para a confecção das planilhas e na organização dos registros e instalação da internet na Unidade de Saúde. No entanto, devemos nos lembrar de que não foi possível o funcionamento do serviço de odontologia. Assim sendo, temos bons motivos para agradecer a Secretaria de Saúde pela oportunidade de oferecer o melhor serviço ao maior número de pessoas possíveis.

Uma atividade muito importante foi feita no início do programa, ou seja, a capacitação dos agentes de saúde foi fundamental para o desenvolvimento das atividades da intervenção, como os aspectos em relação aos índices quantitativos da glicemia e a verificação da tensão arterial indireta com as cifras normais e as cifras de tensão elevadas. Esta capacidade foi muito proveitosa para as atividades na busca de novos usuários dentro da população-alvo da intervenção e na população maior de 20 anos de idade.

Na intervenção houve participação de toda a equipe nas palestras, assim como nas demais atividades, nas visitas domiciliares, nas demonstrações. Com relação às palestras, nem foi possível a participação da nutricionista do município. As atividades planejadas no cronograma foram feitas de maneira proveitosa para os usuários, assim como para os familiares. Ainda, no período de minhas férias, todas as palestras foram feitas, assim como as orientações e as Inter consultas com outras especialidades. A valorização dos exames de laboratório da mesma maneira, com bom desenvolvimento do laboratório, sendo os exames complementares feitos em tempo, com organização e retorno dos mesmos. Observo que foram atividades para mudar as atitudes de deficiência e começar novas estratégias e maneiras de trabalho.

Com respeito à farmácia, percebo que o trabalho feito pela mesma foi ótimo, garantindo a entrega dos medicamentos essenciais e prescritos nas consultas para os usuários diabéticos e hipertensos. Os serviços odontológicos somente foram feitos no início do trabalho, nos primeiros meses. Depois, não foi possível oferecer serviços até o quarto mês da intervenção.

Acredito considerar a intervenção como um instrumento que modificou muitas atitudes da população, visando às condutas e os hábitos na população. A tolerância e a educação da população, por exemplo, anteriormente, ficava muito difícil ceder

oportunidades para um usuário com emergência médica, uma criança com febre ou um idoso com alguma situação que requeria atenção imediata. Assim, com a organização proporcionada, fica uma conduta antes e outra muito diferente depois da intervenção, com maior compreensão para priorizar usuários que requerem atenção imediata e usuários com demanda programada.

A intervenção possibilitou também maior cobertura na população, a capacitação da equipe de saúde para a busca de faltosos e também para a detecção de casos novos de usuários diabéticos e hipertensos, assim como na supervisão do cumprimento de tratamento e a realização de exames clínicos e avaliação dos resultados. Assim, destaca-se que houve mais organização nos registros e prontuários.

A ajuda dos agentes de saúde para as palestras e demonstrações foi fundamental na intervenção. Ainda, ficam muitas dificuldades, no caso de usuários que preferem atenção fora da área de saúde e usuários que são muito difíceis de atender nas consultas. Também, não foi possível a assistência da nutricionista para as palestras de alimentação saudável, mas as palestras foram efetivadas. Muito difícil foi também o funcionamento da sala de odontologia, sendo que nem foi possível para dar atenção nos últimos dias dos últimos meses.

Muitas dificuldades ficaram no desenvolvimento do trabalho, incluindo feriados, o fator climatológico com muitos dias de chuva, identificando-se elementos muito desfavoráveis para um bom desenvolvimento. Além disto, também as férias e a diminuição do tempo para fazer a intervenção. Ainda assim, acredito que foi uma boa experiência e a mesma propiciou uma melhor inter-relação da equipe de saúde e mudou a maneira como a população percebe a atenção médica na atualidade.

No caso se eu fosse realizar a intervenção novamente, mudaria muitas coisas, por exemplo, alteraria a data, pois coincidentemente com muitos dias feriados. Além disso, coincidindo com as minhas férias, além fazer uma melhor organização nos registros e documentos, garantir a presença de nutricionista e profissional de educação física, pois embora as atividades tenham sido feitas, não há dúvida de que a presença deles implicaria numa melhor qualidade. Também, a garantia de 100% do serviço odontológico, já que considero muito importante fazer um convite e persuasão de muitos usuários que ainda não tem assistência na Unidade de Saúde. Muitos porque tem atenção em clínicas particulares e, outros, por horários de trabalho muito difíceis para concorrer na consulta, além do maior

apoio nos líderes informais da comunidade para ter uma maior propaganda e chegar ao maior número de pessoas.

