

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação Lato Sensu
Especialização em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do atendimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes da
UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN**

Alana Gabriela Batalha Diógenes

Pelotas

2015

Alana Gabriela Batalha Diógenes

**Qualificação do atendimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes da
UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Renata Lima Silva.

Pelotas

2015

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

B328q Batalha, Alana

Qualificação do atendimento de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN / Alana Batalha; Renata Lima Silva, 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. Silva, Renata Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Às pessoas que mais amo, que estão sempre presentes em cada momento da minha vida: minha família, em especial os meus pais e minha irmã. A eles declaro meu amor e meu esforço, a eles dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela família maravilhosa que me deu e pela oportunidade ter vivenciado cada momento desse trabalho gratificante. Obrigada por não ter me deixado desistir diante da correria do dia a dia, do acúmulo de trabalho e tarefas, por ter me ajudado diante das complicações que surgiam a cada semana de trabalho.

A minha família e amigos verdadeiros, que me deram força e apoio nos momentos de estresse e de dificuldades na realização do projeto, que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada, me apoiando e me dando força, para não desistir nem fraquejar.

A minha orientadora Renata Lima Silva, por disponibilizar seu tempo, pelas orientações, dedicação e paciência que teve comigo durante a realização da intervenção e construção desse trabalho.

A equipe da unidade de saúde, aos profissionais que participaram da intervenção, secretária de saúde, ao prefeito e as demais pessoas que se mobilizaram e se interessaram em ajudar na realização da intervenção.

A cada um dos usuários que aceitaram participar da intervenção, que tiveram a paciência em ser atendidos e acompanhados por nossa equipe, realizando todos os exames e consultas necessárias, assim como aos usuários que não participaram da intervenção, mas souberam compreender a importância da intervenção.

Enfim, muito obrigada a todos!!!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	44
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	44
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	45
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	45
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	45
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	46
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada	46
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada	46
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	47
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	47
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	48
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	48
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	49
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	49
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	50
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	50
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	51
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	51
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	51
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	52
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	52
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	52
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	53
Figura 24	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	53

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MINISTÉRIO DA SAÚDE	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. ANÁLISE SITUACIONAL	10
1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS	10
1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL	11
1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL	16
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	16
2.1 JUSTIFICATIVA.....	16
2.2 OBJETIVOS E METAS	18
2.3 METODOLOGIA	19
2.3.1 AÇÕES E DETALHAMENTO.....	19
2.3.2 INDICADORES	31
2.3.3 LOGÍSTICA.....	36
2.3.4 CRONOGRAMA	37
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	39
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	42
4.1 RESULTADOS.....	
4.2 DISCUSSÃO.....	54
4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES.....	55
4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE	57
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	58
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
ANEXOS	63
ANEXO 1 - FICHA ESPELHO.....	64
ANEXO 2 - PLANILHA DE COLETA DE DADOS	66
ANEXO 3 - DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA	67

RESUMO

DIÓGENES, Alana Gabriela Batalha. **Qualificação do atendimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes da UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN.** 2015. 68f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso-Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas - RS. 2015.

O diabetes mellitus é considerado um transtorno metabólico, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. Os tipos de diabetes mais frequentes são o tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes como: aterosclerose e trombose, sendo diagnosticada quando observado os níveis da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. O projeto de intervenção ocorreu na Unidade Francisca Fernandes Rodrigues no município de José da Penha – RN, que conta com uma população de 3000 habitantes na cobertura, tendo 127 diabéticos e 406 hipertensos, e que não tinha um acompanhamento com preconizado pelo Ministério da Saúde, contava com uma pequena participação da comunidade e pouco interesse dos profissionais em estar tentando melhorar essa assistência, o que chamou a atenção e fez com que nascesse o interesse em realizar o projeto com os hipertensos e diabéticos. Foram realizadas ações como: monitorar e cadastrar esses usuários, verificar quanto o acompanhamento clínico que estava em dia, os exames complementares conforme protocolo do Ministério da Saúde, os usuários que tomam medicamentos e se todos esses medicamentos são da lista do Hiperdia, avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, quais usuários estão faltosos às consultas de acordo com o protocolo e o motivo, foi realizado busca ativa para esses usuários faltosos, avaliados quanto o registro adequado da ficha de acompanhamento, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e todos os usuários ao serem cadastrados estavam recebendo orientações quanto a alimentação saudável, a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a higiene bucal, além das palestras e rodas de conversas realizadas durante a prática da intervenção. Alcançamos grande parte das nossas metas, estabelecidas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Com isso é perceptível a contribuição dessa intervenção para os profissionais e comunidade a fim de melhorar a qualidade do atendimento e acompanhamento.

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

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde UBS Francisca Fernandes Rodrigues do município de José da Penha – RN. O volume está organizado em cinco seções de trabalho seqüenciais e interligadas. Na primeira seção observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda seção é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira seção apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 TEXTO INICIAL SOBRE A SITUAÇÃO DA ESF/APS

Cidade pequena do interior do Rio Grande do Norte, o município no qual estou inserida (José da Penha), dispõe de apenas uma unidade básica de saúde para atender a demanda de toda a população urbana, e é nesta unidade que venho desenvolvendo meu trabalho.

Em termos de estrutura física, não encontrei grandes problemas até o presente momento. A UBS dispõe de um consultório médico, uma sala para a enfermeira, uma sala para atividades gerais, sala de vacinas e pequenos procedimentos, sala de gerenciamento, onde fica a diretora da UBS, como também consultório odontológico, almoxarifado para estocagem de prontuários e copa. A recepção da unidade funciona também como sala de espera, tendo capacidade de alocar cerca de 30 pessoas.

Os atendimentos na unidade funcionam de segunda a sexta, feito por mim de terça a sexta, e por um segundo médico, que, além de atender a demanda diária, também realiza ultrassonografias uma vez por semana. A equipe de saúde é bem preparada, unida e engajada. Há na unidade serviços de pré-natal, puericultura e outros atendimentos de enfermagem, além de atendimento da nutrição e vacinação.

A UBS funciona, na verdade, como um Unidade Básica de Saúde. Ao lado da mesma, situa-se o Hospital Municipal e a farmácia que distribui medicamentos básicos. Esta, inclusive, encontra-se bem abastecida de variadas medicações. O hospital local dota de equipe com duas auxiliares de enfermagem, que assumem plantão por 24 horas, uma bioquímica que trabalha durante o dia, realizando, inclusive, exames de urgência quando solicitados. Disponibiliza também medicações injetáveis de urgência, e máquina de raio x, que funciona apenas durante o dia.

Como pode ser notado, estrutura não é o problema. Tem-se uma UBS “apoiada” por uma farmácia bem abastecida e um aparato de urgência, conforme se necessite. No entanto, eis a deficiência: não há médico plantonista no hospital nem nunca houve. Segundo informações colhidas, sempre um mesmo médico “serviu” aos dois serviços. Esta tem sido, sem sombra de dúvidas, a maior dificuldade que tenho encontrado em meu atual ambiente de trabalho. A população e/ou a equipe

não parece entender a diferença entre atendimento de urgência e Atenção Básica, continuada, que é o propósito chave da Estratégia de Saúde da Família.

Atendo, diariamente, cerca de 50 usuários. Ao ser admitida no município, recebi a designação de atender, por turno, 20 usuários, adicionados de 5 eventuais urgências. A população tem a falsa impressão de que “médico bom é médico que passa soro e injeção”. Vem sempre em busca por medidas imediatistas. Além da demanda diária ser excessiva, pois julgo temporalmente impossível colher boa história e fazer exame físico em 30 usuários no tempo decorrido de 4 horas, sempre há os “encaixes” por questões políticas e reclamações pela “espera” por consultas “demoradas” por parte dos usuários que estão em sala de espera e pelos próprios funcionários.

Adicionado a essa problemática, não é possível acrescentar a rotina, ações educativas com a comunidade com a frequência necessária, ou mesmo visitas domiciliares. Ainda nem cheguei a conhecer as agentes comunitárias de saúde. Recentemente, solicitei reunião com gestores para tentar redefinir este cenário, pois somente realizo atendimentos a demanda de maneira mecânica, e não venho me sentindo efetiva em demais ações sociais que não sejam o atendimento de rotina ambulatorial. Acredito ser esse o maior desafio durante meu ano de trabalho no PROVAB: tentar conscientizar a população e gestão local sobre o significado real da estratégia de saúde da família, de modo a redefinir esse cenário construído nos últimos anos.

1.2 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

A Unidade Básica de Saúde Francisca Fernandes Rodrigues localiza-se no município de José da Penha – Rio Grande do Norte, que conta com uma população de 5.868 habitantes em uma área de 117, 635 Km². Contando com apenas uma UBS, que se apresenta como uma Unidade mista, por realizar tanto o atendimento da atenção básica quanto de urgências, está vinculada a prefeitura, localizada na área urbana, com uma área de abrangência de 3000 habitantes, com uma maioria do sexo feminino, tanto na população geral, quanto na frequência pela procura do sistema, observando ainda, o envelhecimento da população, a grande prevalência de idosos na comunidade.

O município conta com três equipes de Atenção Básica, mas que atuam na mesma estrutura física, ou seja, na mesma UBS, havendo a distribuição da área de abrangência de cada uma, no entanto, não é seguida à risca em termos de atendimento médico. No geral, na UBS atuam os seguintes profissionais: 3 médicos, 2 odontólogos, 1 nutricionista, 1 auxiliar em saúde bucal, 3 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativas, 2 recepcionistas, 1 diretora administrativa, 2 auxiliares de serviços gerais e 15 agentes comunitários de saúde, sendo 5 para cada equipe. Além desses profissionais, a Unidade conta com a equipe do NASF, 1 assistente social, 1 fonoaudióloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 educador físico e 1 psicólogo.

A Unidade conta com serviços especializados, exames complementares e serviços hospitalares mais complexos através de encaminhamentos para o município de Pau dos Ferros – RN, município de referência, localizado a cerca de 24 km do município de José da Penha – RN. A UBS tem um vínculo de bom atendimento com o SUS e a necessidade de encaminhamentos são atendidas, mas não tendo nenhum vínculo com instituições de ensino ou afins, nem disponibilidade de CEO.

A UBS dota de um médico pertencente à ESF vinculada ao PROVAB, um médico do Programa “Mais Médicos” e ainda, um médico que atende a demanda livre duas vezes por semana e realiza ultrassonografias uma vez a cada semana. Mas a delimitação da área de abrangência não funciona na prática, uma equipe é responsável por parte da comunidade rural e a outra equipe do Programa “Mais Médicos”, também realiza atendimento rural, mas enquanto o médico se desloca para as comunidades rurais para realizar pequeno número de atendimentos, a população se desloca para a área urbana a fim de receber atendimentos da equipe que estaria com a área de abrangência urbana, com cerca de 3000 pessoas.

Na UBS, não existe uma organização de atendimento, separação de grupos, como grupo de hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros, não é realizado o acolhimento como preconizado pelo Ministério da Saúde, pois é perceptível o desconhecimento conceitual desse processo por parte da equipe e dos demais profissionais que atuam na Unidade gerando uma desorganização do atendimento, com uma alta e desorganizada demanda, acarretando, assim, uma superlotação do serviço e sobrecarregando alguns profissionais.

