

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA NA ATENÇÃO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE DE
SAÚDE BARRO PRETO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO-RN**

Thamara Nathállya Nonato Paiva de Oliveira

Pelotas, 2015

THAMARA NATHÁLLYA NONATO PAIVA DE OLIVEIRA

**MELHORIA NA ATENÇÃO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE DE
SAÚDE BARRO PRETO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO-RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelota, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Elisiane Bisognin

Pelotas, 2015

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

O48m Oliveira, Thamara Nathália Nonato Paiva de

Melhoria na atenção dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Barro Preto do Município de Santo Antônio-RN / Thamara Nathália Nonato Paiva de Oliveira; Elisiane Bisognin, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 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. Bisognin, Elisiane, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que contribuíram direta ou indiretamente em minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especialmente: A Deus, a quem devo minha vida. A minha família que sempre me apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas. A Dr. Cláudio Orestes por sempre me incentivar e compartilhar seus conhecimentos. A orientadora Prof.^a. Elisiane Bisognin que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho. A minha equipe de trabalho pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar em vários momentos. Aos meus usuários por ter confiado e acreditado nesse projeto.

LISTAS DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Atividade educativa com o grupo de Hipertensos e Diabéticos.</i>	21
<i>Figura 2 - Palestra sobre atividade física.</i>	21
<i>Figura 3 - Grupo de hipertensos e diabéticos.</i>	22
<i>Figura 4 - Paciente acompanhado nas visitas domiciliares</i>	28
<i>Figura 5 - Agentes Comunitários de Saúde e Técnica de Enfermagem</i>	29
<i>Figura 6 - Equipe reunida com a comunidade</i>	29
<i>Figura 7 - Equipe reunida com a gestora local</i>	30
<i>Figura 8- Evolução mensal da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</i>	62
<i>Figura 9- Evolução mensal da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</i>	63
<i>Figura 10- Evolução mensal dos hipertensos com o exame clínico em dia</i>	64
<i>Figura 11- Evolução mensal dos diabéticos com o exame clínico em dia</i>	64
<i>Figura 12- Evolução mensal dos hipertensos com o exame complementares em dia</i>	65
<i>Figura 13- Evolução mensal dos diabéticos com o exame complementares em dia</i>	66
<i>Figura 14 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico</i>	67
<i>Figura 15 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico</i>	68
<i>Figura 16 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com registros adequados</i>	69
<i>Figura 17 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com registros adequados</i>	70
<i>Figura 18 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia</i>	71
<i>Figura 19 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia</i>	71
<i>Figura 20 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável</i>	72
<i>Figura 21 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável</i>	72
<i>Figura 22 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física.</i>	73
<i>Figura 23 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física</i>	74
<i>Figura 24 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo</i>	75
<i>Figura 25 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo</i>	75
<i>Figura 26 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.</i>	76
<i>Figura 27 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal</i>	76
<i>Figura 28- Ficha espelho</i>	94

<i>Figura 29- Ficha espelho</i>	97
<i>Figura 30- Planilha de acompanhamento</i>	98

LISTA DE ABREVIATURA/SIGLAS

ASB	-	Auxiliar de Saúde Bucal
ACE	-	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	-	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível (is)
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
SIAB	-	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 ANÁLISE SITUACIONAL	15
1.1 Situação da ESF/APS na Segunda Semana de Ambientação.....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	17
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório de Análise Situacional ...	30
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	32
2.1 Justificativa	32
2.2 Objetivos e Metas.....	34
2.2.1 Objetivo Geral	34
2.2.2 Objetivos Específicos	34
2.2.3 Metas	35
3 Metodologia.....	37
3.1 Detalhamento das Ações	37
3.2 Indicadores	44
3.3 Logística.....	49
3.4 Cronograma.....	51
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	54
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	54
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas,	59
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.....	59
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	59
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão.....	77
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores	80
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	84
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.	87
6 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	90
Anexo 1 Planilha objetivos e metas da intervenção	93
Anexo 2 Ficha espelho	94
Anexo 3 - Planilha de coleta dos dados e acompanhamento dos hipertensos e /ou diabéticos.....	98
Anexo 5 - Parecer Comitê de Ética	99

RESUMO

OLIVEIRA, Thamara Nathállya Nonato Paiva. **Melhoria na atenção dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Barro Preto do município de Santo Antônio-RN.** 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho trata-se de uma pesquisa-ação, realizada numa ESF em Santo Antônio/RN, com o objetivo de melhorar a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Os usuários abrangidos pelo estudo foram cadastrados no programa de hipertensos e diabéticos sendo acompanhados por uma equipe multidisciplinar e ao mesmo tempo foram expostos a ações para o aumento da adesão, principalmente as educativas. Participaram dessa pesquisa 155 hipertensos e/ou diabéticos e os profissionais que integravam a equipe de saúde da unidade básica. A composição da equipe da USF de Barro Preto por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas e capacitações da equipe multidisciplinar da ESF. Ao final da intervenção, 100% foram cadastrados no HIPERDIA, 100% tiveram seus registros de medicamentos atualizados da Farmácia Popular/HIPERDIA e aproximadamente 95% receberam orientação sobre o uso correto da medicação, nutrição, exercício físico, avaliação cardiovascular, entre outros. Espera-se que a gestão central apoie e fortaleça este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população, e que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Doenças Crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Thamara Nathália Nonato Paiva. IMPROVING THE HEALTH OF CLAY IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC HEALTH UNIT BLACK OF SAINT ANTHONY - RN CITY. 2015.100fls. Work Completion of course - Specialization in Family Health. UNASUS - Federal University of Pelotas, Pelotas-RS.

In Brazil, cardiovascular diseases are major public health problems, because they are the leading cause of death in the country. Systemic arterial hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM), chronic diseases, constitute the most important risk factors cardiovascular disease. In this context, the Family Health Strategy (FHS) is configured as a key element in the development of actions for the control of hypertension and diabetes mellitus, since, through a multidisciplinary team works in health promotion, prevention, recovery and rehabilitation of most common diseases and disorders, in maintaining health and in establishing linkages commitment and responsibility to the community. This work it is an action research, performed in FHS in San Antonio / RN, in order to improve the health of hypertension and / or diabetes. Users covered by the study were registered in the hypertensive and diabetic program being followed by a multidisciplinary team and at the same time were exposed to actions to increase adherence, especially educational. Participated in this study 155 hypertensive and / or diabetic and professionals that were part of the health team of the basic unit. The USF team composition Barro Preto by professional category remained virtually the same from beginning to end of the intervention. The actions taken included the registration of hypertensive patients and / or diabetes in HIPERDIA program, monitoring of indicators, training of health education group, conducting educational activities and training of the multidisciplinary team FHS. At the end of the intervention, 100% were registered in HIPERDIA, 100% had their medication records updated the popular / HIPERDIA pharmacy and approximately 95% received guidance on the proper use of medication, nutrition, exercise, cardiovascular evaluation, among others. It is expected that the central management support and strengthen this kind of opportunity for other professionals, to establishing a shared activities of the supervisory routine with the health team and geared to the demands of the population, and the community to take ownership of the proposal, thus contributing to its continuity and improvement.

Keywords: Family Health; Primary Health Care ; Chronic Diseases; Diabetes mellitus ; Hypertension.

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A Intervenção que é a terceira Unidade de Ensino do Curso foi realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Barro Preto, localizada na zona rural do município de Santo Antônio/RN. Possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma atendente de consultório dentário, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Município de Santo Antônio, localizado na região agreste do estado do Rio Grande do Norte, Brasil, distante 77 km da capital do Estado. Apresenta uma área territorial de 301.080 km², segundo o censo de 2010, a população total residente era de 22.216 habitantes, dos quais 11.099 eram do sexo masculino (49,95%) e 11.117 do sexo feminino (50,05%), sendo 14.280 residentes na área urbana (64,28%) e 7.936 na área rural (35,75%). A expectativa de vida ao nascer é de 70,35 anos, segundo o censo 2010.

Assim, o presente volume apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Situação da ESF/APS na Segunda Semana de Ambientação

A Estratégia de Saúde da Família no qual faço parte se localiza na zona rural. A área de abrangência é composta por quatro microáreas. Por ser zona rural se tornam distantes umas das outras e acabo me deslocando para atender pelo menos um expediente nesses locais mais isolados. Tenho uma unidade de saúde como sede, onde realizo a maior parte dos atendimentos e uma vez por semana me desloco para os outros três sítios. Nos dias que não estou na unidade de saúde os atendimentos são realizados em locais inadequados sem estrutura, porém é a única forma de levar a ESF para essa população mais distante e tão carente.

A unidade de Saúde sede é ocupada por uma equipe de saúde e dispõe de uma boa estrutura, temos consultórios equipados, recepção, sala de vacina, curativos, triagem e observação médica. Dispomos de uma farmácia equipada com medicações de uso cotidiano. Já nas demais localidades que atendemos as estruturas são precárias. Em alguns lugares não tem acesso nem a água para higiene pessoal. Mas não é por falta de estrutura que deixamos de levar atendimento de qualidade e com eficiência. Nos dias que não atendemos na sede temos o apoio de um ônibus que dispõe de sala odontologia.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular. A equipe da Saúde é a

base para que a Estratégia de Saúde da Família funcione da melhor maneira possível, para que essa equipe esteja engajada ela tem que conhecer o Sistema Único de Saúde.

A equipe é composta pelo Médico, Enfermeira, Técnica em enfermagem, Dentista, auxiliar de saúde bucal, três auxiliares de serviços gerais e três Agentes Comunitários de Saúde. Apesar do pouco tempo que estou inserida nessa Unidade Básica de Saúde (UBS), percebo que a equipe é unida e engajada para trabalhar sempre buscando o melhor para a Estratégia de saúde da família.

A atuação da equipe ocorre principalmente na UBS e na mobilização da comunidade, tornando a porta de entrada do sistema de saúde; tendo território e população delimitada, sob a sua responsabilidade. A equipe torna-se responsável em intervir sobre os fatores de risco ao qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A equipe tem que estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

A comunidade adstrita é composta por pessoas de baixa renda, apresentando carência não apenas no âmbito da saúde, mas também de educação e cultura. Apesar de serem carentes é uma população disposta a aprender e a entender os seus direitos de usuários. Existe um respeito muito grande das pessoas com a equipe de saúde, tornando a base para uma boa relação entre usuário/equipe. Acredito que haja falta informação sobre o funcionamento da unidade pois a população acha que a Estratégia de Saúde da Família é apenas um grupo de pessoas com médico, enfermeiros e dentistas que estão ali para dar assistência à saúde. O que a comunidade precisa entender que a estratégia de saúde não é imediatista e sim preventiva, que estão ali para gerar saúde e prevenir que os agravos aconteçam.

Percebo que como médica terei algumas atribuições, além de prestar assistência integral aos indivíduos valorizando a relação médico-usuário e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança, tenho que oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária empenhar-se em manter meus clientes saudáveis, quer venham às consultas ou não. Além de executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária na área de abrangência, executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso. Entre outros, promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável, discutir de forma permanente junto à equipe de trabalho e comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Santo Antônio, localizado na região agreste do estado do Rio Grande do Norte, Brasil, distante 77 Km da capital do Estado. Apresenta uma área territorial de 301.080 km², segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população total residente era de 22.216 habitantes, dos quais 11.099 eram do sexo masculino (49,95%) e 11.117 do sexo feminino (50,05%), sendo 14.280 residentes na área urbana (64,28%) e 7.936 na área rural (35,75%). A expectativa de vida ao nascer é de 70,35 anos, segundo o censo 2010, a densidade demográfica é de 73,79 hab/km².

O município possui 6.371 domicílios. Desses 5.118 têm abastecimento de água através da rede geral, 177 através de poço ou nascente e 1076 por outras fontes. Apenas 1248 domicílios estão ligados à rede de esgotos e 4617 têm coleta de lixo (IBGE, 2010). No ranking de desenvolvimento Santo Antônio possui um índice de desenvolvimento humano (IDH) municipal equivalente a 0,655. A economia da cidade baseia-se praticamente na agricultura e pecuária, ambas de subsistência e no comércio. Na área educacional, temos 14.370 (64,7%) da população alfabetizada.

A rede de saúde do município dispõe de um hospital estadual com um total de 45 leitos, distribuídos para cirurgia, obstetrícia, clínica médica e pediatria. Conta com um Centro de Saúde, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), nove equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), das quais cinco são instaladas nas zonas rurais, além de laboratórios de exames de baixa e média complexidade e clínica com profissionais médicos especialistas.

A ESF no qual faço parte localiza-se na zona rural, sou responsável por 04 distritos o atendimento é feito de modo descentralizado. Tenho uma unidade básica sede que fica no distrito de Barro Preto, nos demais os atendimentos são feitos em unidade improvisada que tem um consultório com a infraestrutura mínima para atendimento, como é o caso de Angicos, já em Umburana atendo em uma sala de aula, na qual não tenho nem maca para examinar os usuários. Em Camaleão que é o distrito mais humilde os atendimentos são realizados no ônibus e algumas vezes na casa dos usuários.

O trabalho de Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular. A equipe da saúde é a base para que a ESF funcione da melhor maneira possível, para que essa equipe esteja engajada ela tem que conhecer o Sistema Único de Saúde seus princípios e como funciona na realidade. A minha equipe é composta pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, três agentes comunitários de saúde, duas vigilantes, auxiliar de serviços gerais e motorista. A equipe é unida e engajada para trabalhar sempre buscando o melhor para a Estratégia de saúde da família.

A atuação da equipe ocorre principalmente na unidade básica de saúde e na mobilização da comunidade, tornando a porta de entrada do sistema de saúde; tendo território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; a equipe se torna responsável em intervir sobre os fatores de risco em que comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A unidade de Saúde Barro Preto foi construída com o intuito de funcionar a ESF, só comporta uma equipe. Nela dispomos de uma recepção, 03 consultórios para médica, dentista e enfermeira; sala de vacina, sala de nebulização/observação,

sala de curativos, sala de expurgo, farmácia básica, cozinha, banheiros para funcionários e usuários. Não tem sinalização para deficientes e nem corrimão. As paredes não são laváveis e nem os pisos são antiderrapantes. As portas são amplas e acredito que passar uma cadeira de roda, porém com dificuldade, a rampa na frente da unidade não tem segurança.

Já nas demais localidades que atendemos a estrutura são precárias, em alguns lugares não temos acesso a água. Mas não é por falta de estrutura que deixamos de levar atendimento de qualidade e com eficácia. Nos dias que não atendemos na sede temos o apoio de um ônibus que dispõe de sala odontologia.

Em relação a equipamentos instrumentais, materiais de consumo e insumos a Unidade Básica de Saúde é bem estruturada, faltam poucas coisas e a maioria dos equipamentos são seminovos. Temos um consultório odontológico bem equipado e com boa quantidade de materiais para atender a grande parte da demanda. Tive a oportunidade de conversar com o dentista e a dificuldade enfrentada é a mesma de toda a equipe, que é ter que se deslocar para atender em mais 03 locais sem estrutura, tendo uma sede bem estruturada e com todos os equipamentos e materiais necessários. No caso do dentista quando estamos nesses outros locais que não é a sede, ele atende em um ônibus disponibilizado pela prefeitura.