O trabalho possibilitou uma rotina com palestras, estas continuam sendo realizadas nas quartas-feiras. As pessoas já reconhecem como o dia deles, melhorando a organização do acolhimento, dos registros e da distribuição de medicamentos.

O trabalho tem como objetivo final cadastrar a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos e proporcionar o atendimento odontológico a todos, assim como garantir o correto seguimento e tratamento farmacológico e não farmacológico que fique como rotina de trabalho cotidiano.

5 Relatório da intervenção para os Gestores

A intervenção desenvolvida na UBS da Tranqueira visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. O trabalho aconteceu entre os meses fevereiro e maio do ano de 2015. A população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais era de 1003, a população acompanhada de hipertensos antes da intervenção era de 435 e a cadastrada foi de 296. A população de usuários diabéticos, em estimativa, era de 247, a população diabética acompanhada no Serviço antes da intervenção era de 134 e foram cadastrados 123 ao término dos quatro meses da intervenção.

Quando eu tratei da necessidade para a cooperação da intervenção, muitas pessoas ficaram e expressaram a vontade para fazer. A Secretaria de Saúde sempre cooperou, incluindo a secretária anterior, a Sra. Fátima, que sempre cooperou da melhor maneira, sempre com muita vontade de fazer o necessário, quando precisava de alguma coisa. A disposição dela sempre foi positiva. Isso se revelou na solicitação de tirar cópias para as planilhas de ficha espelho, na coordenação para o transporte, na logística e na garantia do bom funcionamento do Serviço. A Sra. Fatima entregou a direção da Secretaria ao Sr. Neryrone Lacerda, depois de muitos meses de trabalho e sendo tratado dessa maneira tão cordial, contando com apoio e colaboração.

Compreendo que todos os resultados alcançados depois do desenvolvimento e intervenção, seriam impossíveis sem a cooperação da Secretaria de Saúde. Esses promotores de saúde fizeram que as coisas funcionassem. No caso da secretaria da Unidade de Saúde e também no período que ficou doente, também houve substituição da enfermeira Carine nos dias de férias dela. Sem a vontade da secretaria seria muito difícil conseguir um bom desenvolvimento. Nestes tempos difíceis contar com o apoio da entidade foi importante para conseguir lidar com constantes desafios e dificuldades. A secretaria, na verdade, fez tudo para cooperar, mas ainda a secretaria faz e tem a vontade de ajudar sempre, em tudo que é possível.

Quem trabalha duro merece elogios. Tenho a certeza que sem a vontade da principal autoridade da prefeitura de Altos, esse trabalho não teria sido possível. No meu caso a população da Tranqueira, a mudança da UBS para um local novo, com condições mais favoráveis, acho que foi o resultado de muito duro trabalho também com sucesso. Mas, não foi somente a Unidade de Saúde que trabalho, no município foram inaugurados mais três UBS. Ter a confiança da autoridade para apoiar o trabalho na logística necessária para conseguir fazer o que se deve fazer é muito importante para a tranquilidade e desenvolvimento das atividades. Considero a prefeita Patrícia Leal de Altos uma pessoa muito trabalhadora e com vontade para fazer e ajudar, não somente no setor da saúde, mas em todo o município de Altos, de maneira geral. O desenvolvimento feito no município neste tempo é a maior manifestação de resultados positivos.

Para expandir e chegar de maneira muito mais geral, a presença dos agentes de saúde foi determinante, tendo eles, um papel importante de divulgar todas as atividades. A capacitação deles foi imprescindível, o trabalho que eles fizeram na participação das visitas domiciliares, participação das palestras, no acolhimento e organização e coleta da informação, reforçando todo o trabalho que os outros profissionais já fazem.