Com relação à estrutura física, a Unidade foi criada há quatro anos para ser uma UBS, com isso conta-se com a recepção, que tem acesso através de uma escadaria e duas rampas laterais dotadas de corrimão. A sala de espera funciona no mesmo espaço designado à recepção, ambiente quente e pouco arejado, com capacidade de alocar 30 pessoas sentadas, podendo melhorar a ventilação desse ambiente, para evitar a inquietação dos usuários, inclusive das crianças. Há disponibilidade de cadeiras de rodas para transporte de usuários que necessitem, mas não há sanitários especiais para deficientes, assim como corredores, extremamente estreitos, dificultando a passagem de mais de uma pessoa ao mesmo tempo, e até mesmo de o deslocamento de cadeirantes, há dois sanitários para os usuários e dois para os profissionais. A sala de espera tem acesso visual direto com o almoxarifado, permitindo assim que os usuários recebam seus prontuários (que se organizam por família) antes das consultas. A Unidade conta, ainda, com dois consultórios, sala de curativos e pequenos procedimentos, uma sala de vacinação, um ambiente para atividades gerais, e outro onde se localiza a diretora do centro, um consultório odontológico, uma copa, não há sala para coletas de lixo, seja ele biológico ou não. A coleta de material para exames complementares é realizada em sala especializada no Hospital Municipal, que localiza-se ao lado da UBS, assim como exames de radiografias e aplicações eventuais de medicamentos de urgência, pois não há farmácia no interior da Unidade, mas que está localizada a poucos metros a Farmácia Básica, o que acaba sendo um ponto positivo, já que é tão próximo, e tem-se apenas um corredor para dar acesso a todas as salas da Unidade, evita uma maior aglomeração de pessoas.

Na Unidade são realizados atendimentos e acompanhamentos dos usuários, mas ocorre prioritariamente através da demanda espontânea, não existindo uma organização, programação de atendimentos. Os programas como saúde da criança, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, hipertensos e diabéticos e saúde do idoso, não funcionam como, realmente, deveriam, não são realizadas ações educativas e preventivas. Para que esse acompanhamento ocorra de forma efetiva é necessário que a equipe crie um vínculo com a comunidade, a família, principalmente através das visitas domiciliares. Durante a dia a dia pode-se observar algumas falhas cometidas pelos profissionais, pela equipe, e na tentativa de melhorar esse atendimento é necessário conscientizar

os profissionais e a comunidade da necessidade do acompanhamento, na tentativa de promover a saúde, e quando necessário, o diagnóstico e tratamento precoce.

No Programa de Saúde da Criança acontece apenas a puericultura, que apresentam consultas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o teste do pezinho e a primeira consulta realizados até o sétimo dia de vida, monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, saúde bucal, vacinação, e orientações para o aleitamento materno e prevenções de acidentes com as crianças. Com isso, pode-se observar que as crianças que realizam puericultura são assistidas quanto à maioria dos pontos mais importantes preconizados pelo Ministério da Saúde, na tentativa de diminuir os problemas/óbitos por causas evitáveis, que já vem diminuindo desde a implantação desse programa, mas ainda vemos que persistem algumas desigualdades nesses atendimentos, que não permitem garantir a toda criança o direito à vida e à saúde. Neste sentido é possível ver a necessidade de registros, acompanhamentos e monitoramentos do serviço, mas que não ocorre da forma que deveria, percebe-se vertentes no acompanhamento das crianças que podem e devem ser preenchidas com relação a esses registros.

No pré-natal são repassadas orientações gerais, enfatizando sempre a alimentação saudável, o aleitamento materno e a imunização, mas ainda faltam às ações de grupo com mães e pais, que deveriam estar sendo participando cada vez mais do pré-natal e acompanhamento do bebê. A equipe deve realizar a busca ativa dessas crianças e estar preparada para ouvir sempre os pais e a escola, para conhecer o que não dar pra ser observado nas consultas, devendo ainda ter a consciência do real sentido da Atenção Básica, e do atendimento a essas crianças, do que pode e deve ser evitado com simples orientações.

Como prevenção do Câncer de Colo de Útero a UBS realiza o exame citopatológico, investigando os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, mas deixa algumas vertentes em aberto, como a classificação de rastreamento oportunistas, em que os exames são ofertados apenas às mulheres que oportunamente chegam a Unidade buscando a prevenção, com isso não existe ações estruturadas de forma programática, não tem protocolos e não realiza monitoramento e acompanhamento regular dessas mulheres.

Na prevenção do Câncer de Mama, quando um exame apresenta resultado alterado é necessário realizar uma maior investigação, que requer solicitação de novos exames, como mamografias e ultrassonografias, e o encaminhamento para a

referência, onde vão existir profissionais especializados para atender, diagnosticar e tratar da melhor forma. Não existe um protocolo de busca dessas mulheres que estão com exames em atraso, ou até mesmo que nunca realizaram, o que deveria ser inserido na Unidade, na tentativa de construir um elo e confiança entre os profissionais e as mulheres da área, para quebrar os tabus existentes sobre os exames e, principalmente, tentando mostrar e repassar informações através de atividades educativas sobre a necessidade e importância dos exames e da prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

O atendimento a indivíduos com Hipertensão e Diabetes ocorre durante todos os dias da semana, nos dois turnos. Esses dois agravos caminham lado a lado, por serem patologias crônicas e necessitarem de grandes mudanças no estilo de vida. São realizadas ações de imunização, atendimentos de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal e saúde mental, orientações quanto à alimentação, ao estímulo para a prática de atividades físicas, apesar dessas orientações não são realizadas ações educativas nesse sentido, que deveriam ocorrer para que os usuários pudessem ter uma melhor qualidade de vida. Assim como a maioria das áreas de atuação na UBS não tem protocolos, nem manual de registros e acompanhamentos para os Hipertensos e Diabéticos.

O atendimento à saúde do idoso na UBS ocorre por demanda espontânea, onde são desenvolvidas ações de imunização, promoção de atividades físicas, que não são realizadas na Unidade, mas existe no município, promoção de hábitos alimentares, saúde bucal e mental, orientações e esclarecimentos sobre patologias que possam surgir. Assim como nos outros programas, apesar de existir o atendimento, é perceptível a necessidade de ações educativas realizadas pela equipe, de atividades de grupo, de um melhor acolhimento da comunidade e formas de promoção da saúde.

Diante das questões dos Cadernos das Ações Programáticas, foi o momento que apresentou maior dificuldade, por observar a falta de registros e acompanhamentos da Unidade. Com isso, nota-se a necessidade da conscientização dos profissionais da equipe e da comunidade para a realização de ações educativas e atividades de grupo, um melhor acolhimento, uma melhor qualidade da assistência, com ênfase na humanização, na visão do ser humano de forma holística, não olhando apenas para sua patologia e uma melhor forma de registros para controle e acompanhamento da comunidade. Que sem dúvidas não

será fácil, mas com muito empenho e trabalho em equipe, é possível chegar ao objetivo.

1.3 COMENTÁRIO COMPARATIVO SOBRE O TEXTO INICIAL E O RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

Ao compara o texto inicial sobre a situação da ESF e o relatório da análise situacional, foi possível observar que, realmente, a maior necessidade desde o primeiro contato com a Unidade, é a realização de ações educativas a fim de conscientizar a população, os profissionais e a gestão sobre o real significado da “Estratégia Saúde da Família”. Com isso, tentar colocar em prática as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para cada área e programas de atuação, de maneira a engajar mais os próprios profissionais, assim como a própria comunidade, na tentativa que ambos se interessem mais e juntos consigam chegar a uma melhor qualidade na assistência prestada na Unidade.

Diante disso, podemos estar trabalhando na tentativa de melhorar essa assistência e mostrando aos nossos profissionais, gestores e comunidade, que se realizarmos um acompanhamento adequado, juntamente com o tratamento adequado, teremos menos crises hipertensivas, menos crises de hiper ou hipoglicemia, menos aparecimento de complicações crônicas, ou pelo menos um aparecimento a longo prazo, o que resultará em um trabalho mais organizado e qualificado, um melhor acompanhamento e um menor gasto, já que é melhor e mais barato prevenir do que tratar.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

Para o Ministério da Saúde (2010) a promoção de saúde está relacionada a promoção da qualidade de vida, na tentativa de reduzir a vulnerabilidade à saúde, relacionando com os seus determinantes e condicionantes, que são: o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dentro desse conceito de promoção da saúde é imprescindível a avaliação contínua da qualidade da assistência prestada, assim

como a necessidade de realizar ações para envolver e esclarecer a comunidade à respeito do cuidado com sua própria saúde, criando assim um elo de confiança e ligação com a comunidade, possibilitando conhecer melhor a realidade em que estamos inseridos.

A Unidade Básica de Saúde Francisca Fernandes Rodrigues localiza-se no município de José da Penha – Rio Grande do Norte, que conta com uma população de 5.868 habitantes em uma área de 117, 635 Km². Contando com apenas uma UBS, que se apresenta como uma Unidade mista vinculada a prefeitura, localizada na área urbana, com uma área de abrangência de 3000 habitantes, com uma maioria do sexo feminino, tanto na população geral, quanto na frequência pela procura do sistema, observando ainda, o envelhecimento da população, a grande prevalência de idosos na comunidade.

O município conta com três equipes de Atenção Básica, mas que atuam na mesma estrutura física, ou seja, na mesma UBS, havendo a distribuição da área de abrangência de cada uma, no entanto, não é seguida à risca em termos de atendimento médico. No geral, a UBS é formada por 3 médicos, 2 odontólogos, 1 nutricionista, 1 auxiliar em saúde bucal, 3 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativas, 2 recepcionistas, 1 diretora administrativa, 2 auxiliares de serviços gerais e 15 agentes comunitários de saúde, sendo 5 para cada equipe. Além desses profissionais, a Unidade conta com a equipe do NASF, 1 assistente social, 1 fonoaudióloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 educador físico e 1 psicólogo.

Geralmente, os atendimentos e acompanhamentos realizados na Unidade ocorrem através da demanda espontânea, não existindo uma programação de atendimentos. No caso dos hipertensos e diabéticos o atendimento ocorre durante todos os dias da semana, nos dois turnos. Esses dois agravos caminham lado a lado, por serem patologias crônicas e necessitarem de grandes mudanças no estilo de vida. São realizadas ações de imunização, atendimentos de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal e saúde mental, orientações quanto à alimentação, ao estímulo para a prática de atividades físicas, apesar dessas orientações não são realizadas ações educativas nesse sentido, que deveriam ocorrer para que os usuários pudessem ter uma melhor qualidade de vida. Assim, como a maioria das áreas de atuação na UBS não tem protocolos, nem manual de registros e acompanhamentos para os Hipertensos e Diabéticos.

Com isso, é perceptível a necessidade de algumas mudanças, de um acompanhamento de forma efetiva, é necessário ter uma forma de acompanhar esses indivíduos, fichas que fiquem na UBS para se ter um controle de usuários com consultas e exames atrasados, realizar estratificação de risco, esclarecer a comunidade quanto à necessidade do acompanhamento, do diagnóstico e tratamento de forma precoce. E para que tudo isso ocorra da melhor maneira possível é necessário iniciar as mudanças dentro da própria equipe, atuando juntamente com todos os profissionais da equipe, na tentativa de melhorar cada vez mais a qualidade da assistência prestada.

2.2 OBJETIVOS E METAS

Objetivos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS 1 e 2: Cadastrar 95% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde Francisca Fernandes Rodrigues.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

METAS 1 e 2: Buscar 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

METAS 1 e 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS 1 e 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ ou diabéticos.

2.3 METODOLOGIA

A intervenção será realizada na unidade de saúde Francisca Rodrigues Fernandes, do município de José da Penha - RN juntamente com toda a equipe da Unidade, realizando avaliação da qualidade e dos resultados obtidos. As ações estão divididas em partes: Cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção de saúde, em que foram definidos objetivos, metas e ações para cada eixo, de acordo com o Ministério da Saúde, para tentar alcançar o melhor resultado possível.

2.3.1 AÇÕES E DETALHAMENTO

COBERTURA

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS: Cadastrar 95% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde Francisca Fernandes Rodrigues.

AÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

A equipe, junto com os ACS, estarão sempre monitorando o número de cadastros novos, que os ACS trarão pra UBS, validando os antigos, indo as casas dos usuários já cadastrados para confirmar que ainda moram na área, estão vivos, etc., para ter um número real dos cadastramentos, obtendo assim a nossa meta de elevar esses percentuais.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento:

Como o ACS é o profissional da equipe que tem maior contato com a comunidade, então é atribuição do ACS cadastrar os hipertensos e diabéticos da área.

2. Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e DM.

Detalhamento:

O acolhimento é realizado pela recepcionista, portanto, após as capacitações que serão realizadas com a equipe, acredita-se que a forma de acolher os usuários seja feita com mais atenção, cuidado e qualidade.

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

Detalhamento:

A enfermeira verificará a existência e a qualidade (se estão funcionando corretamente) desses materiais na UBS, para se não existirem ou não estiverem funcionando corretamente, solicite novos materiais à Secretaria de Saúde ou ao gestor do município.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

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

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

Detalhamento:

As primeiras orientações a Comunidade serão essas, sobre a existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, do rastreamento dessas patologias e os fatores de risco, através de palestras, onde a comunidade será envolvida e terá grande participação, podendo opinar e sugerir.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento:

Será realizada a capacitação dos profissionais ACS, através de reuniões entre a própria equipe, para que saibam como será feito o cadastramento, quais as informações necessárias e o uso da nova ficha de acompanhamento.

2. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

A equipe da minha UBS já está capacitada para isso, pois realizamos diariamente esse atendimento.

QUALIDADE

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos

cadastrados na unidade de saúde; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Após a capacitação para o exame clínico ser realizado como preconiza o Ministério da Saúde, é necessário observar se todos os profissionais estão atuando dessa maneira, com isso a própria equipe fará isso, observando o seu próprio atendimento e acompanhando através das planilhas a realização do exame clínico nos usuários,

2. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

3. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

Depois que criamos a ficha de acompanhamento, será possível observarmos quem está com os exames e consultas em dia e quem está com esses exames e consultas em atraso.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Nas primeiras reuniões para discutir a intervenção serão distribuídas as atribuições de cada membro da equipe, de acordo com suas funções atuais.

2. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

3. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

4. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

Essas três ações serão discutidas e resolvidas durante as primeiras reuniões para tratar da intervenção que será realizada na UBS.

5. Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

7. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

Em conversa com o gestor será apresentado o plano de intervenção, o foco e a forma que irá ocorrer, inclusive a sua participação em alguns momentos, com disponibilização de materiais, profissionais e agilidade na realização dos exames.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programa de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

2. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

3. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programa de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

4. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Toda a população de uma cidade tem direitos, inclusive de receber medicamentos de forma gratuita, por isso a comunidade deve ser esclarecida quanto aos seus direitos e os médicos conscientizados quanto a possibilidade de prescrever medicamentos que façam parte da farmácia popular.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

A equipe será capacitada quanto à realização do exame clínico, como preconizado pelo Ministério da Saúde, através de estudos e discussões entre a própria equipe, ou se necessário, convidar algum profissional, disponibilizado pelo gestor para realizar ou complementar essa capacitação.

2. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

3. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

4. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

5. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

6. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

7. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada, como preconizado pelo Ministério da Saúde, através de estudos e discussões entre a própria equipe, ou se necessário, convidar algum profissional, disponibilizado pelo gestor para realizar ou complementar essa capacitação.

9. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

A equipe será capacitada quanto à realização do exame clínico, como preconizado pelo Ministério da Saúde, através de estudos e discussões entre a própria equipe, ou se necessário, convidar algum profissional, disponibilizado pelo

gestor para realizar ou complementar essa capacitação, conscientizando, principalmente, os médicos quanto a prescrição de medicamentos que façam parte da Farmácia Popular.

ADESÃO

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

AÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Através da nova ficha de acompanhamento será possível monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de todos os usuários.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
2. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

As visitas domiciliares poderão ser realizadas pelo médico e/ou enfermeiro, através das informações repassadas pelo ACS e no caso das consultas, também poderão ser agendadas e orientadas pelos ACS, que deverão conhecer a rotina de consultas da UBS.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos indivíduos com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
3. Esclarecer aos os usuários com hipertensão, e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programada de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos

usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Será realizada capacitação com os ACS para que se enquadrem na intervenção, percebam a sua importância e estejam dispostos a participar e ajudar, conhecendo a rotina da UBS, e as ações realizadas na intervenção

REGISTRO

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

METAS: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

AÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento:

Após a implantação da ficha de acompanhamento a equipe terá maior acesso aos registros, podendo observar a qualidade de todos eles, e as falhas de qualquer profissional, devendo atentar para essas falhas, pois caso ocorra o profissional deverá explicar o motivo dessa falha no preenchimento da ficha.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

Alimentar o sistema do SIAB, com as novas informações.

2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

4. Definir responsável pelo monitoramento registros.

5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Durante as primeiras reuniões com a equipe sobre a intervenção, será construído o registro do acompanhamento, para ser implantada na UBS, definir a forma que será realizado esse registro e quem irá monitorar, além de discutir uma maneira para que o sistema alerte quando os usuários estiverem com 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. Tudo isso será discutido e implantado juntamente com a equipe.

AÇÃO DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programa de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

AVALIAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

AÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano

Detalhamento:

Após a implantação da ficha de acompanhamento e da implantação de um sistema para o registro de acompanhamento será possível monitorar esse número de usuários que estão com a avaliação de estratificação de risco atrasadas.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
2. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

O usuário de alto risco deve ter prioridade no atendimento, por isso a necessidade de avaliar os usuários e os seus riscos, para organizar a agenda de atendimento da Unidade de acordo com esta demanda.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
2. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programa de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

1. Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.
2. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

3. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

4. Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Nesta ação será necessário que o gestor disponibilize profissionais para realizá-las, como nutricionista, educador físico, para que sejam realizadas palestras com a comunidade sobre as orientações citadas acima.

AÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

1. Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

2. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento:

A agenda de saúde bucal será discutida com a equipe de saúde bucal, levando em consideração a prioridade do atendimento através da classificação do risco odontológico.

3. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento:

Temos dentista na UBS, com isso já temos as consultas disponíveis na Unidade para esses grupos de usuários.

4. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

5. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação de risco odontológico.

6. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programada de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

7. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programada de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

9. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programada de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

AÇÕES DE ENGAJAMENTO PÚBLICO:

1. Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

2. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento:

Nas primeiras reuniões da equipe sobre a intervenção serão discutidos os primeiros pontos da intervenção, portanto serão discutidos quais parcerias podem ser buscadas no município de José da Penha, além de igrejas, escolas, a maternidade e etc.

3. Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

4. Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

5. Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Durante a intervenção serão realizadas palestras para a comunidade, com profissionais da equipe e outros profissionais, para esclarecer todo o programa de hipertensão e diabetes na Atenção Básica, a necessidade do acompanhamento dos usuários, do tratamento de forma assídua, as possíveis complicações crônicas e/ou agudas, a realização dos exames, e etc. Enfim, esclarecendo todas as dúvidas sobre essas duas patologias e seus tratamentos.

AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

1. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.
2. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
3. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
4. Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
5. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A equipe será capacitada, como preconizado pelo Ministério da Saúde, através de estudos e discussões entre a própria equipe, ou se necessário, convidar algum profissional, disponibilizado pelo gestor para realizar ou complementar essa capacitação.

2.3.2 INDICADORES

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

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

Meta: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

DIABETES MELLITUS:

Meta: Cadastrar 95% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2. Meta: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

3. Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

4. Meta: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

DIABETES MELLITUS:

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

2. Meta: garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

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

3. Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

DIABETES MELLITUS:

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

DIABETES MELLITUS:

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

DIABETES MELLITUS:

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

HIPERTENSÃO ARTERIAL:

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Meta: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos hipertensos.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

DIABETES MELLITUS:

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2. Meta: Garantir a orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos diabéticos.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 LOGÍSTICA

Para colocar em prática a intervenção no Programa de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial vamos tomar como base os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde relacionados a essas duas patologias crônicas (nº 15 – Hipertensão Arterial e nº 16 – Diabetes Mellitus, de 2006). Na Unidade que estou inserida, em José da Penha - RN, não contamos com nenhum tipo de ficha de acompanhamento para hipertensos e diabéticos, o que dificulta ter acesso a informações sobre esses atendimentos, que pude observar desde o início para obter os dados para o Caderno de Ações Programáticas, por isso a necessidade de implantar, juntamente com a equipe, uma ficha para o controle e acompanhamento dos usuários cadastrados e atendidos. Os índices da UBS, de hipertensos e diabéticos cadastrados não são baixos, chegando a 89% de hipertensos cadastrados e 91% de diabéticos cadastrados, com isso a estimativa de aumentar esse percentual não é alta, estimando alcançar uma elevação de, pelo menos, 6% nos hipertensos e 4% nos diabéticos.

Como não temos um registro de acompanhamento, ou qualquer outro tipo de ficha relacionada à hipertensão e diabetes, não temos o controle de quem está com consultas, exames e vacinas em atraso. Será necessário organizar e realizar uma busca dos hipertensos e diabéticos da área para obter essas informações e a partir daquele momento realizar o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, portanto, para iniciar a intervenção deveremos começar com a capacitação e treinamento dos profissionais da equipe com base nos

sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes.												
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco, exame clínico apropriado e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	X											
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.	X											
Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos faltosos.	X											
Treinar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade	X											
Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos	X											
Definir atribuições de cada membro da equipe.	X											
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar planilha/registo específico de acompanhamento.	X											
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos ainda não cadastrados na área adstrita no programa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde, solicitando apoio para o resgate de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão realizadas.		X	X									
Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização da estratificação de risco.				X	X			X	X			X
Grupos de hipertensos e diabéticos.			X			X			X			X
Realização de visitas domiciliares.		X		X		X		X		X		X
Ações educativas para orientações quanto à existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e fatores de risco para o desenvolvimento e complicações de hipertensão e diabetes.		X			X			X			X	
Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos e		X		X		X		X		X		X

diabéticos.												
Monitorar a intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE FORAM DESENVOLVIDAS, EXAMINANDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS E SE ELAS FORAM CUMPRIDAS INTEGRALMENTE OU PARCIALMENTE.

A intervenção realizada no município de José da Penha – RN foi minuciosamente planejada para só então ser colocada em prática, seguindo um cronograma elaborado para que pudéssemos alcançar resultados efetivos. Chegamos ao final da intervenção com grande satisfação.

No cronograma planejado contávamos com as seguintes ações: capacitação dos profissionais da equipe de saúde e ACS da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes; capacitar a equipe para realizar estratificação de risco e exame clínico apropriado; capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos; capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos faltosos; definir atribuições de cada membro da equipe; busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento; cadastramento de 95% dos hipertensos e diabéticos ainda não cadastrados na área adstrita no programa; buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, solicitando apoio para o resgate de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão realizadas; atendimento clínico de hipertensos e diabéticos; realização da estratificação de risco; ações educativas para orientações quanto à existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e fatores de risco para o desenvolvimento e complicações de hipertensão e diabetes; monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, atividade física regular e tabagismo aos hipertensos e diabéticos; monitorar a intervenção.

Diante da situação na Unidade, iniciamos as primeiras semanas com as capacitações dos profissionais, no início alguns apresentaram resistências, por acreditarem que seria apenas um aumento na carga de trabalho, sem ter nenhum retorno, mas aos poucos esses profissionais foram compreendendo o verdadeiro sentido da intervenção, que é melhorar a qualidade de atendimento e acompanhamento dos usuários, o que acabaria organizando o trabalho de cada membro da equipe e não trazendo mais trabalho. Assim como enfrentamos também a rejeição de algumas pessoas da nossa comunidade, que relatavam achar isso uma “besteira”, mas para alguns conseguimos mostrar e fazê-los entender como é importante esse acompanhamento, os benéficos que trazem para sua saúde, a diminuição dos riscos e do aparecimento das complicações, para entender a realização dessas consultas em dia e de conhecer mais sobre as patologias.