Na unidade sede temos um computador com impressora, único computador da unidade, acaba sendo pouco utilizado, pois não temos acesso à internet e a utilidade do computador acaba sendo para a parte administrativa. Como minha UBS é em zona rural não temos acesso a telefone e nem sinal de telefonia móvel. Não temos recursos multimídias, mas quando temos oportunidade a equipe tenta conseguir e levar para incrementar as palestras e as atividades.

A lista de medicamentos é ampla e diversificada, admito que quando questionei sobre as medicações a pessoa responsável pela a farmácia algumas das medicações não era do seu conhecimento, então fui me aprofundar sobre o assunto e entende que as medicações que o município disponibiliza nas UBS são aqueles que uso comum do dia-a-dia de acordo com a demanda, já as medicações mais específicas e de receitas controladas a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza em farmácia separada que faz a entrega e o controle dessas medicações. Algumas medicações apesar de ter quantidade insatisfatória, são disponibilizadas pelo

município. As medicações fitoterápicas não são disponibilizadas na UBS, apesar de ter uma boa aceitação da população.

A vacinação é algo encarado com muita responsabilidade no município em que trabalho, sempre dispõe das vacinas que constam no Programa Nacional de Imunização Rio Grande do Norte. No estado não vacinamos para febre amarela, então é uma vacina que não encontramos na UBS.

Não realizamos coletas de material para exames, porém temos disponível quando necessário realizar a coleta de escarro. Temos como realizar teste rápido para HIV, sífilis e a glicemia capilar.

Os exames complementares de média e alta complexidade tem disponível no município, deixando bem claro que temos que prezar pela indicação e a necessidade de se solicitar tal exame, pois sabemos que dependendo da complexidade o exame demora de 15 dias a mais de mês. Alguns exames como os laboratoriais a população conseguem sem dificuldades, as marcações são realizadas na Secretaria Municipal de Saúde pelos próprios usuários e às vezes pelo agente comunitário de saúde.

Percebo que ao encaminhar os usuários para os especialistas tenho tido uma resposta satisfatória, não dispomos de todos os profissionais, algumas especialidades demoram a marcar. Porém o município disponibiliza de ambulatórios de pediatria, ginecologista, psiquiatria, psicólogas, fisioterapeuta, nutricionista, dermatologistas, entre outras especialidades. Dispomos de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que nos auxiliam sempre que solicitados.



Figura 1 - Atividade educativa com o grupo de Hipertensos e Diabéticos.



Figura 2 - Palestra sobre atividade física.

Trabalhar na ESF é ter a missão de que a equipe tem que estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Também é destacável o trabalho da equipe por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade

do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.



Figura 3 - Grupo de hipertensos e diabéticos.

O trabalho em equipe não é fácil de realizar, pois cada membro pode apresentar um tipo de comportamento e se identificar com um papel que pode facilitar ou dificultar o seu desempenho. Porém trabalhar em equipe não significa ser igual, significa trabalhar com as diferenças e, às vezes, até mesmo alguns conflitos. Quando passamos a entender o papel de cada membro, sua importância e atribuições, o serviço flui com mais facilidade e conseguimos atingir os objetivos.

A equipe realiza suas atividades na UBS, assim como em escolas e em visitas domiciliares. Quando temos atendimentos de urgência ou emergência é dado prioridade e realizamos uma avaliação, se não conseguimos resolver o caso encaminhamos para o serviço hospitalar mais próximo da UBS. Realizamos busca ativa quando percebemos que o usuário não está participando das atividades propostas pela UBS. As notificações compulsórias são realizadas adequadamente conforme preconizada as orientações da vigilância epidemiológica.

A comunidade adstrita é composta por pessoas de baixa renda, apresentando carência não apenas no âmbito da saúde, mas também de educação e cultura. Apesar de serem carentes, é uma população disposta a aprender e a entender os seus direitos de usuários. Existe um respeito muito grande dessas pessoas para com a equipe de saúde, esse respeito se torna a base para uma boa relação usuário equipe.

O nosso território geograficamente é grande e de difícil acesso, porém a equipe acaba se deslocando para levar atendimentos em pontos estratégicos que fica de fácil localização e garante a oportunidade para toda a área de abrangência ter acesso a saúde de forma igual e próxima das suas casas. Conseguimos obter 100% da área de abrangência coberta e cadastrada. Na área adstrita da ESF tem 1147 pessoas cadastradas que compõe 337 famílias. A equipe é pequena, porém o número de pessoas sobre nossa responsabilidade está dentro dos padrões orientados pelo SUS.

A grande parte dos atendimentos ocorre através da demanda diária, e por termos grupos pequenos nos atendimentos específicos o atendimento é oportunizado pela demanda livre. Os atendimentos médicos são organizados em Angicos, dois dias em Barro Preto, um dia que divide entre Camaleão e Umburana. Se fossem fazer apenas consultas agendadas os usuários iriam ficar muito carentes de atendimento médico. Tentamos ouvir todos os casos e resolvê-los na medida do possível, seja tratando ambulatorial ou encaminhando para serviços especializados.

Toda a equipe se compromete a realizar o acolhimento, principalmente os agentes comunitários de saúde que conhecem a população de maneira mais próxima e identificando as vulnerabilidades em que os usuários se encontram. Todos os casos que chegam a UBS através de atendimento sejam para qual for o profissional da equipe, ele será escutado, cada caso é analisado de acordo com as necessidades.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, a população em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A ESF é baseada em acompanhamento da população de acordo com a faixa etária ou grupos de comodidades. Em relação aos atendimentos em saúde da criança temos 100% de cobertura. O acompanhamento é realizado de acordo com que está preconizado pelo Ministério da Saúde, em que as consultas são realizadas na 1ª semana, e no mínimo uma consulta no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a

partir do 2º ano de vida, consultas anuais. A criança é acompanhada individualmente analisando cada passo do desenvolvimento, orientado a família quanto à alimentação, vacinação, higienização e estímulos ao desenvolvimento psicológico e motor.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é executado por toda a equipe, sendo realizado de forma simples, econômica e de fácil aplicabilidade, servindo como instrumento de controle e avaliação do processo evolutivo da criança e detecção precoce de possíveis problemas. A manutenção do estado de saúde será alcançada através de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças ou agravos contidos nas ações de vigilância à saúde que integram as consultas da criança programadas e realizadas na unidade de saúde, além das visitas domiciliares.

É importante conhecer os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e estar preparado para fazer algumas intervenções, se necessária, identificando com clareza aquelas crianças que devem ser referidas para tratamento especializado. Através do acompanhamento da criança saudável, priorizando aquelas de maior risco de adoecer e morrer espera-se reduzir a incidência de doenças aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se a alcançar todo seu potencial.

Na área de abrangência temos 17 crianças menos de um ano, contemplando 100% de cobertura de puericultura. As consultas são realizadas na 1ª semana, e no mínimo uma consulta no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês, duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. A criança é acompanhada individualmente analisando cada passo do desenvolvimento, orientado a família quanto à alimentação, vacinação, higienização e estímulos ao desenvolvimento psicológico e motor.

Dentro das atividades da ESF atenção ao pré-natal e ao puerpério de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. Na área de abrangência tem um número pequeno de gestantes, no total são 08 gestantes, assim fica fácil tanto para médico como para enfermeira fazer esse acompanhamento. Com o contato quase que quinzenal com essas mulheres, acabamos conhecendo melhor e sabendo quem são as gestantes que demandam

de uma atenção maior, existe uma cobrança da equipe para que o pré-natal seja realizado de acordo com os protocolos.

Todas as usuárias iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, as consultas são agendadas de acordo com o protocolo do ministério da saúde e quando a gestante não podem comparecer a consulta, elas entram em contato com o agente comunitário que irá agenda-la para o dia mais conveniente. Os exames são solicitados a cada trimestre de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O cartão de vacina da gestante é analisado pela equipe e quando necessário, é realizada a vacinação. O dentista realiza o acompanhamento e as orientações referentes à sua área.

Nas consultas com a médica além do exame clínico, realizo orientações e atividades educativas. Sempre proponho para as gestantes trazerem os parceiros para acompanhar as consultas. Nos atendimentos é oportunizado momentos de conversas e as dúvidas que surgem são abordadas de maneira aberta. Na consulta é oportunizado orientações sobre às mudanças no período gestacional, importância do aleitamento materno e de como a família deve se preparar para a chegada dessa criança. A cada consulta é abordado assuntos pertinentes que vão além de alimentação, mudanças hormonais e corporais.

O trabalho preventivo tem que ser um dos pilares mais importante da ESF, a equipe tem que estar preparada para além do trabalho curativo, realizar a promoção e prevenção da saúde. Sempre devemos trabalhar em relação ao aspecto preventivo do câncer de colo uterino e de mama, que vem crescendo a incidência na população a cada dia.

Pensando nessa abordagem a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero tem sido satisfatória, onde contemplamos 90% de cobertura das mulheres de 25 e 64 anos residentes na área, com adequada participação dessas mulheres. Temos 100% das mulheres cadastradas, tentamos controlar as usuárias que não tem mais indicação formal de realizar o preventivo, assim como as que negam a realizar o exame.

As mulheres realizam a coleta do exame citopatológico com a enfermeira e com a médica, nunca tivemos problemas com as amostras coletadas, sendo todas satisfatórias e dentro das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para uma amostra adequada. Durante as consultas são abordados temas como planejamento

familiar, doenças sexualmente transmissíveis e principalmente para falar da importância de realizar a prevenção para o câncer de colo uterino.

As mulheres que são acompanhadas pela UBS têm todo apoio e respaldo da equipe para que continue realizando sua prevenção. A equipe é empenhada em dialogar com as mulheres e esta relação tem contribuído para o bom acolhimento e um excelente atendimento. Algo que há a necessidade de qualificação são os longos períodos de demora para a entrega dos resultados os exames citopatológicos, pois o município manda as lâminas para um laboratório que demora em média dois meses para encaminhar o resultado. Isso gera uma ansiedade e até insatisfação das usuárias, que tem que ser muito bem gerenciado pela equipe para que essas mulheres não afastassem da UBS.

Em se tratando de prevenção do câncer de mama, o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área que são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é de 61 usuárias. Considero essa cobertura satisfatória, pois além da idade avalia-se a presença dos fatores de risco. Os atendimentos baseiam-se nos protocolos do Ministério da Saúde em que há a recomendação para que as mulheres de 50 a 69 anos realizam de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anualmente.

Não foi identificado nenhum caso de Câncer de Mama na área, e nesse sentido o trabalho da equipe torna-se restritamente preventivo, sendo muito gratificante para o profissional saber que sua função é promover saúde. Realizando o atendimento de qualidade conseguimos detectar as alterações da mama com antecedência. A unidade básica tem que trabalhar com a estratégia de que o diagnóstico precoce e assim contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O diagnóstico precoce é especialmente importante no contexto onde predomina a apresentação do câncer de mama em fase avançada, pois o estadiamento em fase inicial possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois

dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para agravamento deste cenário em nível nacional. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido. O plano é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de promoção e prevenção da saúde.

O acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos é realizado principalmente pela médica da equipe e a enfermeira. Temos sempre o cuidado em cadastrar esses usuários e manter o cadastro atualizado com as medicações que estão utilizando e o acompanhamento. Mensalmente discutimos como podemos melhorar o nosso trabalho e como estar sendo o acompanhamento dessas pessoas, assim contamos também com o apoio dos agentes comunitários de saúde e o dentista. Temos 127 hipertensos cadastrados e sendo acompanhado pela ESF, assim como 26 diabéticos. A cobertura anterior ao projeto era de 70 hipertensos e 12 diabéticos, acompanhamento era realizado pelo médico da equipe. Juntamente com a equipe temos o apoio dos profissionais do NASF, complementando o nosso acompanhamento multidisciplinar, com orientações nutricionais, esportivas, apoio psicológico, dentre vários outros benefícios.

Viver mais e bem é um ideal intimamente relacionado à saúde em sua apreensão mais ampla como potencial de satisfação das aspirações humanas. É nessa linha que a temática da promoção do envelhecimento saudável hoje se coloca não só para a atenção ao idoso, mas para as práticas de saúde em geral. Um olhar sobre a velhice e a saúde do idoso é um ponto inicial a equipe tem que estar empenha completamente para que o nosso ideal que é a promoção da saúde seja atingido.

Saúde do idoso vai além do olhar sobre as comorbidades tem que considerar o ambiente que esse idoso estar inserido, assim conquistamos a cobertura completa dos idosos de 60 anos ou mais da minha área. Sempre temos cuidado de cadastrar todos os idosos, alguns são mais resistentes em participar do programa de saúde do idoso, mas como cada pessoa é tratado individualmente à equipe tenta se adequar a esses idosos e se desloca até o domicilio para realizar o atendimento. A estratégia de saúde da família realiza o acompanhamento de 119 idosos. Temos dificuldade em atrair essa população para as ações de prevenção e promoção da saúde, mas a equipe tem se empenhado fazendo o seu melhor.



Figura 4 - Paciente acompanhado nas visitas domiciliares

Podemos perceber que apesar da estrutura física e algumas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia posso concluir que a equipe vem realizando um trabalho satisfatório, considerando as diretrizes do SUS e contemplando todas as informações ensinadas pelos manuais do Ministério da Saúde. A minha visão do início do trabalho para os dias atuais, não tem modificado muito, tenho adquirido diariamente aprendizado para saber lidar com as adversidades que tenho enfrentado, sem deixar que as dificuldades atrapalhem o serviço. As coisas que consigo e posso modificar, são modificadas, as que não dependem apenas do meu esforço elas são relatadas e divididas com a equipe e com meu gestor na tentativa de buscar sempre melhorar.



Figura 5 - Agentes Comunitários de Saúde e Técnica de Enfermagem



Figura 6 - Equipe reunida com a comunidade



Figura 7 - Equipe reunida com a gestora local

Acredito que a minha função seja de executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária na área de abrangência, executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso. Entre outros, promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável, discutir de forma permanente junto à equipe de trabalho e comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório de Análise Situacional

A ESF de Barro Preto não possui uma estrutura perfeita, porém tem uma grande parte dos requisitos necessários para seu funcionamento. Percebi com a análise situacional, que a falta de compreensão dos usuários sobre o que é a Estratégia Saúde da Família não é o principal problema para que haja um progresso no seu desenvolvimento.

A forma como se desenvolve o trabalho pelos seus funcionários também pode ser decisivo na sua construção e/ou efetivação. Além disso, a construção dos textos reflexivos possibilitou identificar muitos problemas quanto a atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético na ESF, principalmente no que diz respeito aos registros e a prevenção de hospitalização por complicações da HAS e/ou DM. Portanto, acredito que o passo mais importante a ser tomado é organizar o processo de trabalho dos funcionários da ESF de Barro Preto para proporcionar uma melhor resolutividade das necessidades dos seus usuários.