Mas nem tudo foi fácil, enfrentando muitos problemas, com nossa atitude e vontade para fazer possível o desenvolvimento e minimizar as limitações, conseguimos muitas mudanças e reconhecer e considerar as novas propostas feitas. Eu considero a atividade dos gestores como muito apropriada para um bom desenvolvimento da saúde no município. Ainda têm muitas dificuldades, mas, tenho a certeza que a resposta positiva vai ter um impacto na vida da cidade ao longo tempo.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

À Comunidade

A intervenção teve a perspectiva de qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS da Tranqueira, Altos / PI e aconteceu entre os meses fevereiro e maio do ano de 2015. A população de hipertensos cadastrada foi de 296 e a população de usuários diabéticos cadastrados foi 123 ao término dos quatro meses da intervenção.

Ao início da intervenção tinha como prioridade chegar a toda a comunidade dos usuários diabéticos e hipertensos, porém a comunidade na área é muito grande, observando que tem mais de 7 mil pessoas. Tenho a certeza que a preparação da equipe de saúde foi muito importante para facilitar as tarefas e alcançar um maior número de habitantes.

As visitas domiciliares foram feitas com eficiência, chegando ao maior número de usuários, assim como também a oportunidade de fazer um exame muito mais apropriado e preciso. Como a pesquisa dos casos novos na população-alvo e na população que trabalha fora do município no momento das visitas possibilitou um planejamento muito mais específico para poder e abarcar a essas pessoas. Percebo que a população no dia de hoje tem uma consciência muito mais profunda, respeito ao trabalho que a Unidade de Saúde vem desenvolvendo, assim como também conhecimento dos horários específicos e inespecíficos. De maneira geral, a vontade que tem a equipe de saúde na Unidade de Saúde para dar assistência é para prestar ajuda no que seja necessário e para, de uma maneira ou de outra, interferir, contra os aspetos que possam influir de maneira negativa da saúde da população.

As palestras feitas na comunidade foram de muita importância, ainda mais com a participação de familiares, amigos e interessados, que participaram de maneira indireta nas palestras, muitas vezes fazendo acompanhamento e outras

mostrando interesse nos temas que foram tratados nas mesmas. A comunidade no dia de hoje tem maior conhecimento, as pessoas falam os mesmos aspectos tratados nas palestras com outra linguagem, mostrando ainda mais qualidade no conhecimento, acerca dos hábitos alimentares, nos hábitos nocivos e não saudáveis, como tabagismo, uso de açúcares, também fazem recomendações a outras pessoas para a participação no programa e recomendam a assistência na consulta. Podemos apreciar isso sim.

A participação dos líderes informais no projeto também foi muito importante para poder proporcionar fazer os elementos que foram propostos, tendo em conta que a intervenção foi feita com redução do tempo para a conclusão devido a peculiaridades do Programa Mais Médicos e da Turma 8 do curso que eu estou fazendo. Também, que ficou no período de muitas festas, com dias feriados e o tempo com muita chuva, fazendo muito mais difícil o desenvolvimento das ações.

Não foi possível a participação do nutricionista e a profissional de educação física para as demonstrações na comunidade. Embora isto, foi feito um trabalho que considerei muito bom com a participação de toda a comunidade, demonstrações foram feitas, com a participação dos usuários familiares e interessados, o que possibilitou desenvolver os objetivos do projeto que foram modificar os hábitos nesse sentido. Até o dia de hoje pode-se constatar a presença de muitos usuários fazendo exercícios. Da mesma maneira aconteceu com a nutricionista, embora não foi possível contar com a presença dela, as palestras foram feitas e a comunidade modificou seus hábitos alimentares. A comunidade, de maneira geral, foi muito beneficiada em todas as ações, ficando uma nova maneira de “construir” a saúde na comunidade com ajuda de todos os fatores.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Nos dias de hoje percebe-se quantos benefícios do curso aportou para expandir meu conhecimento de maneira geral. Algumas vezes a redação dos relatórios se percebia com muita dificuldade e como o seguimento seguem foi se desenvolvendo esse processo trabalhoso e foi tornando-se experiências para a solução de problemas em coações muito importantes para a comunicação entre médico e usuários. Também importantes para o interrogatório e obtenção dos dados necessários para conhecer a verdadeira natureza da doença dos usuários do Serviço, além de incentivar a confiança de que fica a compreensão do problema que eles estão falando. Tenho a certeza que a configuração do curso possibilitou a melhoria de maneira muito rápida da linguagem, além do desenvolvimento do conhecimento médico, percebido, consideravelmente, no meu caso. A participação no fórum clínico também possibilitou o desenvolvimento do projeto, na redação dos relatórios de muitos documentos, que, na verdade, precisam de muito tempo dedicado nas atividades, ao ponto de ficar com melhor desenvolvimento em redação. Esses são vivências que desenvolvi e que posso perceber no momento.