3.2 AS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO QUE NÃO FORAM DESENVOLVIDAS, EXAMINANDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS E SE ELAS FORAM CUMPRIDAS INTEGRALMENTE OU PARCIALMENTE

Durante as visitas domiciliares pudemos conhecer e presenciar diversas situações, mas uma, em especial, me chamou bastante atenção, em que uma senhora com diabetes e hipertensão, com 91 anos, morava sozinha, pois seu marido havia falecido há 5 anos, e seus 7 filhos estavam casados, então, a mesma relatou que era cuidada por uma das filhas, que os demais pouco apareciam para visitas, e também com relatos de vizinhos, que algumas vezes em urgências eles que precisavam estar prestando “socorro”, levando para o hospital, já que a senhora morava sozinha, então enfrentava dificuldades para dar continuidade ao tratamento e as consultas, mas conseguimos dar uma atenção diferenciada a essa situação, em que realizávamos visitas constantes, principalmente na realização das consultas, estratificação de risco e etc.

Outra dificuldade que acabamos enfrentando na nona semana, em que passamos um dia sem atendimento devido a falta de água na Unidade, o que acaba atrasando o planejamento, mas sempre me esforçando junto com a equipe para realizar todas as atividades planejadas da melhor maneira possível.

Diante das dificuldades apresentadas acima podemos observar que as mesmas puderam atrasar por alguns dias as intervenções, mas não foram motivos de cancelar quaisquer atividade, tendo todas as atividades do cronograma realizadas, e até superadas, como no caso do cadastramento dos usuários com as patologias crônicas que conseguimos cadastrar todos os usuários já diagnosticados, e após as ações educativas 3 pessoas procuraram o serviço para realizar exames por suspeitarem estar com sinais e sintomas. Mas algumas atividades ainda não foram realizadas em todos os usuários, como a estratificação de risco, avaliação com o dentista e retorno com exames laboratoriais, devido a terem sido solicitadas nos últimos dias da intervenção, por terem sido usuários faltosos, ou devido a central de marcação de exames ter marcado esses exames para datas depois do encerramento do projeto, ou até mesmo os resultados que ainda não foram recebidos, conseqüentemente não tendo como analisá-los, mas já foram realizados em grande parte da comunidade.

3.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS RELATIVOS À INTERVENÇÃO, FECHAMENTO DAS PLANILHAS DE COLETAS DE DADOS, CÁLCULO DOS INDICADORES

No decorrer das semanas da intervenção algumas dificuldades foram encontradas e vencidas, como os problemas com relação à coleta de dados, a dificuldade do acompanhamento e compromisso de alguns ACS, um problema pessoal com a secretária de saúde, o que acabou atrasando um pouco o andamento do projeto, mas que logo em seguida foram resolvidos e podemos dar continuidade à ação. Também podemos observar que no início das ações educativas poucas pessoas compareciam, mas estas participavam e se mostravam interessadas, com o tempo esse número de participantes foi aumentando e pudemos ver que as pessoas que compareciam estavam voltando aos outros encontros, então podemos concluir que as ações estavam sendo satisfatórias.

Ao chegarmos ao final, chegava o momento de sistematizar os dados relativos à intervenção com os fechamentos de planilha de coleta de dados e cálculos dos indicadores. Neste momento, de início, acreditei que não seria fácil finalizar com essas atividades, e realmente não foi, surgiram algumas dúvidas, mas

que com a releitura das orientações e alguns esclarecimentos da orientadora, podemos concluir essas atividades, observando o quão gratificante foi participar dessa intervenção e poder deixar a Unidade, após finalizar o curso, sabendo que a equipe estará dando continuidade e se esforçando para aprimorar, pois consegui mostrar que, apesar de parecer uma sobrecarga de trabalho, na verdade, era uma forma de organizar o serviço e melhorar a qualidade do atendimento e acompanhamento da nossa Unidade, devendo estar cientes que para isso é necessário continuar com um trabalho em equipe e com o apoio dos demais.

3.4 ANÁLISE DA VIABILIDADE DA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO À ROTINA DO SERVIÇO DESCRIVENDO ASPECTOS QUE SERÃO ADEQUADOS OU MELHORADOS PARA QUE ISTO OCORRA

Com isso, podemos afirmar que o início do trabalho não foi fácil, mas com o passar das semanas e das atividades tanto os profissionais quanto a comunidade passaram a se interessar e participar mais, a lidar bem com a inserção das ações no dia a dia da unidade, onde todos os profissionais sabiam o seu papel e realizavam, onde a nossa intervenção foi ganhando espaço e mostrando a sua importância, permitindo a realização de todas as atividades do cronograma, obtendo sim um resultado satisfatório e gratificante, principalmente quando vejo que a equipe pretende dar continuidade a intervenção mesmo após a minha saída da Unidade e possuem o pensamento de tentar aprimorá-la para outros grupos presentes na unidade, percebendo através dos relatos dos profissionais, como quando ouvia por exemplo: “Ah doutora pensei que ia aumentar o nosso trabalho, mas assim ficou melhor”, “Como é bom ver as pessoas interessadas em fazer o tratamento bem certinho” e “doutora acho que se a gente fizer isso nos outros grupos pode dar certo, né?”.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

A intervenção realizada está relacionada ao grupo de Diabéticos e Hipertensos da UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN, na tentativa de melhorar a qualidade do atendimento e do acompanhamento desses usuários, assim como expandir a cobertura dos usuários cadastrados.

Nesta área possuímos um total 3000 habitantes, sendo 406 hipertensos e 127 diabéticos, com isso nossa meta de cobertura seria atingir 95% tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos. Para atingir esse percentual dentro das ações da intervenção estavam as ações de monitorar e cadastrar esses usuários, onde conseguimos cadastrar 100% desses usuários (Figura 1), onde 391 (96,3%) está com o acompanhamento clínico em dia (figura 3), 333 (82,01%) com os exames complementares em dia (Figura 5), 400 (98,5%) tomam medicamentos e todos esses medicamentos são da lista do Hiperdia (Figura 7), 314 (77,33%) foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Figura 9), 57 (14,03%) estão faltosos às consultas de acordo com o protocolo, foi realizado busca ativa para 331(81,52%) usuários protocolo (Figura11), 406 (100%) estão com o registro adequado da ficha de acompanhamento (Figura 13), foi realizada a estratificação de risco cardiovascular em 307 (74,87%) usuários (Figura 15), e todos os usuários ao serem cadastrados estavam recebendo orientações quanto a alimentação saudável (Figura 17), a prática de atividade física regular (Figura 19), os riscos do tabagismo (Figura 21) e a higiene bucal (Figura 23), além das palestras e rodas de conversas realizadas durante a prática da intervenção. No caso dos diabéticos, também conseguimos cadastrar toda a área (Figura 2), obtendo um resultado de 127 diabéticos, onde 122 (96,06%) estão com o exame clínico em dia (Figura 4), 106 (83,46%) com os exames complementares em dia (Figura 6), 126 (99,21%) necessitam tomar medicamentos e todos esses estão na lista do Hiperdia (Figura 8), 106 (83,46%) foram avaliados usando a necessidade do atendimento odontológico (Figura 10), 16 (12,59%) estão faltosos quanto às consultas de acordo com o protocolo, foi realizada a busca ativa para 99 (77,95%) usuários (Figura 12), 127 (100%) estão com o registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 14), 88 (69,29%) estão com a avaliação da estratificação de risco cardiovascular (Figura 16), e assim como os hipertensos todos os 127 (100%) receberam orientações quanto à alimentação saudável (Figura 18), a prática de atividade física regular (Figura 20), os riscos do tabagismo (Figura 22) e a higiene bucal (Figura 24),

além das palestras e rodas de conversas realizadas durante a prática da intervenção.

De acordo com os números observados quanto à cobertura podemos concluir com que a intervenção teve um bom resultado, devido a cooperação da equipe e atenção especial dos nossos ACS, de estarem realizando e atentando para esse cadastramento, conseguimos cadastrar todos os usuários antes do esperado, já que a nossa meta era 95% e conseguimos atingir os 100% tanto nos hipertensos quanto nos diabéticos, além dos outros itens que podemos observar na tabela abaixo:

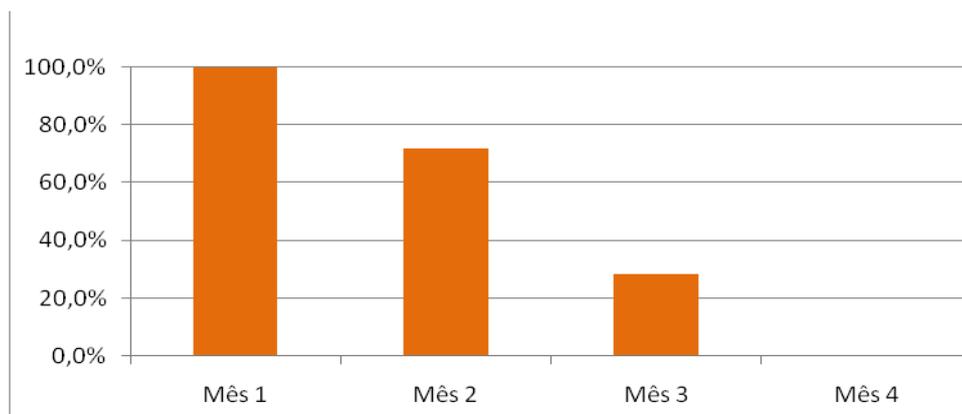


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

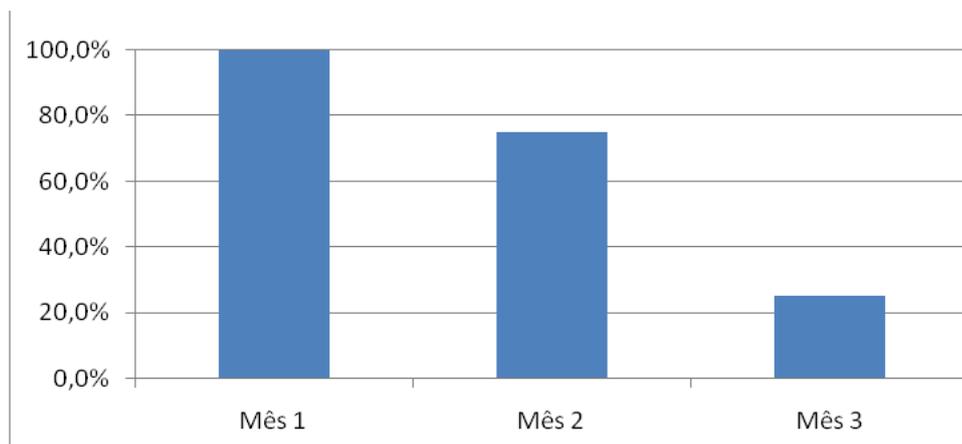


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No caso dos exames clínicos apropriados (Hipertensos – 96,3% e Diabéticos – 96,06%) e dos exames complementares em dia (Hipertensos – 82,01% e Diabéticos – 83,46%) e a necessidade do atendimento odontológico (Hipertensos – 77,33% e Diabéticos – 83,46%) tanto nos hipertensos quanto nos diabéticos, não conseguimos completar os 100% devido à falta de comprometimento de alguns

usuários, que mesmo estando procurando-os, buscando motivos para as faltas no acompanhamento, algumas pessoas achavam perda de tempo e mesmo que tentássemos explicar ainda não obtivemos êxito total, mas nosso trabalho não acabou, mesmo após o final da intervenção, a equipe continua fazendo o trabalho e melhorando esse acompanhamento, para chegarmos aos 100%. Também quanto aos medicamentos não conseguimos que 100% dos medicamentos sejam da Farmácia Popular (Hipertensos – 98,5% e Diabéticos – 99,21%), devido a alguns usuários relatarem estarem tendo bons resultados com os medicamentos atuais e não necessitarem alterações, e podendo ser comprovados após exames clínicos.