Assim, a partir da leitura dos textos sugeridos, interações nos fóruns e, considerando a especificidade e importância do assunto foi definido o tema para o projeto de intervenção “Melhoria da atenção dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde Barro Preto do município de Santo Antônio-RN”.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2008), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (OPAS, 2010). Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação

e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2008). Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto.

O município de Santo Antônio, localizado na região agreste do estado do Rio Grande do Norte, Brasil, distante 77 km da capital do Estado. Apresenta uma área territorial de 301.080 km², segundo o censo de 2010, a população total residente era de 22.216 habitantes, dos quais 11.099 eram do sexo masculino (49,95%) e 11.117 do sexo feminino (50,05%), sendo 14.280 residentes na área urbana (64,28%) e 7.936 na área rural (35,75%). A expectativa de vida ao nascer é de 70,35 anos, segundo o censo 2010, a densidade demográfica é de 73,79 hab/km².

A ESF Barro Preto localiza-se na zona rural, responsável por quatro distritos em que o atendimento é realizado de modo descentralizado. A unidade de saúde da sede fica no distrito de Barro Preto, nos demais os atendimentos são feitos em unidade improvisada que tem um consultório com a infraestrutura mínima para atendimento. A equipe de saúde é formada pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, três agentes comunitários de saúde, dois vigilantes, um auxiliar para serviços gerais e um motorista. A equipe é unida e engajada para trabalhar sempre buscando o melhor para a Estratégia de saúde da família.

A atuação da equipe ocorre principalmente na UBS e na mobilização da comunidade, tornando a porta de entrada do sistema de saúde; tendo território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade. A equipe se torna responsável em intervir sobre os fatores de risco em que comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Dentre os problemas enfrentados na ESF na atenção a hipertensos e diabéticos, destaca-se a baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, este trabalho tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS e/ou DM.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para agravamento deste cenário em nível nacional. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido. O plano é vincular as pessoas com estes agravos, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de promoção e prevenção da saúde.

Acredita-se que a assistência aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, quando ofertada com qualidade, poderá proporcionar melhores resultados na assistência às pessoas com doenças crônicas. É destacável a necessidade de infraestrutura adequada no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam às necessidades de cada pessoa.

Nesse sentido, adequar a assistência dos usuários de tais doenças é promover saúde e atuar no sistema evitando complicações e repercussões desastrosas na vida. É preciso que o sistema de saúde tenha definida sua missão, seus valores e seus princípios e que sua estrutura seja adequada à obtenção dos resultados.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Barro Preto no município de Santo Antônio RN.

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1 Ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e Diabéticos na unidade de saúde;
- 2 Melhorar a qualidade do atendimento;
- 3 Garantir adesão de todos os hipertensos e diabéticos;

- 4 Manter registros atualizados dos usuários;
- 5 Avaliar do risco cardiovascular;
- 6 Promoção da saúde

2.2.3 Metas

Metas para intervenção de acordo com cada objetivo:

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2 de melhorar a qualidade do atendimento tem como metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativo ao objetivo 3 de garantir adesão de todos os hipertensos e diabéticos tem como meta:

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

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

Relativo ao objetivo 4 de melhorar o registro das informações tem como meta:

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

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

Relativo ao objetivo 5 mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular tem como meta:

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

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

Relativo ao objetivo 6 de promover a saúde de hipertensos e diabéticos tem como metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela ESF de Barro Preto, situada na zona rural do município de Santo Antônio-RN. Além dos usuários, os profissionais que atuarem no serviço de saúde também serão o público-alvo do estudo.

Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da ESF de Barro Preto. As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

3.1 Detalhamento das Ações

Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela ESF de Barro Preto, situada na zona rural do município de Santo Antônio-RN. Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar estratégia de saúde da família.

As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica conforme segue:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação a organização e gestão do serviço a ênfase será nos usuários hipertensos e diabéticos tentará garantir que todo o usuário em consulta sejam

cadastros no sistema, realizando a devida classificação de estágio e risco. Caberá ao clínico comprometer-se a tal tarefa, disponibilizando material conforme diretrizes, impressa em consultório. Em reunião na unidade básica de saúde ministrada pela médica no início da intervenção, o serviço de recepção de enfermagem será instruído a acolher o indivíduo que procura o serviço no sentido de estimulá-lo a realizar exame de glicemia e pressão arterial, em caso de negativa, acolhê-lo para aferir e em caso de alteração, pré-agendar consulta médica. Detectar no acolhimento se o usuário já é diagnosticado como sendo portador de Diabetes Mellitus e hipertensão. Agentes comunitários de saúde serão incentivados a orientar usuários visitados, a aferir a glicemia e a pressão arterial na unidade básica.

Para o eixo de monitoramento e avaliação serão levantados dados sobre a situação atual do número de usuários diabéticos insulíndependentes e não insulíndependentes assim como os hipertensos em parceria com a gestão local. Será verificada a adequada inscrição no programa em sistema de informação, quanto à correta classificação. Além disso, será realizado monitoramento semanal para verificar a inclusão de novos usuários. Nesse eixo a equipe de saúde estará responsável por toda a execução e organização do serviço, que ocorrerá na unidade básica semanalmente.

Em relação ao engajamento público devemos informar a comunidade através de palestras mensais sobre a existência da ação de atenção ao usuário hipertenso/diabéticos, em atividades de sala de espera e em grupos pré-formados. Neste momento, será levado ao conhecimento da necessidade do controle do problema, informando que os próprios sejam atores para envolver familiares e amigos. Expor os fatores de risco e controle não medicamentoso e elaborar material de visualização pertinente. Também a equipe será envolvida no projeto como forma de melhorar a relação usuários e equipe multidisciplinar.

Quanto à qualificação da prática clínica serão agendadas reuniões semanais com a equipe na unidade básica, no início da implantação das intenções. Na sequência, as reuniões passam a ser quinzenais. Comunicaremos a proposta de intervenção e o papel de cada um no processo, desde o acolhimento direcionado pela enfermagem até a condução da informação pelos agentes comunitários. Reciclaremos a equipe sobre o modo correto da aferição da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, conforme diretrizes.

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

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

As ações de organização e gestão do serviço terão como princípio definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Assim como organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais. É importante dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, assim como garantir a solicitação dos exames complementares e com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecendo sistemas de alerta os exames complementares preconizados. É importante realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o monitoramento e avaliação dessa meta devemos monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, garantindo o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação ao engajamento público devemos orientar os usuários e a comunidade quanto os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão/diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizá-los. Informar quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

A qualificação da prática clínica visou capacitar a equipe para realizar o exame físico adequado, solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo e o tratamento das comodidades, para saber informar os usuários de como deve proceder na solicitação dos exames, consultas especializadas e cadastro em farmácias população para aquisição dos medicamentos.

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

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

No eixo de monitoramento e avaliação é fundamental monitorar o número de hipertensos/diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Organização e gestão do serviço, garantir a solicitação dos exames complementares, com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, faz parte do engajamento público. Qualificação da prática clínica temos que capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames.

Os exames complementares solicitados pela médica da unidade eram realizados na cidade de Santo Antônio através de marcação na Secretaria de Saúde Municipal.

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

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia compõe o eixo de monitoramento e avaliação. Organização e gestão do serviço tem como ações realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Engajamento público, orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Qualificação da prática clínica, realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes, assim como,

capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. As capacitações serão realizadas mensalmente na própria UBS com a participação da equipe e da comunidade.

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabetes.

Monitoramento e avaliação, monitorar a realização de atendimento odontológico apropriado dos hipertensos e diabéticos. Organização e gestão do serviço, definir atribuições de cada membro da equipe no exame odontológico, organizar e capacitação dos profissionais de acordo com atendimento e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Engajamento público, orientar os usuários e a comunidade quanto a importância do atendimento odontológico. Qualificação da prática clínica, capacitar a equipe para atendimento e acompanhamento apropriados desses usuários. Palestras e capacitações envolvendo o tema da odontologia eram ministradas pelo Dentista da unidade na própria UBS.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

Sobre a organização e gestão do serviço os agentes comunitários de saúde serão orientados a realizar busca ativa dos usuários faltosos, anotando em ficha elaborada e dos usuários que retornarão ao serviço, no sentido de monitorar a ação e sua efetividade. O usuário deverá ter sua consulta pré-agendada com a equipe. No âmbito de monitoramento e avaliação realizaremos um levantamento dos prontuários e fichas de acompanhamento dos usuários destes programas para avaliar os que encontram-se com as consultas em dia, conforme protocolo vigente.

Assim como aqueles que não estão com seus dados atualizados, serão pré-agendados para sua consulta.

Já no engajamento público aproveitaremos os espaços de concentração dos usuários, seja na unidade de saúde ou reuniões comunitárias locais, para informar a comunidade da importância do diagnóstico das doenças hipertensão arterial e diabetes, mas também da necessidade do comprometimento do usuário e familiares no tratamento das enfermidades, enfatizando o caráter de labilidade, em relação ao diagnóstico inicial. Devemos enfatizar a necessidade de consultas periódicas, adequando medicações, reforçando medidas não medicamentosas no controle destas, bem como estar atento para o aparecimento de complicações. Qualificação dos profissionais de saúde, reciclando os agentes comunitários, enaltecendo o importante papel da equipe na adesão do usuário.

Na qualificação da prática clínica temos que adequada aferição da pressão arterial e equipamentos em número e qualidade comprovada. Os auxiliares de enfermagem irão aferir a pressão arterial de acordo com as diretrizes; ao enfermeiro, além da aferição da pressão arterial, estar atento para comprometimento de órgãos-alvo.

Os profissionais serão capacitados para orientar fluxo de acordo com os níveis tensionais alterados. Aos médicos, além da aferição da pressão arterial, cabe realizar anamnese e exame físico direcionado ao sistema vascular, ou seja: alterações do visual, neuralgia, vasculopatia, neuropatia; deixar acessível diretriz sobre hipertensão arterial aos usuários e equipe. Todas as ações descritas acima deverão ser anotadas em prontuário específico. Neste mesmo contexto, de exame clínico, agora direcionado aos usuários diabéticos, orientaremos a equipe a enfatizar a necessidade de consulta médica, garantindo vaga. A equipe de acolhimento deverá estar atenta para sintomas que façam pensar em agravos decorrentes do diabetes, bem como descompensação glicêmica. Protocolo vigente sobre diabetes deverá estar à disposição sem sala de acolhimento e consultórios médicos.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações serão estabelecidas as seguintes metas:

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

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

Na organização e gestão do serviço será priorizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos após avaliação, por meio de consultas pré-estabelecidas com a médica. Existem itens que deverão ser adequadamente preenchidos: número de consultas anuais, comorbidades, complicações decorrentes da patologia de base, visitas aos serviços especializados e de saúde bucal.

Já no monitoramento e avaliação com o objetivo de melhorar os registros de hipertensos e diabéticos, embora o sistema de informatização permita a coleta de número de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados, teremos por finalidade aumentar o número destes, reavaliando a correta classificação de risco. No mesmo contexto com foco no engajamento público as consultas serão individualizadas ou em reuniões de grupo, os usuários serão informados sobre sua comodidade e esclarecidos suas dúvidas. Nessa oportunidade será enaltecida a importância de ter os registros dos usuários para o acompanhamento adequado.

Em contrapartida a qualificação da prática clínica será trabalhada através de reunião com a equipe, enalteceremos aos colegas da necessidade do registro das informações corretamente, mantendo-o atualizado. Além disso, faremos capacitações constantes aos membros da equipe para orientação do correto preenchimento dos registros.

Objetivo 5: Estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Na Organização e gestão do serviço incentivaremos os usuários por meio de busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde, garantindo agenda, exames de rotina e encaminhamentos à atenção secundária de forma priorizada. Já no monitoramento e avaliação todo o usuário diagnosticado como tal, deverá ter sua classificação de risco e estágio em que se encontra. Tal estratificação será realizada segundo as diretrizes para hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que deverá estar impressa nos consultórios médicos.

No que diz respeito ao engajamento público teremos as consultas individualizadas ou em reuniões de grupo, educar o usuário sobre sinais e sintomas de agravos quando à procura de atendimento emergencial deverá ser procurado. Nas mesmas ocasiões, convidá-los-emos a aderir a práticas de controle de fatores de risco modificáveis, como controle de peso, abstenção do tabagismo, alimentação saudável e restrição salina.

Quanto à qualificação da prática clínica nas reuniões de equipe, educaremos os colegas sobre sinais e sintomas de alarme no acolhimento, quando a priorização da consulta deverá ser realizada. Encorajá-los-emos a realizar registros pertinentes a cada função, capacitando-os a informar o usuário sobre fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promoção e prevenção da saúde.

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

Em organização e gestão do serviço organizaremos atividades que tenham como foco principal abordar temas que sejam importantes para promoção e prevenção da saúde. O monitoramento e avaliação serão realizados através do acompanhamento da mudança dos hábitos de vida dos usuários, assim os registros das atividades educativas serão feitos através de lista de presença em livro-ata destinado para este fim. No engajamento público orientaremos não só os participantes do projeto como também seus familiares e os profissionais da equipe de saúde sobre a importância da promoção da saúde e de adquirir hábitos saudáveis para o seu cotidiano. Com base na qualificação da prática clínica realizaremos a capacitações para os membros da equipe multidisciplinar para as atividades educativas. Nesse eixo tivemos a participação da médica e da equipe do NASF nas reuniões mensais na unidade de saúde de Barro Preto.

3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores 2.1 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 2.2 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

Indicador 2.4 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

Indicador 2.5 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

Indicador 3.1 - Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

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

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica.

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Referente à meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador 5.2 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 – Promover saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.3 Logística

A logística do trabalho é o detalhamento de como a intervenção será realizada na prática, no cotidiano do serviço. Para realizar a intervenção na prevenção de complicações crônicas dos diabéticos/hipertensos será adotado os Cadernos de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial do Ministério da Saúde, 2013. Na unidade serão organizadas fichas de atendimentos estruturadas individualmente levando em conta as comorbidades dos usuários. As informações são registradas no prontuário e na ficha espelho. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a equipe da estratégia de saúde da família utilizou a ficha complementar.

A análise situacional e definição de um foco para a intervenção já foram debatidas com a equipe da estratégia de saúde da família. Assim, começarmos a intervenção será realizado capacitação sobre os Cadernos de Atenção Básica que iremos adotar como nosso referencial teórico. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade básica de saúde, no horário utilizado para a reunião da equipe. Cada membro estudará um tema do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Estimamos alcançar 100% de acompanhamento desses usuários, faremos contato com a gestão municipal para nos auxiliar com materiais, como as fichas complementares que serão anexadas ao prontuário do usuário. No acompanhamento mensal nas consultas será utilizada uma planilha eletrônica para

coleta de dados. Para o acompanhamento das atividades educativas teremos um livro ata onde será registrada a frequência dos usuários nas tarefas propostas.