Agora eu vejo os benefícios de aplicar as estratégias do projeto, da intervenção de maneira geral. Os ensinamentos são manifestos até o dia de hoje e eu percebo os benefícios, melhorando a organização no acolhimento dos usuários, as pessoas tem uma melhor percepção da gravidade das doenças no sentido de permitir a prioridade no caso que precisam atenção imediata. Na verdade, antecedendo a situação da intervenção, ficava de maneira diferente e difícil. Observo que aumentou o espírito de humanidade e consideração, também todo o pessoal tem maior capacidade de manejo para as diferentes situações. Ademais, ao final desta formação, melhorou o clima e o ambiente no Serviço no dia de hoje. Percebo um ambiente muito grato, o que se traduz, no meu entendimento, em saúde e diminuição de estresse. Além disto, fica um antes e um depois da intervenção de

jeito muito diferente. Depois do estabelecimento nas estratégias da intervenção, se pode perceber cada vez mais o fortalecimento da confiança da população, assim como a equipe de saúde e o pessoal da Unidade de Saúde. Houve melhora da relação de dados, com a organização dos prontuários, com horários para as visitas domiciliares, com as palestras, assim com a entrega de medicamentos mediante a prescrição para os usuários que precisam na farmácia da Secretaria de maneira gratuita.

Sei agora que foi um teste, uma prova com resultados muito favoráveis. Apesar das dificuldades existentes ainda, mas, certas questões não dependem da vontade do profissional, como por exemplo, a dificuldade com o serviço de odontologia pelos problemas técnicos. Não foi possível a presença da nutricionista para as palestras e para as orientações de maneira geral, inclusive da equipe de saúde, assim como dos usuários, familiares e da população. Nas reuniões, muitas pessoas participaram. Nestas atividades também teve a ausência do profissional de educação física. Embora isto tenha acontecido, todas as atividades foram feitas e percebo que de maneira muito exitosa.

Todas essas questões, no meu olhar, foram para provar a qualidade de todas as pessoas envolvidas no projeto, inclusive, os líderes e as organizações políticas e administrativas da cidade de Altos, que, de maneira voluntariosa, aportaram e resolveram as distintas situações de forma positiva. Neste caminho ainda ficam muitas questões negativas, mas tenho certeza que fica a vontade de solucionar.

Quanto ao desenvolvimento da Unidade de Saúde ficam muitas novas estratégias, além do acolhimento que eu falei anteriormente, também a pesquisa de casos novos na população-alvo. Isto contribuiu para a detecção de casos novos de hipertensão e diabetes mellitus com marcada diminuição da mobilidade oculta, a atenção exclusiva aos casos especiais de hipertensão e diabetes mellitus, também no caso dos idosos e, recentemente, foi estendido para a atenção pré-natal. Mas, todas as estratégias ficam não como parte do projeto, mas como estratégias do trabalho no dia a dia da Unidade de Saúde da Tranqueira. Realmente, você pode perceber o antes e o depois do projeto para melhorar a saúde da população de Altos, contribuindo também para a minha formação médica em saúde e em Atenção Primária à Saúde.

Referências

ALFRADIQUE, M.E.. Internações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, jun. 2009.

AMBROSIO, G.B.. Effects of interventions on community awareness and treatment of hypertension results of a WHO study. **Bulletin of the World Health Organization**. Genebra, v.66, n.1, p.107-113, 1998.

CHOR, D.; FONSECA, M. J. M. F.; ANDRADE, C. R.; WAISSMANN, W.; LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M.C.S.. **Os Muitos Brasis Saúde e População na década de 80**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco. p.57-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.


MANTON, K.G. The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. **World Health Statistis Quarterly**, Genebra, v.41, n.3, p 255-66,1998.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiologia**, 2006, p.1-8.

MANTON, K.G. The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. **World Health Statistis Quarterly**, Genebra, v.41, n.3, p 255-66, 1998.

Anexos



Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa


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

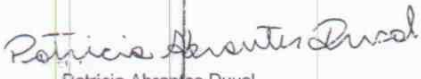
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