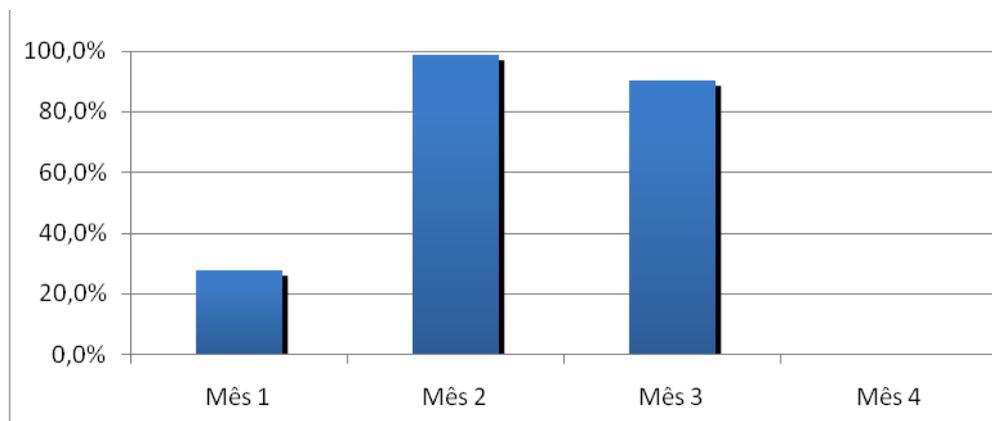


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

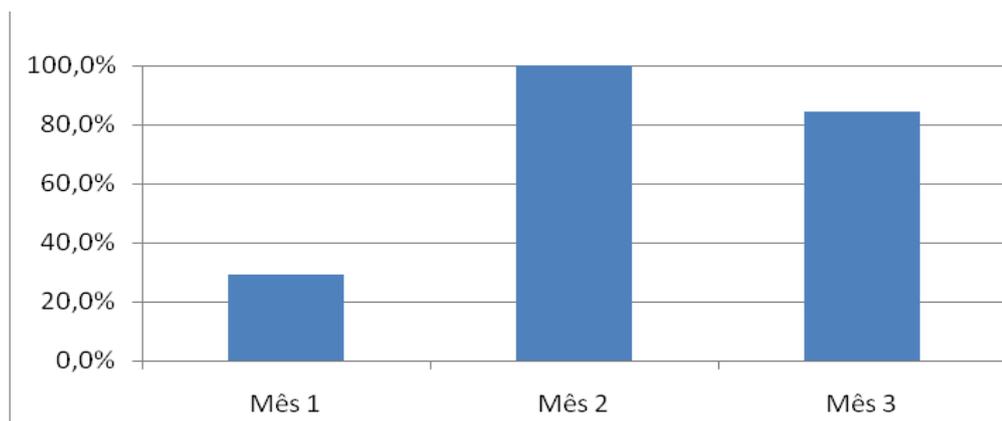


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

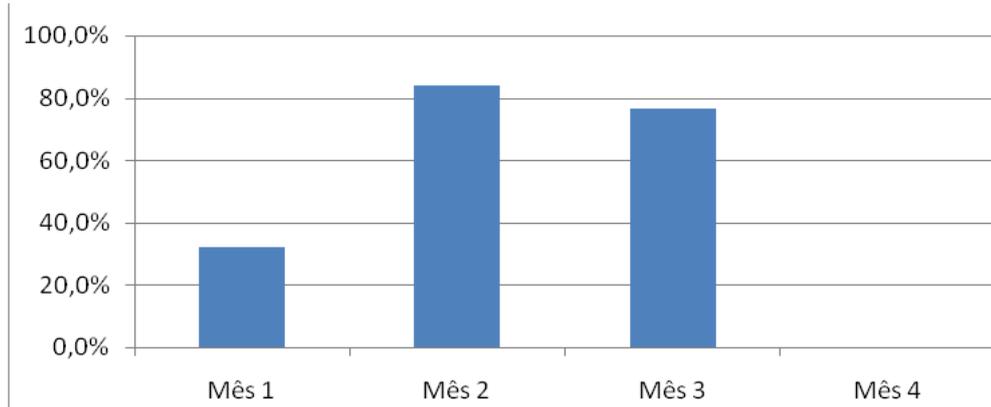


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

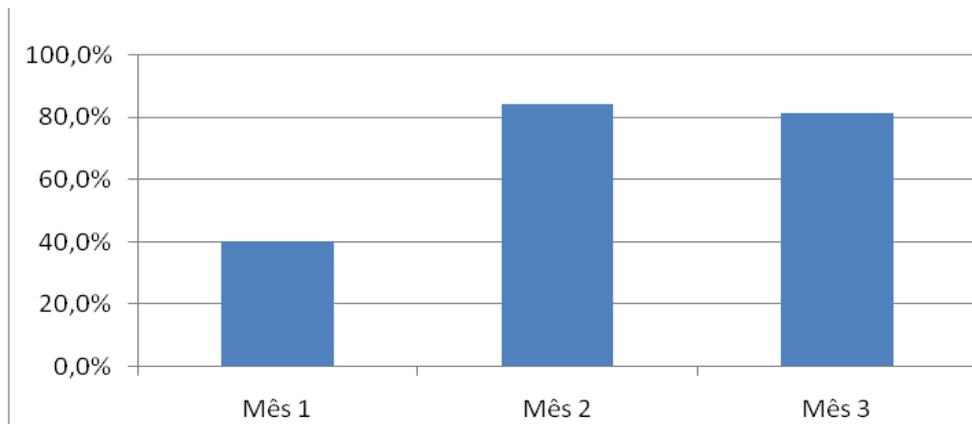


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

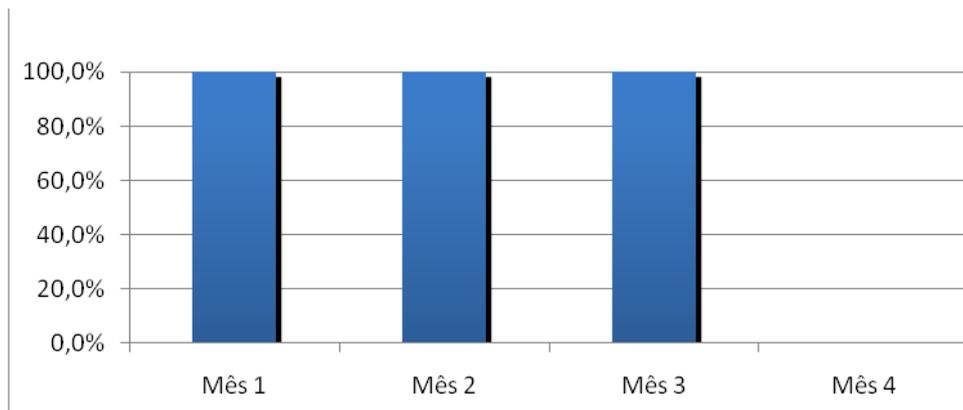


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

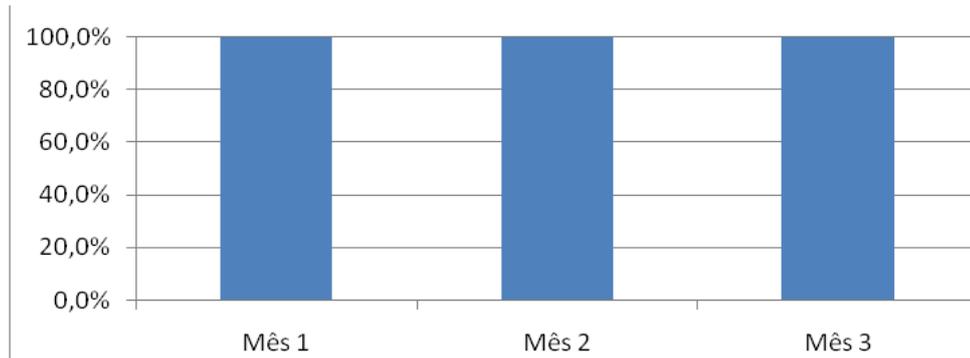


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

Quanto à adesão da comunidade a intervenção, grande parte da comunidade aderiu facilmente, mas outra parte foi mais resistente alegando ser perda de tempo, um acompanhamento desnecessário, aos poucos conseguimos mudar algumas dessas opiniões quando mostrávamos a necessidade desse acompanhamento, as complicações que poderia causar em longo prazo, convidando a participarem das nossas palestras e rodas de conversa em que esclarecemos dúvidas e explicamos essas patologias, quanto a avaliação à necessidade do atendimento odontológico tivemos uma boa participação (Hipertensos – 77,33% e Diabéticos 83,46%), realizamos a busca ativa a grande parte dos faltosos às consultas (Hipertensos – 81,52% e Diabéticos – 77,95%), procurando entendê-los e remarcar de acordo com a sua rotina, algumas pessoas ainda estão faltosos às consultas (Hipertensos – 14,03% e Diabéticos – 12,59%), mas continuamos trabalhando na busca dessas pessoas.