O acolhimento dos usuários hipertensos/diabéticos que busquem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os usuários que estejam apresentando alguma alteração no estado de saúde serão atendidos com prioridade no mesmo turno. Assim como as pessoas que não comparecem ao serviço com frequência será realizada uma busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e esses terão suas consultas agendadas com prioridade.

Para organizar o registro específico do programa, a médica revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço realizar seu acompanhamento de diabetes e hipertensão nos últimos três meses. Assim iremos identificar os que estão com consultas em dia e identificados os faltosos. A médica deverá localizar os prontuários desses usuários e transcrever todas as informações pertinentes disponíveis para a ficha espelho, ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre medicamentos em uso, exames clínicos e laboratoriais.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento dessas comorbidades com aferição da pressão arterial e glicemia capilar periódica, assim como uma avaliação multidisciplinar e assiduidade nas consultas de rotina. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação de hipertensos/diabéticos e de esclarecer a população sobre a necessidade de priorizar o atendimento deste grupo populacional.

Mensalmente os usuários deverão comparecer a unidade de saúde para o acompanhamento clínico, onde será realizado o risco cardiovascular, exame físico completo, com aferição da pressão arterial e glicemia capilar, solicitação de exames laboratoriais, assim como encaminhamento para especialistas, momento em que serão avaliadas as complicações das doenças de base. Nessa oportunidade será realizado o registro das medicações e a posologia adotada, além das medicações se estão de acordo com as fornecidas pela farmácia popular, facilitando a adesão do usuário ao tratamento. Para essas ações necessitaremos da ajuda da gestão municipal para fornecer equipamentos adequados como esfigmomanômetro, glicosímetro, médicos especialistas para áreas solicitadas, laboratório equipado para

a realização do exame de média e alta complexidade. A equipe multidisciplinar participará de todo o processo no acompanhamento e registro dos usuários.

Na ação programática de promoção da saúde a equipe da estratégia de saúde da família realizará mensalmente atividades educacionais envolvendo todos os hipertensos/diabéticos através de grupos. As atividades terão como foco orientação nutricional, prática de atividade física, risco do tabagismo e higiene bucal. Para cada tema uma pessoa da equipe de saúde qualificada irá ministrar uma palestra e realizará uma atividade lúdica. Para essa atividade além da equipe multidisciplinar da estratégia de saúde, contaremos com o apoio dos profissionais do NASF, onde temos educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros profissionais. As atividades desenvolvidas serão registradas em livro ata e nas fichas dos usuários. As discussões dos temas educacionais além de ser realizada durante encontros em grupo também serão reforçadas por cada profissional durante consultas de rotina, abordando direcionamento de manual técnico adotado.

3.4 Cronograma

Quadro 1: Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apresentação do projeto de pesquisa aos membros da equipe multiprofissional da ESFS	X					X				X		
Atividades de educação permanente.	X		X		X				X			X
Estabelecer o papel de cada profissional na ação.	X				X				X			
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre manejo dos usuários	X	X			X				X			X

Hipertensos e Diabéticos e aspectos gerais do projeto de intervenção												
Busca ativa dos usuários faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Mobilização dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como familiares e comunidade para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio para implantação das ações.		X				X					X	
Estabelecer parceria com a Gestão Municipal	X			X			X			X		
Cadastrar os hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar busca ativa dos usuários.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico.			X	X	X	X	X	X		X	X	X
Avaliação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação para atendimento odontológico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização dos dados do SIAB		X			X			X		X	X	X
Reunião com a equipe	X		X		X		X		X		X	X
Estratégia de adesão ao tratamento medicamentoso.		X			X						X	
Realizar atividade promoção a saúde com tema sobre orientação nutricional.		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.

As ações previstas no processo de intervenção objetivou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. As atividades desenvolvidas durante os três meses da intervenção seguiram a organização do cronograma proposto no projeto de intervenção.

Para estabelecer o planejamento das atividades, objetivos foram estabelecidos, como garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA, melhorar o acolhimento das pessoas com HAS e diabetes, garantir material e insumos adequados para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) assim como material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde dentre outros.

A intervenção superou as metas propostas para as pessoas com hipertensão e diabetes. Muitos desconhecem possuir as patologias, identificando-as em consultas esporádicas na unidade de saúde. Em relação ao cadastramento os fatores que foram facilitadores foi o engajamento da equipe e da comunidade para que toda área de abrangência fosse coberta, assim como a aceitação da intervenção pelos usuários. O que dificultou o cadastro foi a extensão territorial da área adscrita pela unidade por se tratar

de uma área rural de difícil acesso e extensa. A intervenção conseguiu cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos.

Inicialmente o projeto foi apresentado através das reuniões com a equipe de saúde com discussão sobre os objetivos e a forma de organização das ações. Também foram analisados os instrumentos de cadastro e acompanhamento clínico das pessoas hipertensas e/ou diabéticas. Também foi apresentado o projeto de intervenção para a comunidade, momento em que foi debatido com as pessoas com HAS/DM e seus familiares suas expectativas e dúvidas com relação ao trabalho proposto.

Após ser aceito o trabalho, organizou-se a capacitação dos profissionais da equipe, estabelecendo o papel de cada integrante da equipe no desenvolvimento das ações. Também foi discutida a logística do trabalho para ampliar a adesão e estratégias de busca ativa. As atividades de capacitação oportunizaram a equipe da unidade de saúde revisão de suas condutas profissionais, assim como fortaleceu a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial. As ações previstas foram todas realizadas, avaliando-se como significativa as conquistas da equipe junto à qualificação da atenção e proximidade com a comunidade.

As atividades coletivas foram organizadas através dos encontros/reuniões com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais necessários às atividades educativas como recursos visuais para utilização capacitações como slides e cartazes. E do monitoramento das ações preparando as fichas espelho e as planilhas de registro dos dados necessários ao monitoramento e à avaliação dos indicadores. Conseguimos mobilizar a comunidade para nosso processo de intervenção, adequamos a rotina de atendimento através de uma agenda compartilhada. Destaca-se ainda o cumprimento de todas as metas previstas no projeto. As ações foram absorvidas pela rotina e hoje fazem parte do protocolo de atendimento. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

O objetivo do trabalho era o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, cadastrando-os e dando suporte clínico, laboratorial e educacional os usuários e familiares. Durante as consultas com os hipertensos e/ou diabéticos foi realizada exame clínico apropriado com anamnese detalhada, exame físico completo e avaliação do risco cardiovascular calculando de

acordo com a Escala de Framingham, quando os usuários estavam com os exames laboratoriais atualizados, caso contrário solicitava-se os exames, garantindo os exames complementares, e na próxima consulta era calculado o risco cardiovascular.

O tratamento medicamentoso levava em consideração além do quadro do usuário se o medicamento estava disponível na unidade básica ou na farmácia popular, garantindo o acesso ao tratamento. Na avaliação dos usuários tínhamos que levar em consideração os cuidados com a cavidade oral, avaliando a necessidade de atendimento odontológico e o garantindo. Neste sentido, todos os usuários cadastrados seguiram o padrão de avaliação clínica realizada pela médica da unidade de acordo com a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde. Assim conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

As ações que buscaram acompanhar e ampliar a adesão ao tratamento medicamentoso foram realizadas pela médica. As ações foram intensificadas buscando conversar sobre a forma de utilização dos medicamentos, importância do tratamento medicamentoso, dúvidas sobre o tratamento e possíveis resistências dos usuários e familiares. Para a adesão ao tratamento além da abordagem nas atividades clínicas, também foram realizadas atividades educacionais deixando explícito a importância do uso correto e esclarecendo dúvidas rotineiras. Nas abordagens a adesão ao tratamento medicamentoso houve relatos de resistência ao uso correto, dificuldades em reconhecer os medicamentos e sua função e também dificuldades no estabelecimento de rotina nos horários para a administração dos medicamentos.

Sempre converso com o usuário para saber se está tomando os medicamentos e se está tendo dificuldades em relação ao horário de tomar cada medicação. A maioria, utilizam os medicamentos fornecido pela farmácia básica, isso tem ajudado ao maior acesso às medicações.

Durante o exame físico aproveito para avaliar a cavidade bucal e se há necessidade de encaminhar ao dentista, geralmente os usuários já realizaram tratamento odontológico recentemente, mas aqueles casos que necessitam de uma melhor avaliação, já era organizada a consulta agendada

com o dentista da unidade, que vem auxiliando no trabalho para uma maior atenção aos hipertensos e diabéticos.

As atividades educacionais foram realizadas de acordo com os temas estabelecidos no cronograma. Os assuntos eram debatidos de maneira dinâmica e acessível, tentando transmitir as informações com uma linguagem compatível com as dos usuários. Percebi que com o tempo de intervenção essas atividades de promoção e educação já estavam incorporadas na rotina dos usuários.

As ações do eixo monitoramento e avaliação aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e da digitação e acompanhamento periódico da planilha. Após consultar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade, foi possível verificar que os dados constados na unidade sobre os usuários não estavam atualizados.

A intervenção para melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos aconteceu entre os meses de agosto a novembro de 2014.

Com relação ao Engajamento Público, houve a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos, tanto durante as visitas domiciliares dos agentes de saúde quanto por ocasião de seus contatos com a estratégia de saúde.

Para a primeira reunião foi elaborado uma apresentação para a equipe e a gestão local falando sobre o projeto, as justificativas de ter escolhido trabalhar com os hipertensos e diabéticos. Foram aprofundados os objetivos e as metas propostas. Nessa oportunidade foi explorada a metodologia que será utilizada e os recursos disponíveis para uma melhor abordagem desses usuários. Um ponto importante dessa apresentação foi realizar o detalhamento das ações e o papel que cada membro da equipe terá que desempenhar para obtermos o sucesso no trabalho. Em seguida apresentado o cronograma e conversado sobre a logística do trabalho e como tudo será estruturado e realizado. Ocorreram reuniões proveitosas, momento em que a equipe demonstrou-se bem participativa e integrada a proposta.

Realizamos um encontro com a comunidade com o intuito de falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio dos usuários

hipertensos e diabéticos, assim como familiares e comunidade para implantação das ações. O apoio da população da área é fundamental para a realização da intervenção. A reunião ocorreu em 2 etapas, a primeira foi realizada apenas com o Conselho Municipal de Saúde e representantes das associações. Posteriormente foi convidada toda a população para conversar sobre a proposta do trabalho explorando os aspectos de como será e a importância dessa intervenção.

Com relação à formação de grupos para educação em saúde com usuários hipertensos e/ou diabéticos foi possível realizar encontros em grupos, assim como atividades de educação e orientações individuais. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço da unidade, o que mostra, na sua avaliação, o quanto foi satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade básica de saúde.

Considerando a estratégia de educação em saúde de essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, semanalmente tínhamos temas a serem debatidos com os usuários e seus familiares. Os temas abrangiam assuntos como alimentação saudável, educação física, tabagismo, alcoolismo, saúde bucal e orientações sobre o acompanhamento clínico.

No eixo qualificação da prática clínica as ações foram efetivadas, com a realização de uma das capacitações previstas no Projeto de pesquisa. Na semana 01, foi realizada, no turno vespertino, na própria unidade, a 1ª capacitação da equipe multidisciplinar da estratégia de saúde da família de Barro Preto. A capacitação foi sobre o tema Hipertensão e Diabetes Mellitus, os recursos utilizados foram apresentação visual, com base nos protocolos de hipertensão e Diabetes. Essa atividade teve a característica de ser dinâmica com trocas de experiências entre os participantes. Com essa atividade houve a motivação ACS a realizarem as visitas com mais responsabilidade, cadastrando os hipertensos e/ou diabéticos e incentivando-os comparecerem nas consultas.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Durante a intervenção não tive nenhuma ação prevista não desenvolvida.

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

Durante a coleta e sistematização dos dados, no eixo monitoramento e avaliação, as informações coletadas para preencher as fichas da intervenção eram realizadas principalmente pela médica, com a ajuda dos ACS e da enfermagem. O controle e fiscalização dessas informações ficava sob a responsabilidade médica, pois era quem estava controlando toda a intervenção e gerenciamento do trabalho.

Os dados pessoais eram coletados pela a equipe e repassados a médica, quando os usuários vinham as consultas a ficha era preenchida com os dados clínicos, em outro momento eram registrados na planilha Excel.

As dificuldades encontraram resumiram-se ao início da intervenção, onde as ações não estavam bem enquadradas na rotina da unidade. A minha área por ser zona rural tivemos rejeição inicial com a prioridade do grupo dos hipertensos e diabéticos, tanto nas consultas, quanto nos exames e acompanhamento. Passado o mês inicial essa dificuldade foi superada e a comunidade já recebia o projeto como positivo para a população.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina.

No eixo organização e gestão do serviço, a avaliação realizada para adesão ao projeto de melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos, pode ser incorporada na rotina do serviço. A incorporação no cotidiano do serviço é necessária ter sua execução planejada (durante os encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares) e reforçada nas reuniões de equipe. O cadastramento dos usuários hipertensos

e/ou diabéticos continua sendo realizado após a intervenção durante o acesso dos mesmos na Estratégia de Saúde da Família.

Com relação ao eixo monitoramento e avaliação, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, pois favorece a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

No eixo engajamento público, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da ESF de Barro Preto em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo qualificação da prática clínica, pode-se inserir na rotina da unidade a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da estratégia de saúde quanto de cada um dos profissionais.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A composição da equipe da ESF de Barro Preto por categoria profissional manteve-se a mesma do início ao final da intervenção: um médico, um dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, três ACS e um atendente de serviços gerais. Toda a equipe contribuiu de forma efetiva para a melhoria do atendimento dos hipertensos e diabéticos.

De acordo com o cadastro dos ACS, que inclui informações de toda a população da área sob a responsabilidade desta equipe (1147 pessoas), haviam 153 pessoas identificadas com HAS e/ou DM. Quanto ao tipo de morbidade, 83% destas pessoas tinham hipertensão, 17% eram diabéticos. A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos era um dos objetivos da intervenção que tinha como meta cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para avaliar esse objetivo tínhamos como indicadores o número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, correlacionando com o número total de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência.

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos e/ou diabéticos foram cadastrados no programa de atenção ao hipertenso na unidade básica foram 44 (34,6%), elevou-se para 69 (54,3%) no segundo e contabilizou 127 (100%) no terceiro mês e da intervenção. Em relação à cobertura dos diabéticos foi de 15 (53,6%) no primeiro mês, elevando para 20 (71,4%) no segundo mês e no terceiro chegou a 28 (100%) pessoas. Assim, a proporção da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético foram de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos no final do estudo.

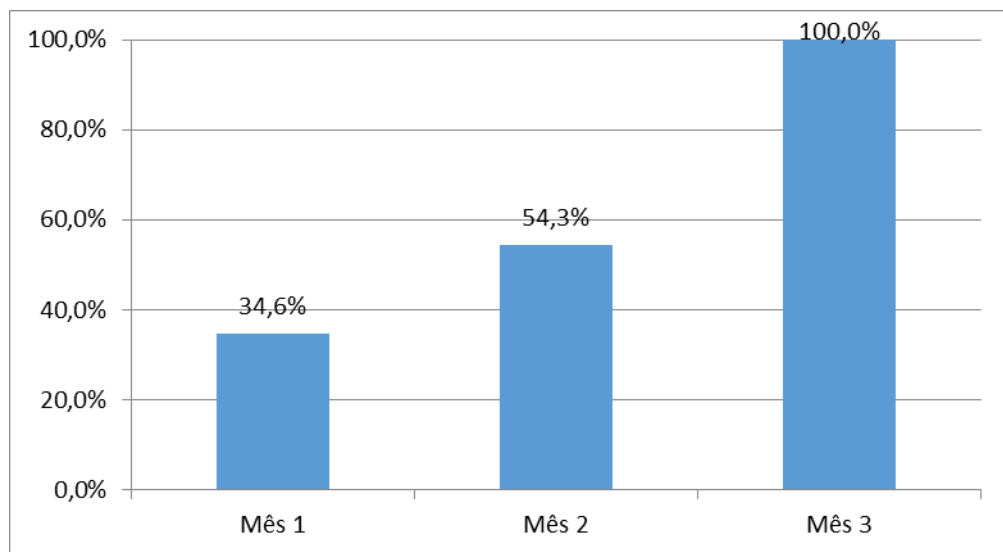


Figura 8- Evolução mensal da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

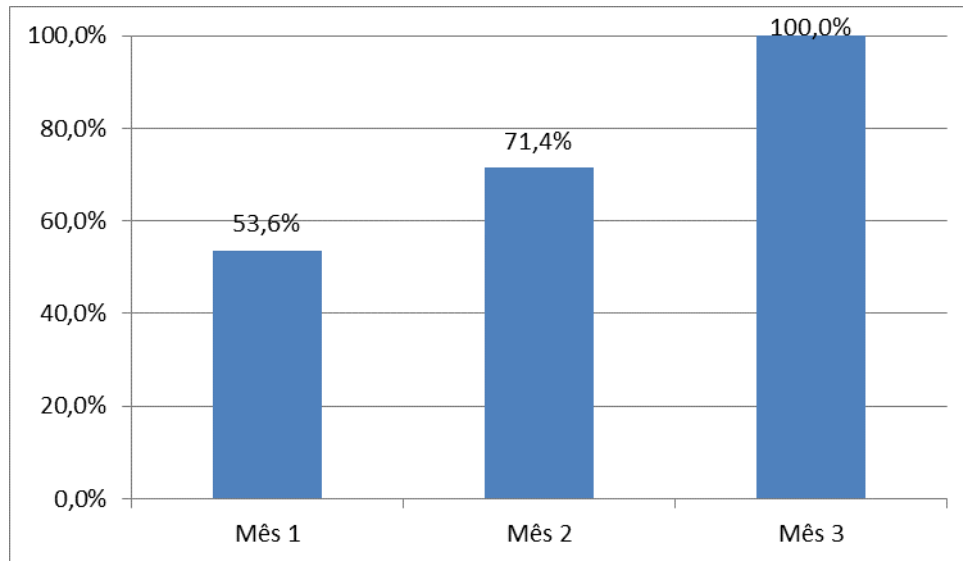


Figura 9- Evolução mensal da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Para que essa meta fosse alcançada com êxito foi fundamental o trabalho dos ACS, que realizaram a busca ativa dos usuários, cadastrando e os orientando a comparecerem a unidade de saúde. A mobilização social foi uma estratégia que auxiliou nessa etapa da intervenção, já um fator que dificultou foram a falta de dados dos usuários e a área de abrangência extensa e de difícil acesso, por se tratar de zona rural.

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos faz parte dos objetivos dessa intervenção, como metas tínhamos que realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo. Para analisar esse indicador no numerador temos o número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado, já no denominador número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês de intervenção conseguimos avaliar 44 (100%) pessoas com hipertensão e 13 (93,3%) diabéticos, no final do terceiro mês foram 127 (94,5%) hipertensos e 28 (96,4%) diabéticos que realizavam o acompanhamento clínico.

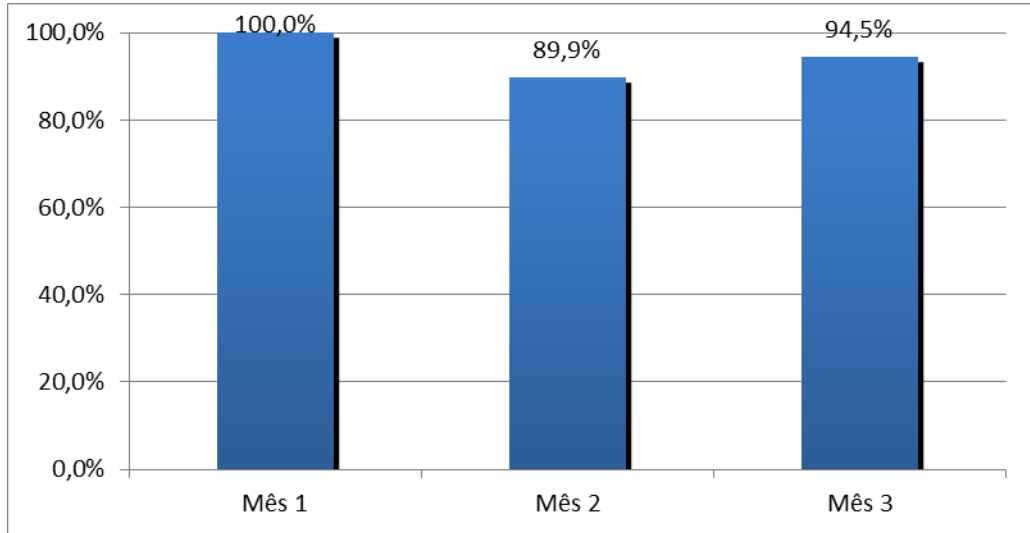


Figura 10- Evolução mensal dos hipertensos com o exame clínico em dia
 Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

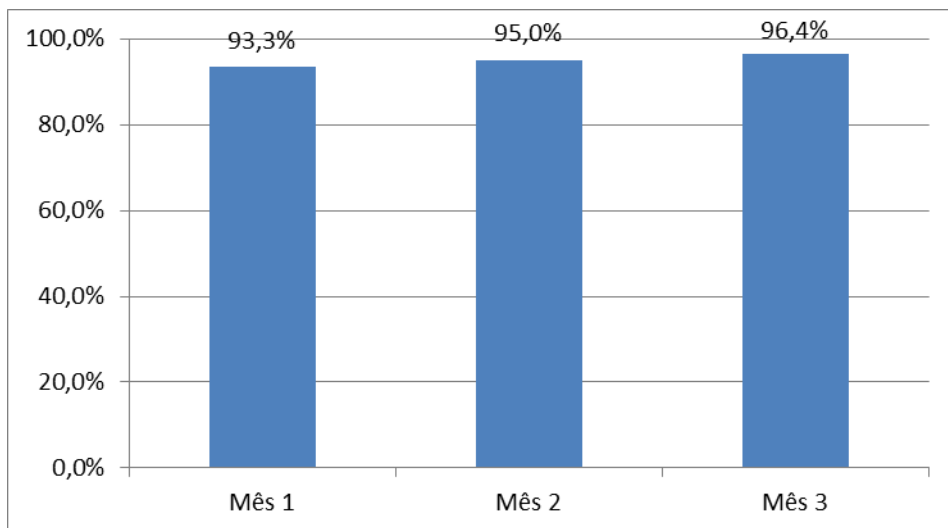


Figura 11- Evolução mensal dos diabéticos com o exame clínico em dia
 Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Para que essa meta fosse alcançada foi importante definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e diabéticos, através da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, também foram disponibilizados na unidade versão atualizada dos protocolos na unidade. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, ressaltando a importância de uma equipe multidisciplinar para acompanhar esses usuários. Para atingir essa meta enfrentamos inicialmente restrição da comunidade por achar que o exame físico era extenso e as consultas demoradas, com o desenvolver da

intervenção a comunidade passou a aceitar e compreender a importância do exame físico completo e direcionado. Os usuários e a comunidade foram orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, dessa forma conseguimos abranger a todos.

A proporção de hipertensos com exames complementares em dia em relação ao protocolo evoluiu de 44 (100%) para 127 (94,5%) no final do terceiro mês, já os diabéticos foi de 14 (93,3%) para 28 (96,4%) usuários. Os indicadores avaliados no numerador se encontrava o número total de hipertensos e diabéticos com exame complementar em dia e o denominador com o número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Essa meta foi atingida após garanti avaliação dos exames laboratoriais dos usuários, aqueles que não os tinham feito recentemente já era solicitado nas consultas com a periodicidade recomendada. Foi realizada uma parceria com o gestor municipal para que tivéssemos agilidade na realização dos exames. Os usuários foram orientados quanto a importância e a necessidade de realização dos exames complementares e da sua periodicidade. A evolução desse indicador estar no gráfico a seguir.

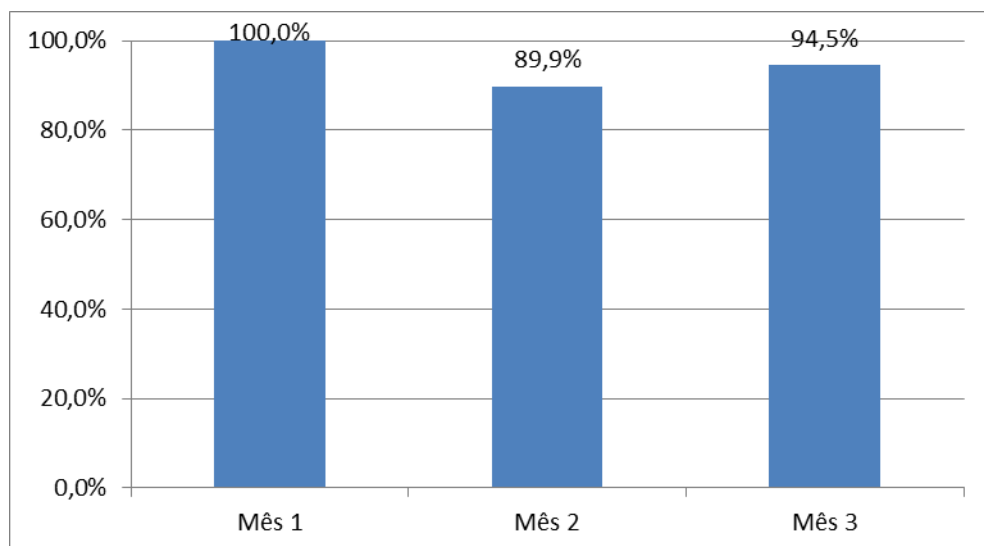


Figura 12- Evolução mensal dos hipertensos com o exame complementares em dia
Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

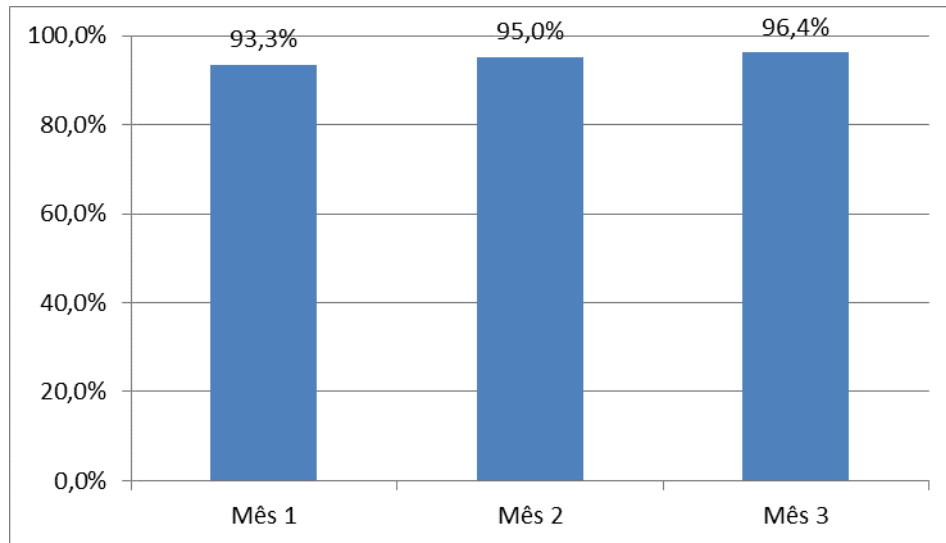


Figura 13- Evolução mensal dos diabéticos com o exame complementares em dia
 Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Visando a melhoria do atendimentos dos usuários HAS/DM é fundamental a utilização de medicamentos que fossem de fácil acesso e que estivesse disponível na farmácia básica. A meta alcançada foi de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para analisar esse indicador tínhamos no numerador número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e no denominador número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi garantido esse acesso aos usuários tínhamos o controle de estoque, para que não faltasse a medicação e mantínhamos o registro das necessidades de medicamentos do hipertensos e diabéticos cadastrados. Os usuários e a comunidade foram orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos através da farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter acesso, a equipe foi capacitada para sanar qualquer dúvida e ajudar os usuários em relação aos medicamentos.

Nesse aspectos 100% dos usuários hipertensos passaram a ter acesso aos medicamentos da farmácia básica, assim como os usuários diabéticos, como demonstra os gráficos a seguir.

Para que tenhamos um atenção multidisciplinar a saúde desses usuários foi fundamental a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos hipertensos e diabéticos. Essa meta tinha como indicador

proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico: Número de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, dividido pelo número total de hipertensos e diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Nessa etapa da intervenção contamos com a ajuda do dentista da unidade, onde após a avaliação inicial caso diagnosticado alguma intervenção o usuário já iniciava o tratamento odontológico. No mês 01 tivemos 44 (95,5%) dos usuários hipertensos com avaliação odontológica seguida de 69 (89,9%) e 127 (94,5%) nos meses seguintes, já os diabéticos temos 15 (86,7%) seguidos de 20 (95%) e no final da intervenção 28 (96,4%), como podemos acompanhar nos gráficos.