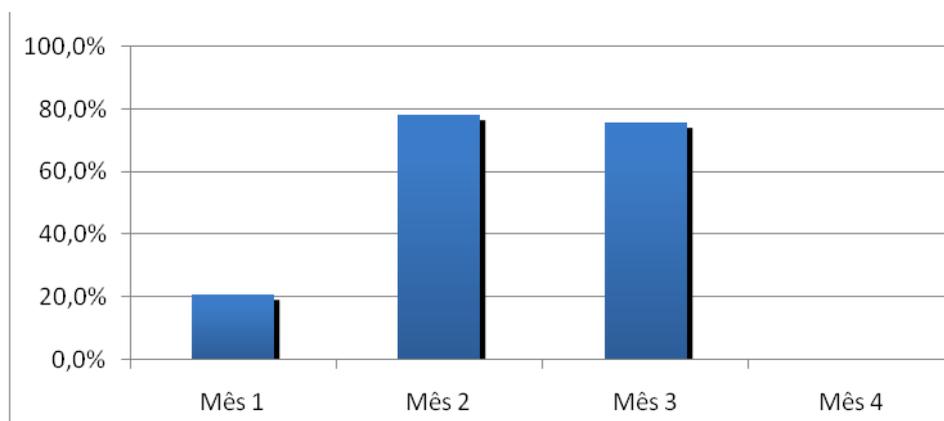


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

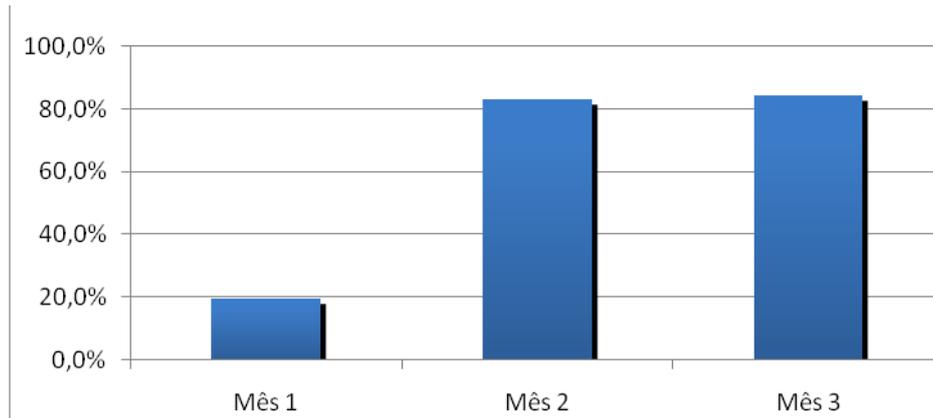


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

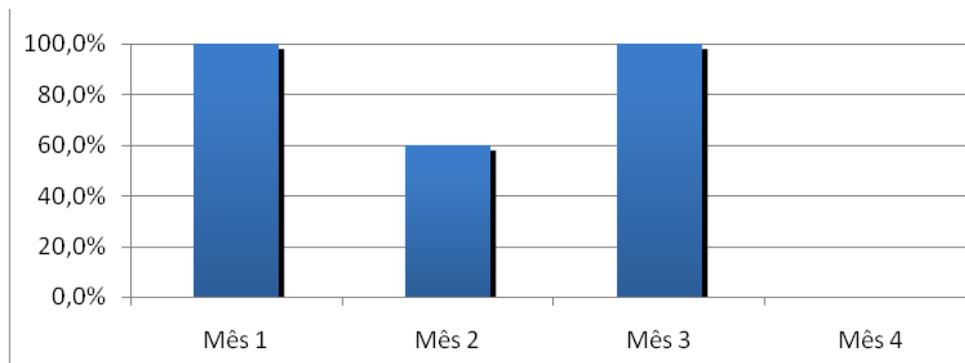


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

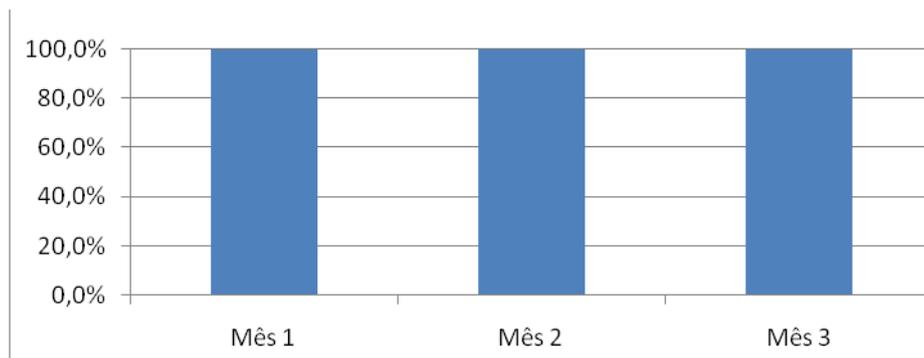


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Nos registros conseguimos alcançar a meta de 100% de manter a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde, para conseguir cadastrar todos e atualizar esses registros contamos com a colaboração de toda a equipe, principalmente dos nossos ACS, que no início resistiram um pouco a intervenção, alegando ser apenas mais trabalho, mas aos

poucos cada um foi sendo conquistado e se interessando a participar da intervenção, enxergando que não é um aumento na carga de trabalho, mas uma forma de organizar esse trabalho e melhorar a qualidade do atendimento e acompanhamento.

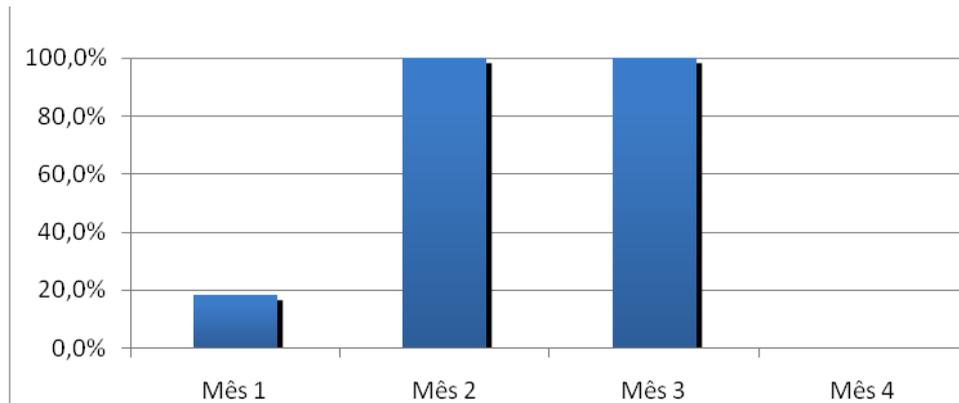


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

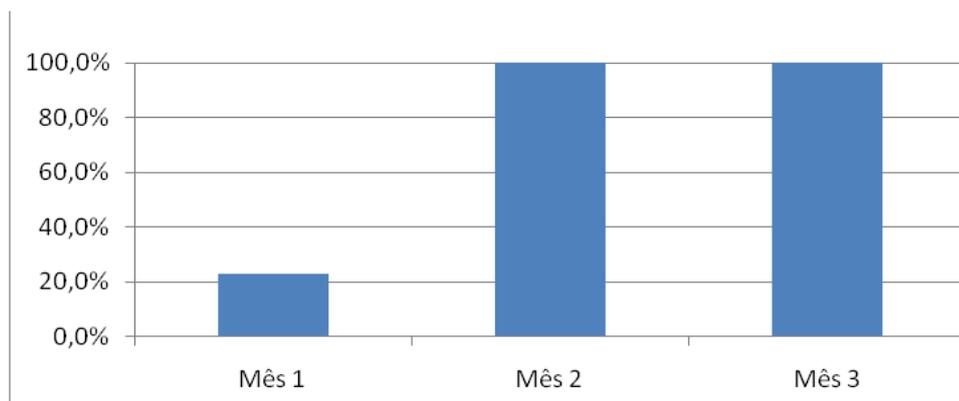


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para a realização da estratificação de risco cardiovascular nossa meta era de 100%, mas como estamos lidando com pessoas com opiniões, disponibilidade de tempo diferentes e vontades diferentes não conseguimos alcançar os 100% (Hipertensos – 75,36% e Diabéticos – 69,29%), mas estivemos sempre buscando esses usuários que faltavam as consultadas para a realização da avaliação de risco, procurando entender o motivo da falta e remarcar, mas algumas pessoas ainda se mostram resistentes, por isso deve ser um trabalho contínuo, que exige força de

vontade da equipe para estar sempre buscando essas pessoas faltosas e explicando a necessidade dos procedimentos e acompanhamento.

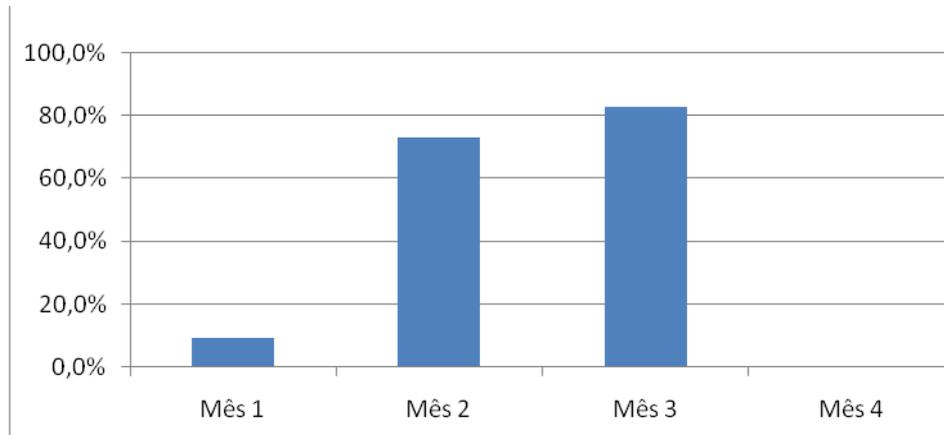


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

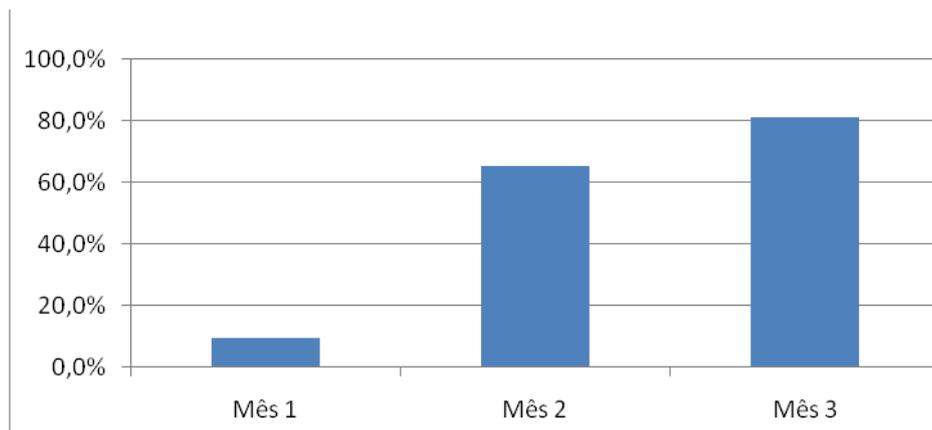


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

E por último temos a promoção da saúde, que tínhamos como meta garantir a orientação a 100% dos hipertensos e diabéticos sobre uma alimentação saudável, a prática regular de atividades físicas, os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal, neste ponto conseguimos alcançar a nossa meta, com orientações a 100% dos hipertensos e diabéticos, pois quando estávamos realizando o cadastramento dessas pessoas já estávamos realizando essas orientações, reforçando nas consultas e ainda convidando a toda comunidade para nossas palestras e rodas de conversas, onde tivemos grande participação dessas pessoas e, até mesmo, outras pessoas que não tem essas patologias, mas que tinham a curiosidade de conhecer e poder reconhecer possíveis casos na família e amigos.