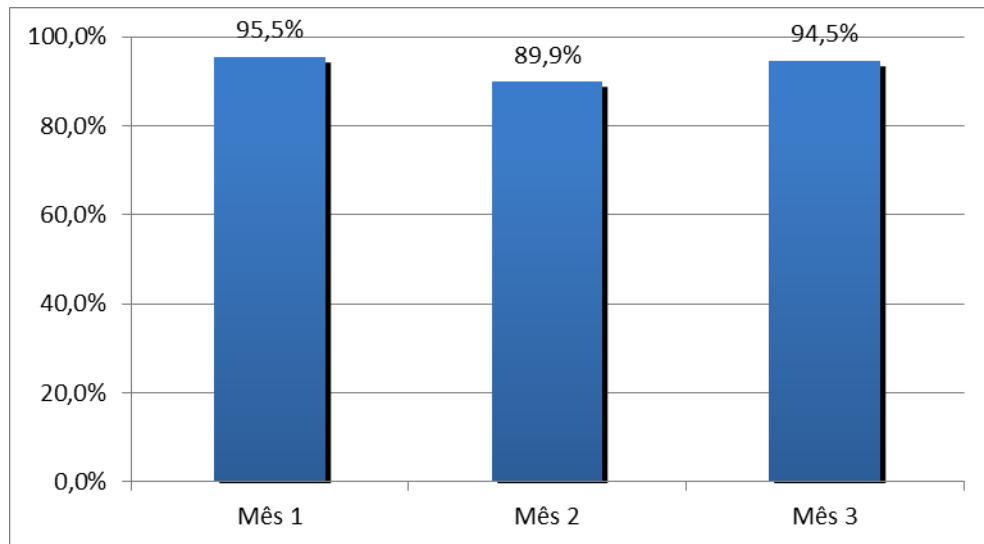


Figura 14 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

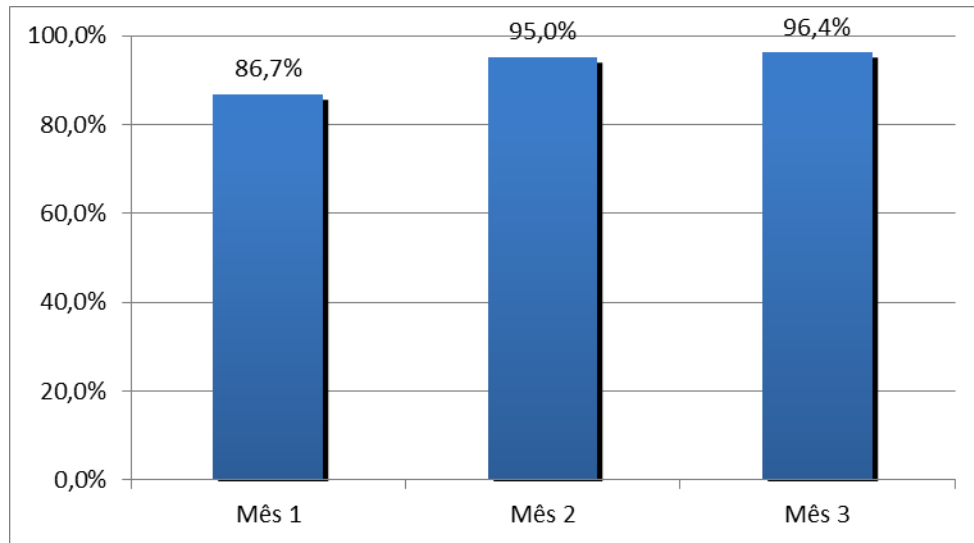


Figura 15 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, a equipe saúde teve a meta de realizar busca de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Foi possível monitorizar o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo através da ficha de acompanhamento clínico. Os usuários faltosos eram realizados visitas domiciliares e agendado a próxima consulta.

Fez parte dessa intervenção o treinamento dos ACS para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade. Durante o contato com a comunidade foi explicitado a importância de realização das consultas e da periodicidade preconizada para a realização, dando a oportunidade dos usuários ajudarem a estabelecer estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. O percentual de faltosos foi de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos no final da intervenção.

Manter registros dos usuários atualizados é de fundamental importância para o acompanhamento clínico deste, demonstrando a organização da equipe e comprometimento no acompanhamento da população. Com o objetivo de melhorar o registro das informações a equipe tinha a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para obtermos a proporção de

hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no numerador o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento e no denominador o número total de hipertensos e diabéticos cadastrados.

No início da intervenção realizou o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. A equipe de saúde se mobilizou para manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica atualizadas, implantar registros específicos de acompanhamento, registrar todas as informações e análise periódico para que não ocorresse atraso nas consultas de acompanhamento e na realização de exames complementares. Sempre orientando os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Podemos perceber pelos gráficos que conseguimos o registro adequado de 120 (94,5%) dos hipertensos e 27 (96,4%) diabéticos.

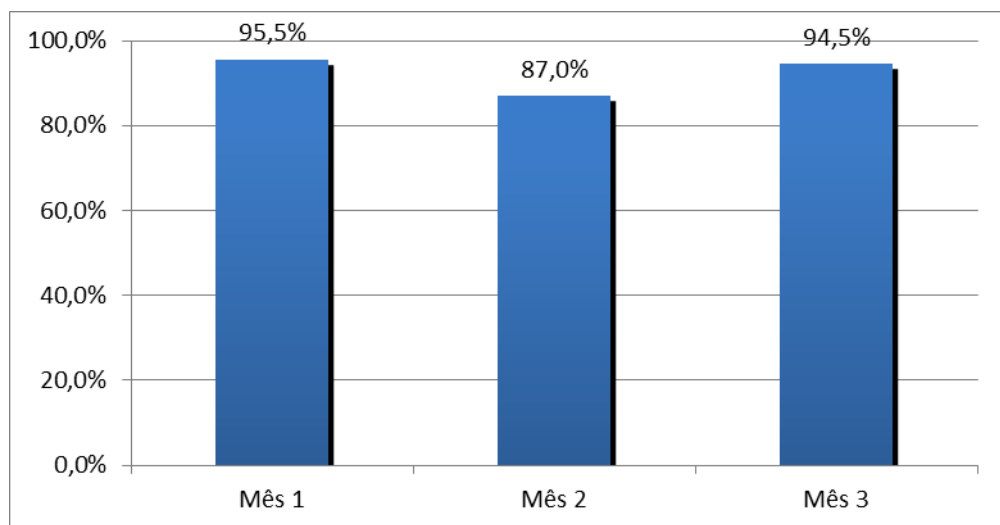


Figura 16 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com registros adequados

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

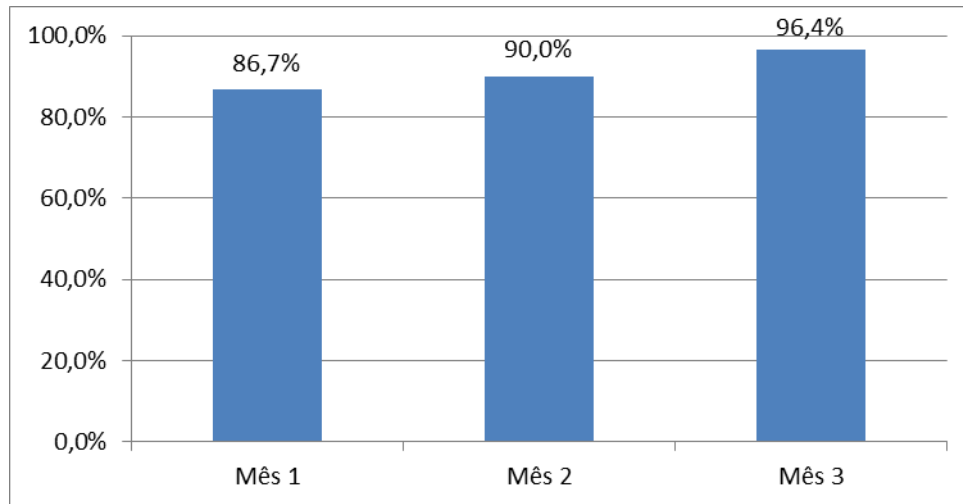


Figura 17 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com registros adequados

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Hipertensos e diabéticos durante o acompanhamento foram estratificados quanto ao risco cardiovascular com objetivo de mapear os que tinham risco de doença cardiovascular, buscando realizar estratificação de risco em 100% dos HAS e DM cadastrados na unidade básica como meta. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular como indicador avaliando o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular dividido pelo número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizamos pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, os usuários avaliados de alto risco têm prioridade nos atendimentos. Toda a equipe foi capacitada para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, registrando todas as informações desta avaliação para acompanhamento futuro. Os usuários durante a avaliação foram orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e do controle de risco modificáveis. Dos hipertensos no mês 1 tivemos 44 (100%), seguidos de 69 (89,9%) e 120 (94,5%) no final da intervenção, os diabéticos 14 (93,3%), 19 (95%) e 27 (96,4%) no terceiro mês.

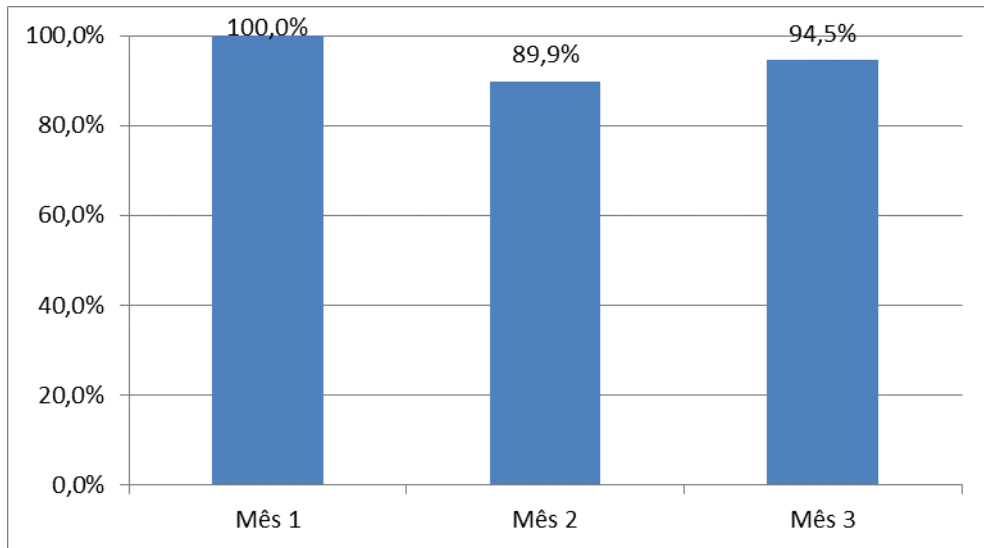


Figura 18 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

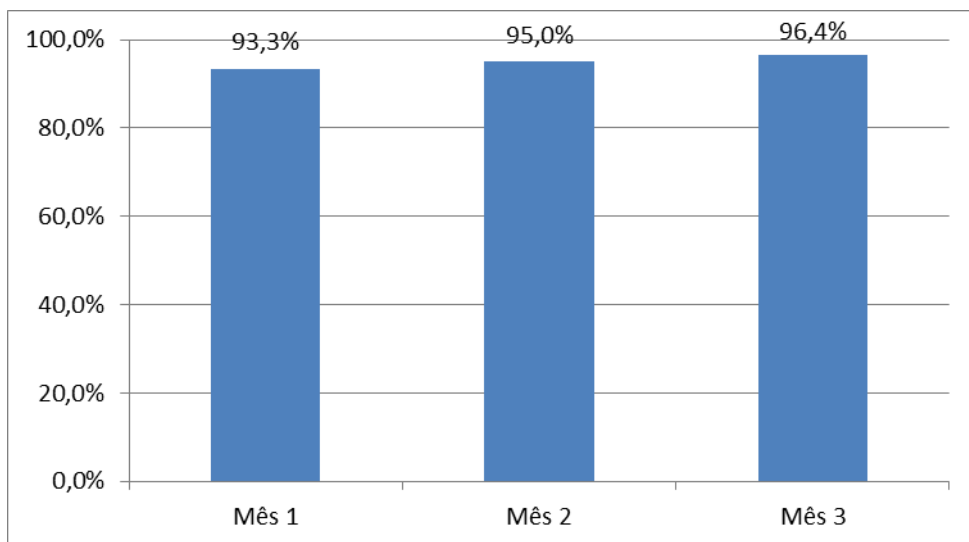


Figura 19 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Com relação a promoção da saúde tínhamos quatro metas, uma delas abordava o tema nutrição, garantindo a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, fazia parte dos indicadores, onde no numerador número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável, e denominador número de hipertensos e diabéticos cadastrados na

unidade de saúde. A equipe da unidade passou por uma capacitação sobre prática de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, podemos contar com o apoio da nutricionista do município. Em seguida foram organizadas atividades coletivas para a comunidade o tema foi abordado de maneira interativa. Os usuários dispõem de outros momentos onde eram orientados individualmente sobre alimentação, adequando sempre a sua realidade. A evolução dos indicadores foram explicitados nos gráficos a seguir.

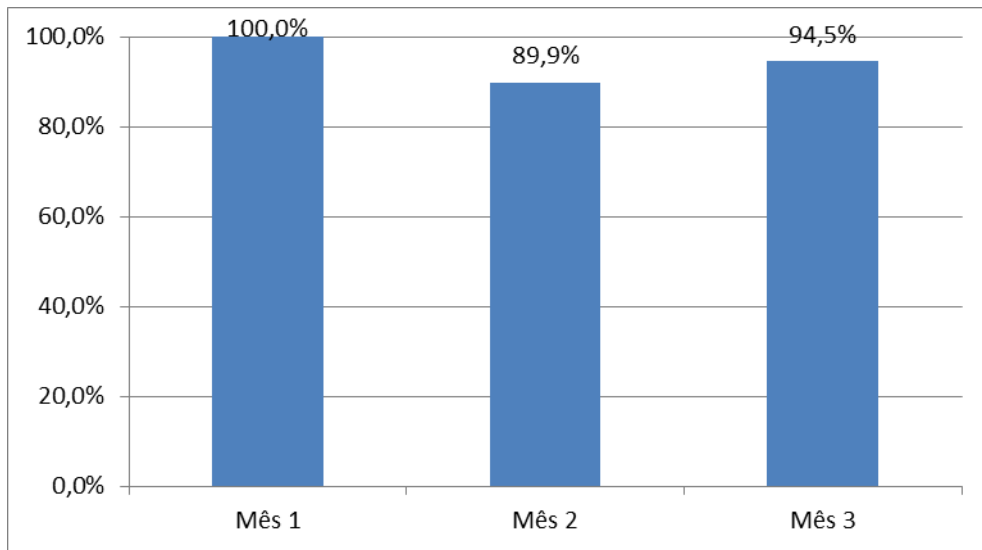


Figura 20 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

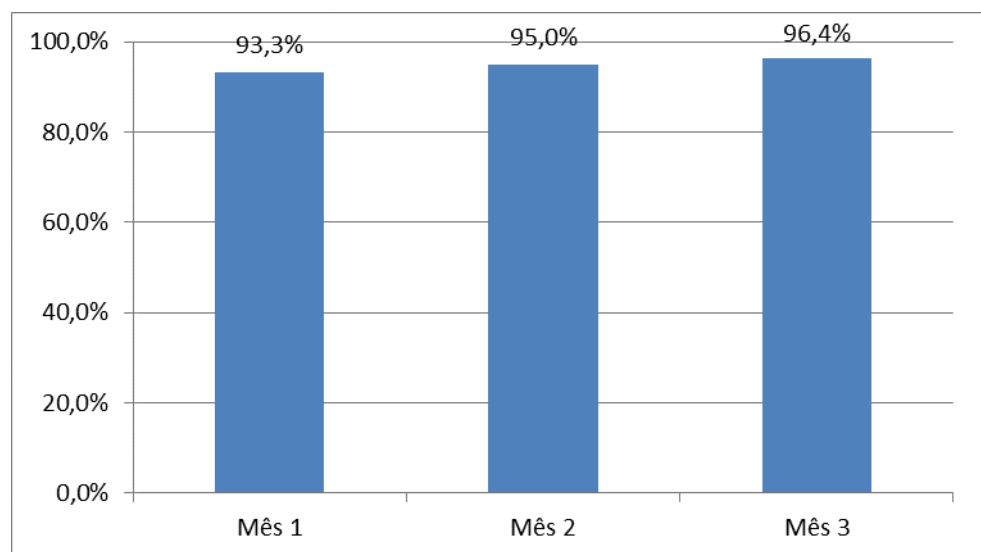


Figura 21 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

A meta seguinte abrange a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos. Obtento a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, onde o numerador coletamos o número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física e o denominador número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Realizamos atividades coletivas para orientação sobre atividade física, abordando desde importância da prática de atividade física regular a realização de atividades que incentivaram os hipertensos e diabéticos a incluírem a atividade física na sua rotina. Conquista gradual conseguimos abranger 120 (94,5%) dos hipertensos e 27 (96,4%) diabéticos.

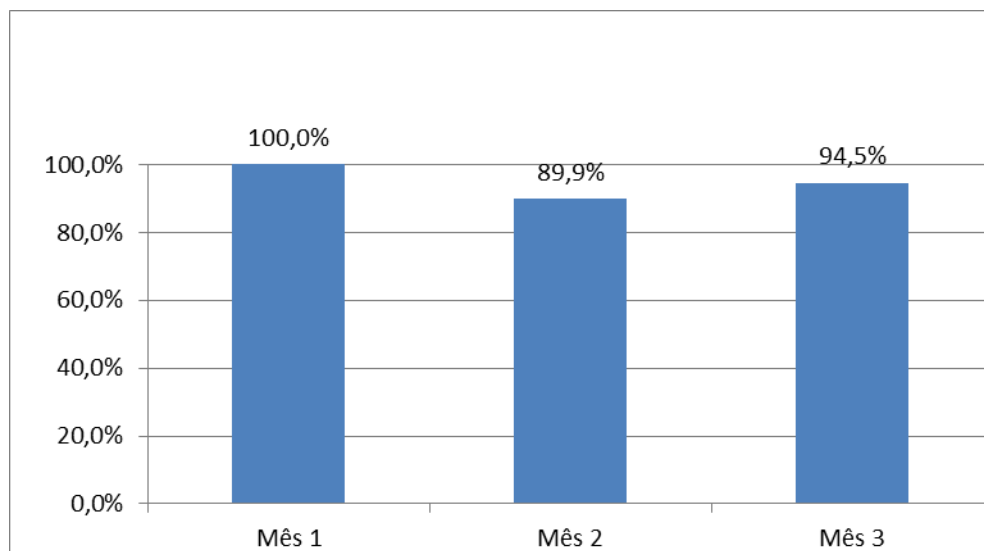


Figura 22 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física.

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

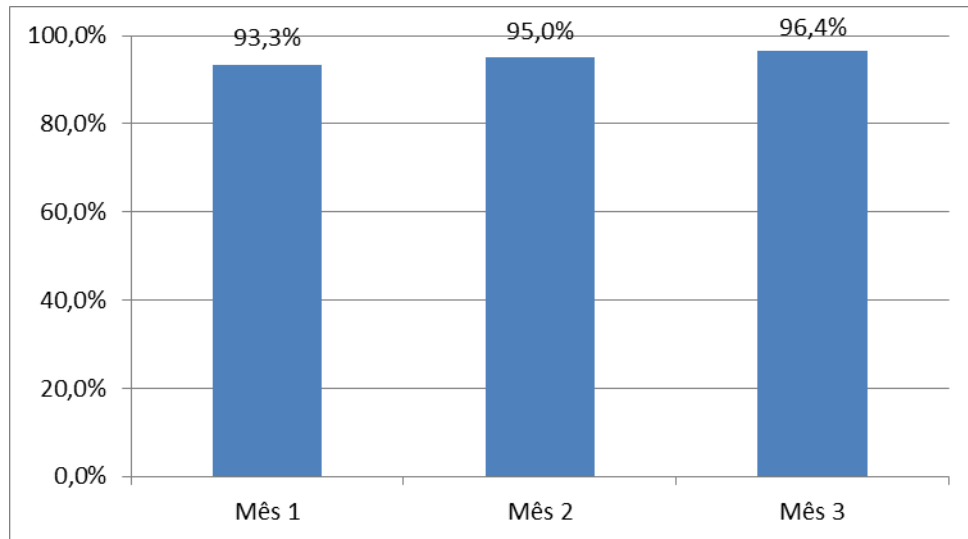


Figura 23 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Pequena parcela da população incluída na intervenção eram tabagista, um das metas era garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Os usuários foram orientados quanto aos malefícios do tabagismo ativo e passivo. Os tabagista além das orientações gerais, foram informados sobre o tratamento para abandonar e encorajados a cessarem o tabagismo. Indicadores avaliados no gráficos a seguir demonstra a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, no numerador número de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e denominador número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Evolução mensal foram de 44 (100%), 62 (89,9%) e 120 (94,5%) dos hipertensos, já os diabéticos 14 (93,3%), 19 (95%) e 27 (96,4%).

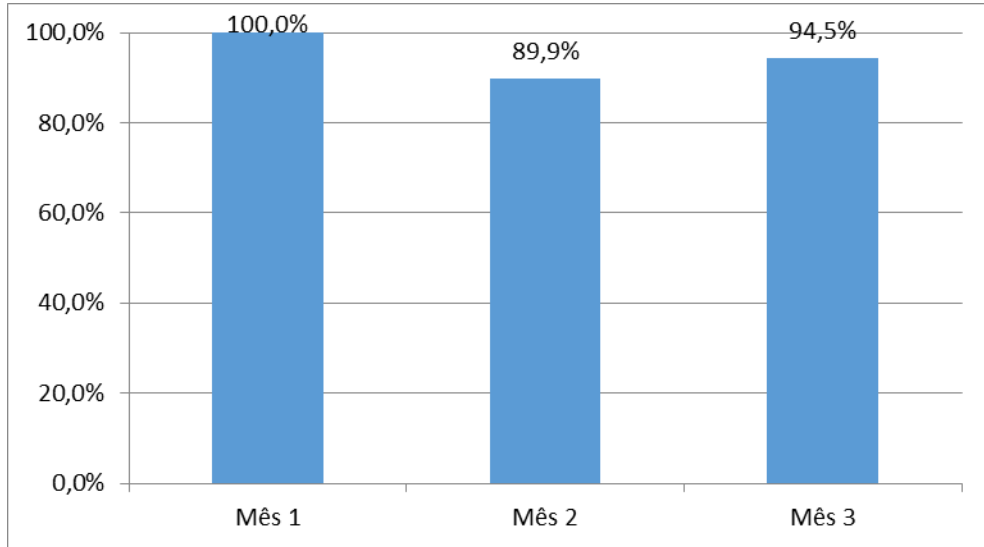


Figura 24 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

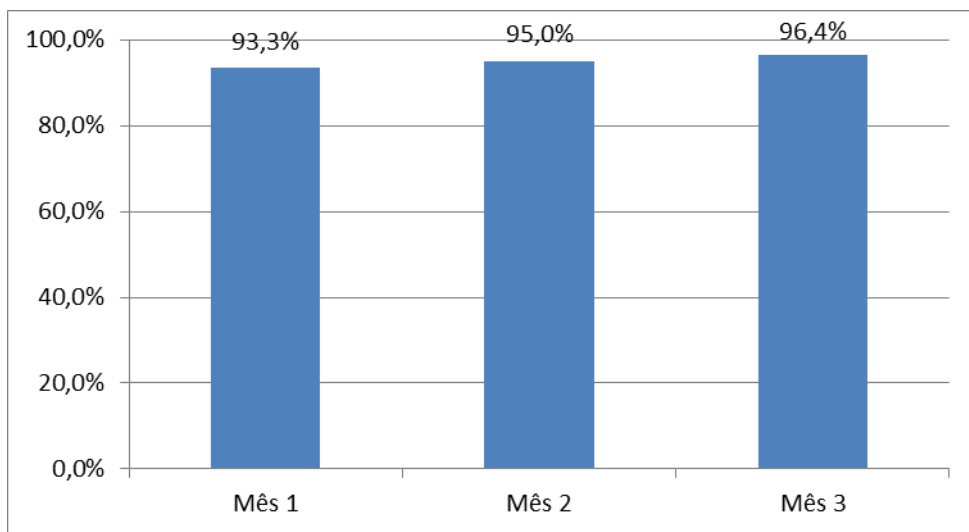


Figura 25 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

Na promoção da saúde um dos temas abordados está incluído a higiene bucal, onde a meta era garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos. Analisando o indicador da proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal: Número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, dividido pelo número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para alcançar a meta tivemos a atuação do dentista da equipe de

Estratégia de Saúde da Família de Barro Preto auxiliando desde de palestras educacionais, a prioridade de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. No primeiro mês tínhamos 44 (100%) dos hipertensos e no terceiro mês a meta alcançada foi de 120 (94,5%) pessoas, já os diabéticos no primeiro mês foram 14 (93,3%) e no terceiro mês 27 (96,4%). Assim conseguimos atender as necessidades e alcançar as metas estabelecidas tendo melhora nos percentuais mensalmente tanto dos usuários hipertensos, quanto dos diabéticos.

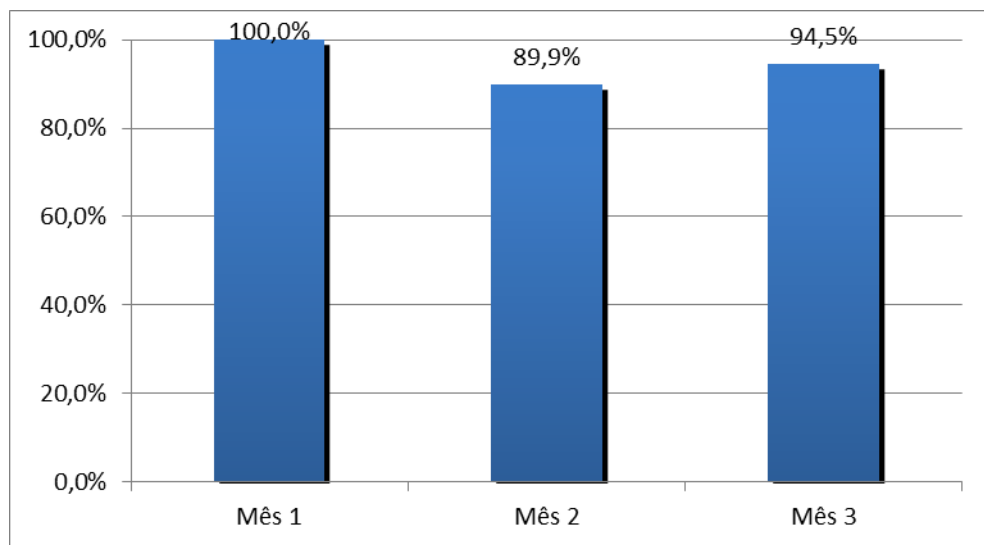


Figura 26 - Evolução mensal da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

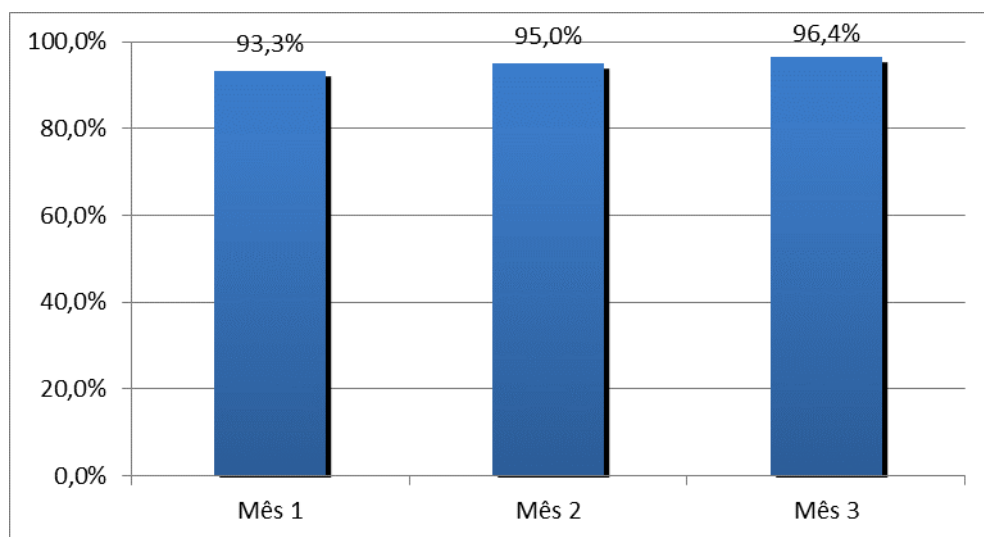


Figura 27 - Evolução mensal da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha de coleta de Dados UNASUS/UFPEL, 2014

4.2 Discussão

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF de Barro Preto baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio. A maioria destes usuários não estava cadastrada no programa de hipertensos e diabéticos e não possuíam registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação completa clínica e medicamentosa desses usuários. Informalmente alguns profissionais comentavam sobre este aspecto quanto enfrentava dificuldades com algum caso em particular.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de comparecerem as consultas, muitos frequentaram os encontros mensais para as atividades educativas.

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame odontológico e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Com a intervenção tínhamos intenção de melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos dando acesso à saúde de qualidade, porém percebemos que abrange um propósito muito maior com o decorrer do trabalho. Conseguimos cadastrar todos os usuários da área de abrangência e fazer com que se criasse uma rotina para consultas médicas periódicas com avaliação cardiovascular, odontológica e laboratorial. Incorporado ao cotidiano dos usuários as atividades de promoção e prevenção da saúde tendo participação da comunidade de maneira efetiva e satisfatória.

A Intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta

Atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliares de serviços gerais.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, mas é o trabalho dos ACS, que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões, mobilizaram os usuários para a participação nos encontros educativos previstos, participaram dos encontros e foram capacitados. A equipe de enfermagem formada pela enfermeira e a auxiliar foi fundamental para que conseguíssemos organizar os registros de maneira completa, assim como a realização da triagem de maneira organizada como itens exigidos na ficha de acompanhamento. Acompanhamento odontológico teve a contribuição do dentista da unidade, que auxiliava desde triagem até o acompanhamento individualizado.