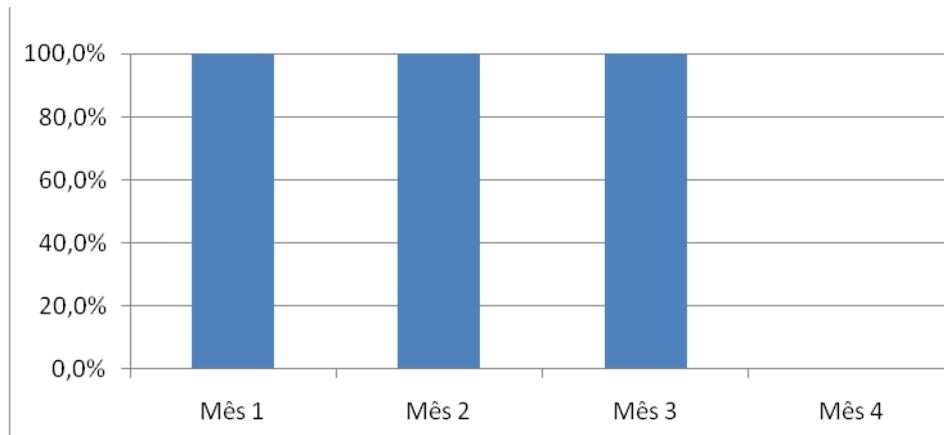


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

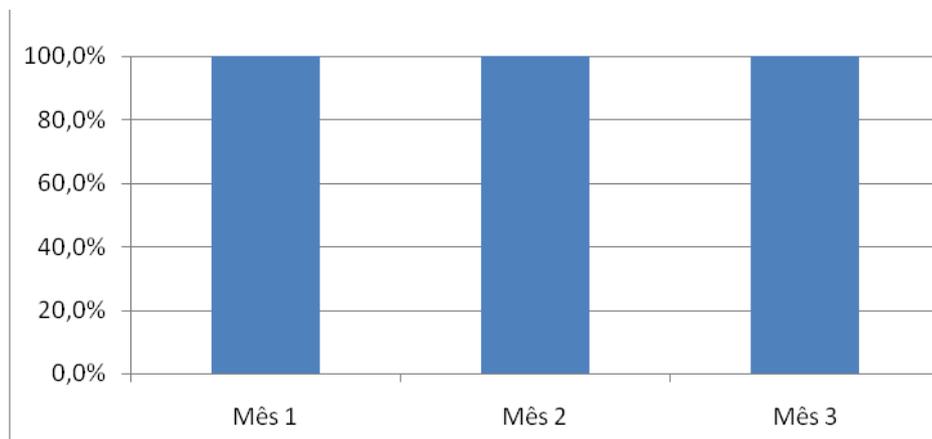


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

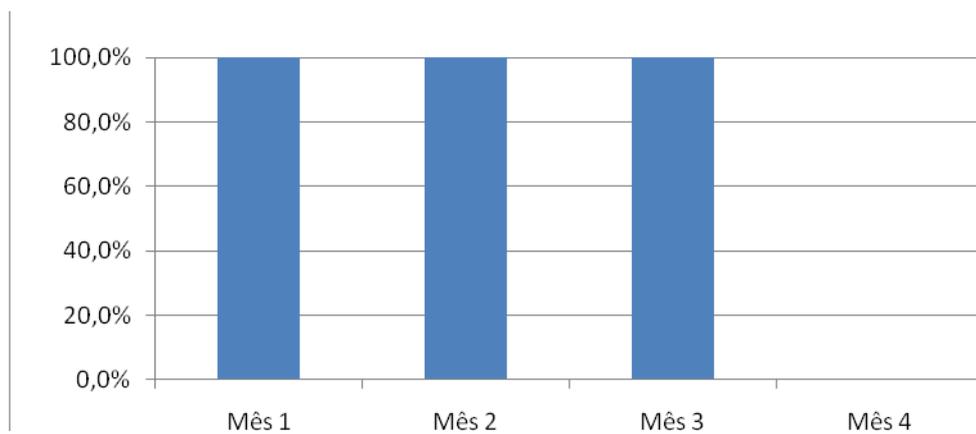


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

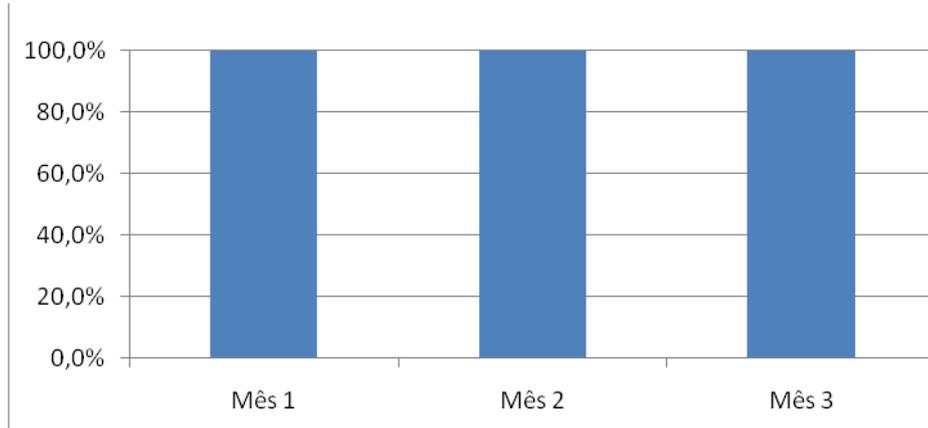


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

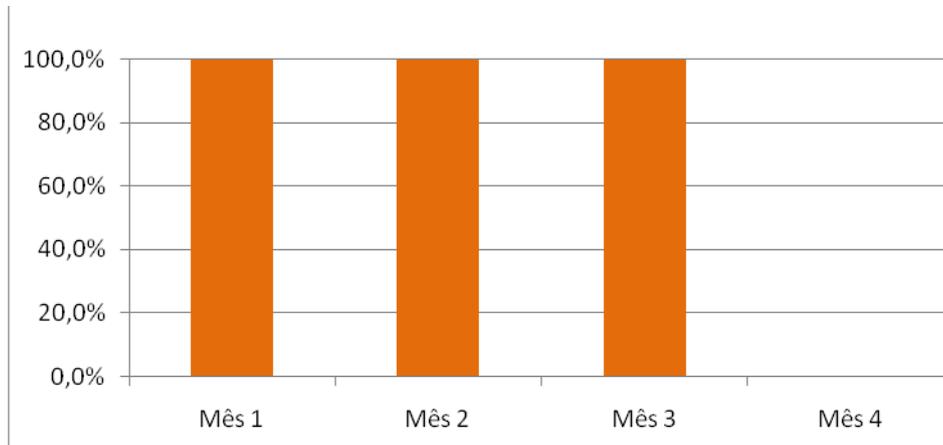


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

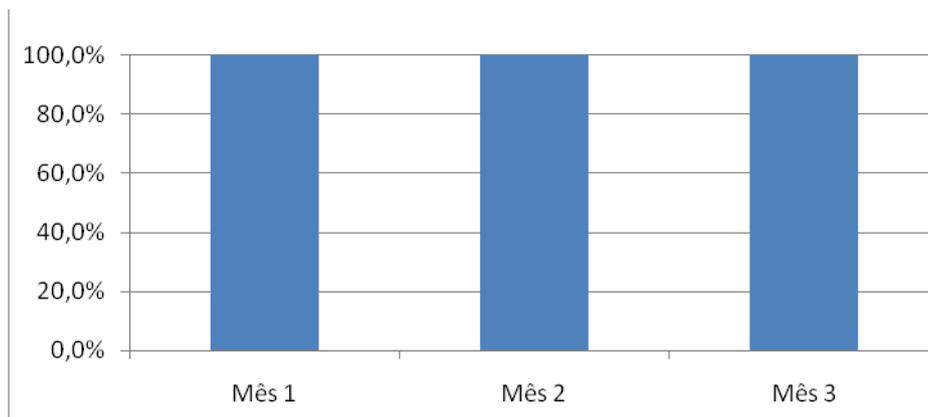


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

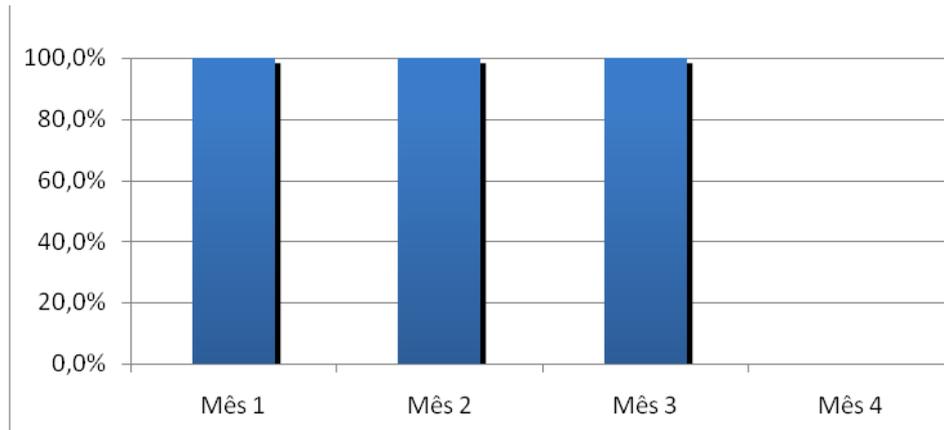


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

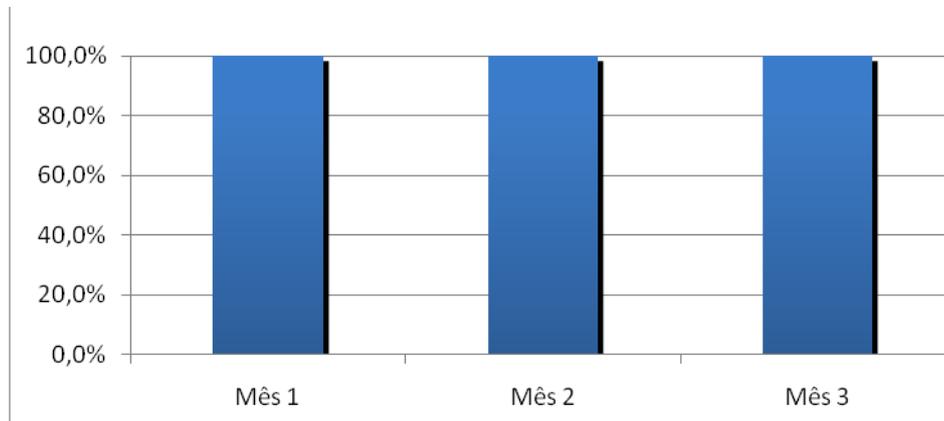


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Diante de todos esses dados e análises dos gráficos, posso considerar que o trabalho não foi em vão, apesar de ter exigido um pouco mais de mim e da minha equipe, um pouco mais de atenção e cuidado, foi gratificante poder agora estar observando esses resultados, que conseguimos atingir muitas metas e as que não conseguimos chegamos muito perto, e como a equipe se interessou pela intervenção e também achou que não era mais um trabalho e sim uma maneira de melhorar a quantidade e qualidade do acompanhamento e atendimento, podendo prevenir muitas complicações e encontrar casos suspeitos com maior facilidade, e diante disso, a equipe se comprometeu em continuar o trabalho e até ampliar, podendo assim, concluir, que o trabalho foi bastante construtivo e com bons resultados

4.2 DISCUSSÃO

Com a realização dessa intervenção podemos aumentar a cobertura de diabéticos e hipertensos cadastrados, assim como aqueles que seguiam as instruções, realizavam exames complementares em dia e se deixavam ser acompanhados, a avaliação e acompanhamento com o dentista, realização da estratificação de risco, os medicamentos prescritos estarem disponíveis na Farmácia Popular, o que nos proporcionou um aumento e uma melhor qualidade de atendimento, já que estava sendo feito de forma organizada, tendo um controle dos usuários que estavam faltosos, que não realizaram os exames solicitados e poder estar cobrando essas respostas dos usuários, aumentando também o número de usuários participantes das nossas palestras e rodas de conversa, fazendo com que os mesmos se interessassem mais para conhecer suas patologias e estarem sendo acompanhados, além de conseguirem reconhecer, dentro de casa ou no ciclo de amizades, sinais que possam surgir no caso de um possível diagnóstico de hipertensão e diabetes mellitus, mas sabemos que apenas algumas pessoas estão aderindo, aos poucos, a equipe vem tentando estar sempre aumentando esse número. Os hipertensos e diabéticos estão satisfeitos quanto à prioridade no atendimento, porém isso vem causando um pouco de insatisfação entre os demais membros da comunidade, que chegam a questionar “em que eles são melhores”, mas a equipe já pensa em, aos poucos, expandir para todos os grupos a forma de atendimento e acompanhamento da intervenção.

Para a comunidade tivemos grandes resultados como o cadastramento de todos os usuários, o acompanhamento adequado, como preconiza o Ministério da Saúde, e o tratamento correto para cada caso, visando melhorar a assistência prestada a cada indivíduo da comunidade, apesar de algumas pessoas terem apresentado uma resistência no início, mas que aos poucos conseguimos contornar e conquistar a grande maioria a estar participando da intervenção.

Ao analisarmos a intervenção podemos observar que os resultados obtidos não foram só da comunidade, mas também da equipe, que aprendeu a lidar com o trabalho em equipe, que passou a não reclamar por estar fazendo um trabalho que poderia ser feito por outro companheiro da unidade, passou a admirar e se interessar pela intervenção, foram realizadas capacitações da equipe para que conhecessem e seguissem as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao

rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, o que acabou descentralizando o atendimento, onde a médica, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, recepção, dentista e auxiliar, passaram a trabalhar juntos em busca de resultados e objetivos comuns, quando antes esse atendimento era realizado apenas pelo médico, através da consulta da demanda espontânea, sem conhecer a realidade da comunidade e um acompanhamento adequado, fazendo com que mesmo com o aumento da demanda de pessoas cobertas e acompanhadas, os profissionais não estejam sobrecarregados, além de que o agendamento e classificação de risco tem sido bastante importante para a organização da agenda da unidade.

Para o serviço conseguimos enxergar uma melhor qualidade no atendimento, no tratamento e acompanhamento desses usuários, podendo ter um maior contato com a comunidade, podendo conhecer a realidade e as peculiaridades de cada indivíduo e família.

Diante de tudo podemos concluir que poderíamos ter agido melhor em alguns pontos, como no cuidado, a atenção e esclarecimentos com os demais usuários da unidade, além de tentar abranger um maior número de participantes na intervenção, talvez por falta de tempo não pudemos estar trabalhando melhor as práticas em contato direto com a comunidade.

Para mim, nada mais gratificante que ver que consegui obter resultados na comunidade, no serviço e na própria equipe. E ver que a equipe tem planos de incorporar a intervenção à rotina de serviço, além de querer ampliar, a longo prazo, para os demais grupos, mas sabemos, como já foi discutido em reuniões, que o trabalho será árduo, é necessário trabalhar sempre quanto a conscientização da comunidade para saber esperar e compreender essa priorização, para estar sempre buscando uma melhor qualidade no atendimento e no acompanhamento dos usuários da comunidade.

4.3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA GESTORES

Para a “Intervenção nos grupos de Diabéticos e Hipertensos da UBS Francisca Rodrigues Fernandes no Município de José da Penha – RN” ser colocada em prática passou por um planejamento, em que definimos metas, objetivos e ações a serem realizadas, embasadas pelo protocolo do Ministério da Saúde, mas

sabíamos que iríamos lidar com seres humanos, com pensamentos e opiniões diferentes, o que poderia interferir no decorrer da intervenção, para isso os profissionais tiveram conhecimento da intervenção, através de reuniões antes da mesma ser colocada em prática, conheceram a forma que iria ocorrer, os objetivos e metas, assim como a participação de cada um nas ações, foram ouvidos quanto a sugestões e críticas que ajudaram no momento de colocá-la em prática.

No início, alguns profissionais e algumas pessoas resistiram, mas aos poucos fomos conquistando um a um para participar, ajudar e compreender o real sentido da intervenção para os hipertensos e diabéticos, conseguindo mostrar a todos o quanto é importante conhecer a sua patologia, os seus sintomas, suas complicações, os tratamentos possíveis, as mudanças necessárias no estilo de vida e na alimentação, entre outras informações que conseguimos repassar.

Podíamos ver que algumas pessoas compreenderam nossa mensagem quando recebíamos usuários na Unidade que procuravam saber sobre sua patologia, que queriam entender e ser acompanhados, além dos casos novos que chegaram até nós por observação de vizinhos e amigos, identificando os sinais e sintomas das patologias.

Na unidade pudemos enxergar uma melhor forma de acompanhar e tratar os nossos usuários, que a longo prazo trarão complicações naturais da doença, mas que podemos prolongar o seu aparecimento e que os quadros se compliquem. Quando atendemos esses usuários e passamos a acompanhá-los como, realmente, deveria ser, pudemos ver uma maior satisfação no atendimento, usuários mais interessados em cuidar da própria saúde e em conhecer as suas doenças.

Também é necessário ressaltar o apoio da Gestão na realização da intervenção, pois foi necessária a disponibilização de alguns profissionais para estarem atuando junto da equipe da Unidade, realizando palestras, esclarecendo dúvidas e atuando em atendimentos, quando necessário.

Com a realização da intervenção conseguimos cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos, onde 96,3% dos hipertensos e 96,06% dos diabéticos estão com o acompanhamento clínico em dia, 82,01% dos hipertensos e 83,46% dos diabéticos estão com os exames complementares em dia, 98,5% dos hipertensos e 99,21% dos diabéticos tomam medicamentos e todos esses medicamentos são da lista do Hiperdia, 77,33% dos hipertensos e 83,46% dos diabéticos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico,

14,03% dos hipertensos e 12,59% dos diabéticos estão faltosos às consultas de acordo com o protocolo, foi realizada busca ativa para 81,52% dos hipertensos e 77,95% dos diabéticos, 100% dos hipertensos e diabéticos estão com o registro adequado da ficha de acompanhamento, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular em 74,87% dos hipertensos e 69,29% dos diabéticos, e todos os usuários ao serem cadastrados estavam recebendo orientações quanto a alimentação saudável, a prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a higiene bucal, além das palestras e rodas de conversas realizadas durante a prática da intervenção.

Como engajadora dessa intervenção pude estar presenciando e vivenciando momentos incríveis, tanto bons, como o reconhecimento da equipe e da comunidade, como a vivência de momentos desagradáveis, como o caso de uma senhora que morava sozinha, com diabetes e hipertensão, que era cuidada por seus vizinhos, apesar de ter filhos, e isso me fez ver que algumas pessoas exigem um pouco mais de atenção que outras, além da necessidade de conversar que ela demonstrava sentir, o que acabou comovendo não só a mim, mas a equipe inteira. Enfim, para mim, foi uma experiência incrível poder estar participando dessa intervenção, trazendo melhorias para a comunidade de José da Penha.

Com isso, pudemos observar que obtemos sim grandes resultados na unidade e na própria comunidade, mas que ainda podemos continuar evoluindo, estender, por exemplo, essa intervenção à outros programas da atenção básica, a fim de melhorar a cada dia a nossa qualidade da assistência e do acompanhamento prestado.

4.4 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

A intervenção que realizamos na Unidade, com o apoio da equipe e da comunidade, pôde nos mostrar e comprovar que a melhoria na qualidade de saúde depende não apenas dos gestores, mas da participação e cooperação de todos, mostrando que é possível ter uma melhor qualidade de saúde prestada pelo SUS, pela Atenção Básica.

O início da intervenção não foi fácil, pois enfrentamos algumas resistências da comunidade e da equipe, que alegavam ser “uma besteira”, “perda de tempo”, “mais trabalho”, mas aos poucos conseguimos ir mostrando a essas pessoas que

não seria mais trabalho e nem besteira, mas uma forma melhor de organizar o próprio trabalho, podendo assim estar acompanhando melhor cada usuário e conquistando essas pessoas a participarem. O usuário que participa da intervenção vai ter consultas agendadas regularmente, exames necessários para avaliar como anda a doença, avaliação sobre as possíveis complicações, um melhor tratamento e acompanhamento, por isso é importante a participação e interesse de cada um dos usuários da nossa comunidade.

Quando iniciamos o planejamento dessa intervenção definimos metas e objetivos seguindo um protocolo que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pois não se pode criar normas de saúde de forma aleatória. Essas metas e objetivos estiveram nos guiando junto com as ações que seriam realizadas, cada passo e cada ação foi minuciosamente planejada para trazer apenas benefícios para todos.

Com isso, sabemos que essa intervenção foi planejada e realizada a fim de trazer benefícios para a nossa comunidade, melhorias no atendimento e no acompanhamento dos usuários com de hipertensão e diabetes, podendo tratar cada usuário da maneira correta, observando suas características individuais, e chegando a prevenir complicações.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Ao iniciar o curso iniciamos o processo de conhecimento da unidade e da comunidade, e logo em seguida começamos o planejamento, onde escolhemos a área que iríamos trabalhar e definimos os objetivos e metas, de acordo com o Ministério da Saúde, e foi nesse momento que as expectativas para iniciar a prática da intervenção começaram a surgir e só me incentivou a estar planejando e esperando iniciar a intervenção.

O curso, a intervenção e o dia a dia na unidade tem me permitido crescer profissionalmente e pessoalmente, tenho aprendido diariamente coisas que a faculdade não ensina, tem feito com que eu veja a real importância de cada coisa, da participação como médica na vida de cada usuário, da necessidade de ouvir e de conhecer cada um e suas diferenças e necessidades, pois só assim podemos estar acompanhando e realizando o tratamento necessário para cada um.

O trabalho realizado foi bastante gratificante tanto para nós, profissionais participantes, quanto para os usuários, tivemos dificuldades, mas que juntos conseguíamos contornar, chegamos a presenciar situações tristes de nossos usuários, mas também tivemos momentos alegres e compensadores, quando víamos grande número de pessoas participando das palestras e interessados pelo acompanhamento, por conhecer melhor as patologias, e esses resultados não influenciam apenas na vida profissional, mas também na pessoal, que você pode ver o quanto, as vezes, uma orientação, uma atenção podem transformar o dia de algumas pessoas.

Após encerrarmos a intervenção e iniciarmos a avaliação da mesma, pude ver as mudanças e melhorias alcançadas tanto na unidade, quanto comunidade e no acompanhamento de cada usuário, pude enxergar que o SUS é sim um sistema ótimo de saúde para a população, o que falta são profissionais que realizem suas ações de acordo como é preconizado pelo Ministério da Saúde, e uma comunidade que conheçam seus direitos e deveres e também sejam atuantes e participativos, para que seja possível estar a cada dia melhorando a qualidade da assistência prestada.

Referências

ALMEIDA AB. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à saúde**, v. 14, n.3, p. 319-326, 2011.

ALFRADIQUE, M. E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

AZEVEDO, M. I. ; GROSS, J. L. Aspectos especiais da dieta no tratamento do diabetes mellitus. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 34, p.181-186, 1990.

BALDA, C. A. ; PACHECO-SILVA A. **Aspectos imunológicos do diabetes melito tipo 1**. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45 n. 2, ISSN 0104-4230,1999.

BATISTA, M. C. R. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 18, n. 2, p. 1415-5273, 2005.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde Pública no Município de Jaboatão dos Guararapes - PE, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 69-73. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília. Ministério da Saúde. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica Para o Sistema Único de Saúde**. Caderno de Atenção Básica nº15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica nº16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

Bravo, M. I. S. **As políticas de seguridade social saúde. In: CFESS/CEAD. Capacitação em serviço social e política social.** Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/CFESS; p. 71-80, 2000.

CAETANO, J.A.; MOREIRA, F.G.A.; SANTOS, Z. M. S. A. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial uma tecnologia educativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4385-4394, 2011.

COSTA, A. C. F. ; ROSSI, A. ; GARCIA, N. B. Análises dos critérios diagnósticos dos distúrbios do metabolismo de glicose e variáveis associadas à resistência a insulina. **Jornal Brasileiro Médico Patológico Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2. p. 125-130, 2003.

COTRAN, S. R. ; KUMAR, V. ; ROBBINS, S. L. Pâncreas. In: _____. **Patologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan. 1994. Cap. 17.

GRUPO TÉCNICO ASSESSOR. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2004 (no prelo).

Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MINISTÉRIO DA SAÚDES, Lima JWO. **Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda.** Arquivo Brasileiro Cardiológico, v. 84, n.1, pág.29-33, 2005.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 66, p. 641-56.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Insulina, glucagon e diabetes mellitus. In: _____.** **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. p. 827-840.

MARTIN, L. M. Validação das condições crônicas e serviços de saúde em uma população. **American Journal of Preventive Medicine**, v.18, n.3, p.215-218, 2000.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter Study of the prevalence of Diabetes mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian population aged 30-69 years. **Diabetes Care**, v.15, n.11, p. 1509-1516, 1992.

Monteiro, C. A.; Conde, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, v. 43, n. 3, p.186-194, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. ; DINIZ, L. M. Diabetes tipo 2: prevalência e fatores associados em uma comunidade brasileira. Projeto Bambuí de estudo de saúde e envelhecimento. **Jornal Médico**, São Paulo, v. 123, n. 2, p. 66-71, 2005.

SARTORELLI. D. S.; FRANCO, J. L. Tendência do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, suppl.1, pp. S29-S36. ISSN 0102-311X, 2003.

Souza MLP, Garnelo L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a usuários com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, pág. 91-99, 2008.

ANEXOS

ANEXO 2 - PLANILHA DE COLETA DE DADOS

C4		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																					
1	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está como exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento nutricional?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	For realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?		
2	Orientações de preenchimento		Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
3	de 1 até o total de pacientes cadastrados	6																			
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					

ANEXO 3 - DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