A organização do serviço e a união da equipe foram fundamentais para que a gestão local pudesse auxiliar com material e agilidade nos exames laboratorial, esse respaldo foi muito importante para o acompanhamento dos usuários.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, as consultas para hipertensos e/diabéticos acompanhados na unidade de saúde eram ofertadas em apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários no programa. Com o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo também nos outros dias da semana, percebeu-se que o atendimento prestado ao hipertenso e/ou diabético ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários com mais calma melhorando os registros, dando atenção necessária a cada grupo e otimizando a atenção à demanda espontânea. A Intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

Todas as etapas da intervenção foram importantes para a melhoria do atendimento, a classificação de risco foi crucial para priorizar os usuários que

estavam enquadrados em risco alto, podendo atuar de forma mais efetiva individualizada, aqueles que estavam em baixo risco podendo atuar de maneira mais preventiva. Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos executadas durante os encontros de grupo, o atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares, estabeleceu um vínculo de atenção e cuidado da equipe para com o tratamento do usuário.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. As atividades educacionais promoveram um vínculo com a comunidade que se uniram em prol de mudança para melhorar o estilo de vida. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar para esta ação em sua rotina de trabalho, como parte do atendimento, além de treinamento específico proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

O impacto da intervenção vem sendo percebida aos poucos pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e com as atividades que vem sendo oferecidas. Já a comunidade tem demonstrado satisfação com as atividades de promoção e prevenção da saúde, estando engajados e incentivando seus familiares que fazem parte do programa a participarem. A população da área adscrita recebeu o projeto como algo positivo para a comunidade, que veio para melhorar o atendimento dos usuários, com o engajamento de todos tem conseguido desenvolver todas as atividades.

A intervenção poderia ter sido facilitada desde a análise situacional tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Acredito que a equipe demorou um pouco a compreender a importância da intervenção para a rotina do serviço, e o quanto iria melhorar na qualidade da atenção aos usuários e futuramente facilitar no acompanhamento deles. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios de priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar, por mais que levássemos em consideração a rotina da equipe, as vezes a rotina da comunidade não fosse compatível, principalmente aos dias que

realizávamos as atividades de promoção da saúde. Se tivéssemos tido o respaldo inicial com a comunidade teríamos maior números de usuários participando dessas ações.

Agora que estamos sistematizando os resultados, percebe-se que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, levaremos em consideração todas as dificuldades encontradas e após analisá-las teremos condição de supera-las.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço. Assim, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, realizando o acompanhamento periódico de maneira integrada. É necessário que haja capacitações contínua da equipe que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

Após os três meses da intervenção constataram-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram cumpridos, e que trouxeram melhoria da adesão aos cuidados com os usuários. Houve qualificação da atenção prestada pela Estratégia de Saúde da Família de Barro Preto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Portanto, este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da Saúde dos hipertensos e diabéticos” de autoria Dr^a Thamara Oliveira, funcionária da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Barro Preto que se situa no município de Santo Antônio/RN.

Após a análise situacional, ficou identificado que a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF de Barro Preto era um dos problemas enfrentados. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Barro Preto no município de Santo Antônio”. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Estas ações estão apresentadas no Quadro a seguir. A intervenção ocorreu entre os meses agosto a outubro de 2014.

Eixos	Ações desenvolvidas
Pedagógicos	
Monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA; • Acompanhamento dos indicadores de monitoramento e avaliação.
Engajamento público	Formação de grupo para educação em saúde; Realização de atividades educativas voltadas para promoção e prevenção da saúde, esclarecimento sobre hipertensão e diabetes e acompanhamento clínico e

	laboratorial.
Qualificação da prática clínica	Capacitação da equipe multidisciplinar da ESF de Barro Preto sobre abordagem e acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

Com o estudo podemos melhorar os registros dos usuários da Estratégia de Saúde da Família em 100%, sendo 127 hipertensos e 28 diabéticos, inicialmente preenchendo a ficha espelho com os dados de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, assim podemos criar uma rotina de acompanhamento e avaliação durante os meses que se sucederam. Esse registro a equipe pode acompanhar os usuários que estavam faltosos seja as consultas médicas ou até mesmo mais displicentes com o tratamento e assim realizar a busca ativa e acompanhamento mais individualizado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

No acompanhamento clínico realizávamos exame físico completo, avaliação cardiovascular, odontológica, solicitação de exames laboratorial de acordo com as necessidades e acompanhamento do tratamento medicamentoso nesses aspectos a intervenção conseguiu abranger 94,5% dos hipertensos e 96,4% diabéticos, associe esses valores a aspectos como demora na realização dos exames e a falta de engajamentos de alguns usuários. Os objetivos do trabalho foram atingidos na sua totalidade, melhorando o atendimento dos usuários da estratégia da família, capacitado a equipe para melhor atuação e atendimento da população.

O estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias, estabelecidas pela Estratégia Saúde da Família, auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde. Uma das demandas do ESF é o retorno da inclusão da família como participante do processo saúde-doença e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação.

A capacitação da equipe multidisciplinar desde como preencher os registros adequados, acolhimento dos usuários, atualização profissional, estudo dos protocolos que foram utilizados na intervenção e sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos foi voltada para toda a equipe, com

ênfase para os agentes comunitários de saúde e a equipe de enfermagem. Mostrou-se importante para a melhoria do processo de trabalho na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos profissionais no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos.

O trabalho em equipe é muito importante para assistência integral ao usuário e família. Quando todos os membros conhecem as necessidades das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento. A população reconhece o desempenho dos profissionais e a efetividade do trabalho, o que facilita a disseminação do Programa.

O papel da gestão local foi fortalecido no momento em que proporcional respaldo para a equipe trabalhar e implementar essas ações na rotina da unidade de saúde, assegurando materiais, insumos administrativos, garantindo que os exames laboratoriais foram autorizados e realizados em tempo ágil. Ressaltamos ainda a colaboração da equipe do NASF e os médicos especialistas do município, que sempre que necessitávamos encaminhar usuários tínhamos uma contra referência para assim podermos dar continuidade ao acompanhamento do usuário.

Na perspectiva de melhorar a adesão e a participação dos usuários, foram realizados encontros abordando temas de promoção, prevenção da saúde, temas referentes a hipertensão e diabetes. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e diabéticos acompanhados.

Assim, destaca-se no eixo Organização e Gestão do Serviço a efetivação do acompanhamento e registro dos hipertensos e/ou diabéticos através de um instrumento valido e reprodutível, pode ser incorporada na rotina do serviço. Com relação ao eixo Monitoramento e Avaliação, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que deve ser continuada e exigem comprometimento e dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário,

proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe. No eixo Engajamento Público, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

A Qualificação da Prática Clínica deve ser inserida na rotina da unidade a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da ESF de Barro Preto quanto de cada um dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada as demandas da população.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Este relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido um estudo de intervenção de autoria da médica Thamara Oliveira, funcionária da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Barro Preto, um dos distritos rurais do município de Santo Antônio/RN.

Segundo os dados coletados a ESF possui 1147 famílias cadastradas, 127 usuários hipertensos e 28 usuários diabéticos. Após a análise situacional da ESF de Barro Preto quanto à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e ao acompanhamento médico. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de Pesquisa e da ficha de acompanhamento clínico que seria utilizado para melhoria dos registros;

Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo, dos encontros com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais;

Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações como slides e cartazes; Monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário; Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados; Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas; Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação da intervenção;

Formação de grupo para educação em saúde; Realização de atividades educativas; Capacitação da equipe multidisciplinar da ESF de Barro Preto. Atendimento individualizado com avaliação clínica e laboratorial.

Com o resultado do teste aplicado inicialmente, observou-se que uma parte considerável de hipertensos e/ou diabéticos usuários e na tentativa de melhorar essa adesão, foram realizados encontros com usuários, familiares e a equipe de saúde, enfatizando a importância da melhoria do atendimento dos hipertensos e diabéticos. Nestes encontros foram colocadas em prática ações para a melhoria de adesão ao tratamento medicamentoso, acompanhamento clínico e o debate sobre hábitos de vida saudáveis. Nesses encontros ocorreu a apresentação sobre os temas através de aula teórica, ilustrativa, atividades lúdicas, exercícios físicos e incentivos a interação do grupo. Além disso, os encontros oportunizaram debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Os resultados da intervenção teve destaque no cadastramento dos hipertensos e diabéticos da estratégia de saúde da família, onde tivemos 100% das pessoas cadastradas e com seguimento clínico e laboratorial de maneira individualizada. No acompanhamento ao tratamento constatamos que 100% dos usuários utilizavam medicações da farmácia popular,

incentivando a adesão ao tratamento. Os usuários foram acompanhados quanto à saúde odontológica onde obtivemos 94,5% de acompanhamento dos hipertensos e 96,4% diabéticos. Com o trabalho podemos incluir a ficha de atendimentos dos hipertensos e diabéticos onde podemos avaliar o acompanhamento desses, já para os usuários faltosos às consultas foi realizado busca ativa de 100% desses incentivando para não abandonar o tratamento. Para atingir os resultados o apoio da comunidade foi fundamental, participando das ações promovidas e auxiliando a intervenção através do engajamento público.

Uma etapa fundamental da intervenção foi o trabalho de promoção da saúde com orientação desde alimentação, tabagismo, atividade física e higiene bucal abrangeu 94,5% hipertensos e 96,4% diabéticos, demonstrando que apesar da adesão da população nas atividades educativas não terem sido 100%, elas são importantes para o tratamento e engajamento desses usuários.

Após os três meses da intervenção constataram-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF de Barro Preto foram cumpridos, e que trouxeram melhoria da adesão ao tratamento. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela ESF aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Para que essa intervenção atinja suas metas o papel da comunidade é fundamental, participando da intervenção e auxiliando os usuários hipertensos e diabéticos. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com continuidade e aperfeiçoamento, participando das intervenções executadas pela ESF, auxiliando os pacientes hipertensos e diabéticos no seu cuidado com a saúde.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.

Ser selecionada neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família. As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e a minha orientadora, inicialmente Kelli Destri que me acompanhou nos primeiros passos pela especialização, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais interessada. Em seguida, ocorreu mudança de orientadora, passei a ser acompanhada por Elisiane Bisognin, veio para somar conhecimento, experiência e ensinamentos.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da ESF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores.

Com estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha família e da UFPel, consegui perseguir no curso e realizar minha intervenção.

Realizar a intervenção na ESF de Barro Preto foi uma tarefa desafiadora e que atualmente me proporciona muito orgulho. Inicialmente por estar assumindo uma estratégia de saúde da família como médica já seria um desafio, esse tomou uma proporção maior quando quis implementar a intervenção. A equipe não conhecia o funcionamento da especialização, então partir do princípio que se eles conhecem um pouco do projeto e de como iria repercutir positivamente no nosso trabalho futuro seria mais fácil, foi assim que foi feito. Reunir com a equipe e gestores expliquei todas as etapas, dando espaço para ouvir sugestões e opiniões.

Conquistando o apoio da equipe, parti para a população realizando reunião com incentivo ao engajamento público. Percebo que ganhei a confiança e empenho de todos, facilitando a organização e concretização da intervenção. Considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos a cerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da ESF de Barro Preto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF quanto a melhoria dos atendimentos, além da valorização profissional.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadrem nos programas e prioridades estabelecidas na ESF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se

enquadram nos programas e prioridades estabelecidas através das ações programáticas, possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento, é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessário para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários. Considero que ganho teórico e prático foi muito significativo e que irei levar como embasamento para minha vida.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.B; OLIVEIRA, E.A.F; SOUZA, E.E.C.M; PAULA, N.C.S; PEREIRA, E.R; MOREIRA, O.M; SIQUEIRA, L.P; MILAGRES, S.V; CARVALHO, A.A.H; MARIA, F.S; DAMASCENO, A.A.L. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Atenção Primária a Saúde, v. 14, n.3, p. 319-326, 2011.

ARAÚJO, E.C; VILLELA, W.V; RIBEIRO, S.A; CUGINOTTI, A.P; HAYANA, E.T; BRITO, F.C; RAMOS, L.R. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.25, n. 6, p.1316-1324, 2009.

BRAGA, E.R. Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia, saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus. 13f. Especialização em Programa Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba, Uberaba. 2006.

BRASIL. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde), 2008.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde: n36. Brasília, 2013, 160 p.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n37. Brasília, 2013, 128 p.

BRASIL. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2009.

BRASIL. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) 102p.

BRASIL. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Caderno de Atenção Básica, n14. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 56 p.

BRASIL. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 2. ed. Brasília, 2006. (Série F. Comunicação e Educação), 69 p.

DILÉLIO, A.S; TOMASI, E; FACCHINI, L.A; THUMÉ, E; PICCINI, R.X; OSORIO, A; SILVEIRA, D.S.S; SIQUEIRA, F.V; TEIXEIRA, V.A; MAIA, M.F.S. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares et al. (Org). Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=241150&search=rio-grande-do-norte|santo-antonio>>. Acesso em: 28 mar 2014.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E MEIO AMBIENTE. Coordenadoria de Estudos Socioeconômicos – CESE. Dados socioeconômicos 2001. Disponível em: <<http://www.idema.rn.gov.br>>. Acesso em 28 mar. 2014.


MARTINS, A. A. Estratégia de Implementação do Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular – SMA 2009, pela Equipe Azul do centro de saúde Marcelo Pontel Gomes. 2010. 32f. Monografia (Curso de Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.


OLIVEIRA, D. R. O idoso e o sistema de cuidados à saúde na doença renal. 34f. Monografia (Departamento de Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado:
hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010. 232p.

Anexo 1 Planilha

Anexo 1 Ficha espelho





Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo						
Data	Apresentação					
Hidroclorotiazida 25mg						
Captopril 25mg						
Propranolol 40 mg						
Enalapril 10 mg						
Atenolol 25 mg						
Metformina 500 mg						
Metformina 850 mg						
Glibendâmida 5mg						
Insulina NPH						

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCM						
CHCM						
Plaquetas						

Figura 28- Ficha espelho

	A	B	C	D	E	F	G
1	Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.						
2	Eixos						
3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
4	1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos	1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. <u>Numerador:</u> 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. <u>Denominador:</u> Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS. • Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. • Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. • Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
5		1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. <u>Numerador:</u> 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. <u>Denominador:</u> Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. • Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes. • Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.



CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

Figura 29- Ficha espelho

Anexo 3 - Parecer Comitê de Ética



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

OF: 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 4 - Modelo para autorização do uso da imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação no projeto **MELHORIA DA SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE DE SAÚDE BARRO PRETO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO-RN**, a seguir discriminado:

Projeto de ação para avaliar e contribuir na melhoria da saúde dos Hipertensos e Diabéticos da unidade de saúde de Barro Preto, no período de agosto a novembro de 2014. Tendo como autora a Dr^a Thamara Oliveira e a participação da equipe de saúde dessa unidade.

As imagens e a voz poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação áudio-visual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Fica autorizado a executar a edição e montagem das fotos e filmagens, conduzindo as reproduções que entender necessárias, bem como a produzir os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem e voz ou qualquer outro.

Santo Antônio – RN, _____ de _____ de 2014.