

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 04**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DA UNIDADE DE
SAÚDE DO GUARAPES, NATAL/RN**

DANIEL BARROS ROGÉRIO

Natal, 2014

Daniel Barros Rogério

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Melhoria da atenção à saúde dos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da Unidade de Saúde do Guarapes, Natal/RN

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

Orientador: Mauri Caldeira Reis

Natal

2014

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

R723m Rogério, Daniel Barros

Melhoria da atenção à saúde dos indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da Unidade de Saúde do Guarapes, Natal/RN / Daniel Barros Rogério; Mauri Caldeira Reis, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica
4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Reis, Mauri Caldeira, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãs, por servirem de alicerce necessário ao meu aprendizado.

Agradeço, de início, a Deus, por ser o Senhor de tudo, bem como a Luana pelo apoio incomensurável ao longo da preparação deste projeto. Sem ela, isso não se tornaria possível.

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	63
Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde...63	63
Figura 3 – Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.....	64
Figura 4 – Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.....	65
Figura 5 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	66
Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	67
Figura 7 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	68
Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	68
Figura 9 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	69
Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	70
Figura 11 – . Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	71
Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	72
Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. .73	73
Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.73	73
Figura 15 -. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.	74
Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.	75
Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	76

Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	76
Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.....	77
Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.	78
Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	79
Figura 22 – Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	79

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

DM - Diabetes Mellitus

EAC – Equipe de Agentes Comunitários

EACS - Equipes de Agente Comunitário de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS – Organização Mundial de Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Análise situacional	12
2. Análise estratégica – projeto de intervenção	35
2.1 Justificativa	35
2.2 Objetivos e metas	37
2.2.1 Objetivo geral	37
2.2.2 Objetivos específicos	38
2.3 Metodologia	39
2.3.2 Ações e detalhamento	40
2.3.2 Indicadores	51
2.3.3 Logística	55
2.3.4 Cronograma	58
3. Relatório da intervenção	58
4. Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	79
4.3 Relatório da intervenção para gestores	81
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	83
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	84
Bibliografia	87
Anexos	

RESUMO

ROGÉRIO, Daniel Barros. **Melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde do Guarapes do município de Natal, Rio Grande do Norte.** 2014. 92f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Já que HAS E DM estão intimamente relacionadas nada mais justo do que fazer um foco de intervenção que melhore a resolutividade nas duas patologias. A ação promovida teve por foco na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), visto o grande número de pacientes acometidos por essas patologias na Unidade Básica de Saúde do bairro Guarapes, localizado no município de Natal-RN. Tal projeto teve por objeto maior conscientizar, informar e orientar a população a cerca dessas duas enfermidades, uma vez que, a grande maioria dos usuários desconhece os verdadeiros perigos a que estão expostos pela falta de controle dessas doenças. Ao longo das semanas voltadas à intervenção, obtivemos uma média progressiva de participantes porém abaixo do previsto. Ao ser dada continuidade em tais ações, certamente um número mais expressivo de cadastros será realizado ao longo do ano corrente.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Diabetes mellitus. Hipertensão arterial. Intervenção.

APRESENTAÇÃO

O presente volume corresponde a um relatório acerca da situação real da unidade básica de saúde do bairro Guarapes, situado na zona oeste da capital do Estado do Rio Grande do Norte. Tal trabalho será dividido em capítulos nos quais será demonstrada a evolução pela qual passou a referida unidade de saúde ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção promovido por uma das equipes médicas que formam o posto de saúde em análise, da qual faço parte.

O projeto de intervenção descrito foi direcionado ao público portador de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), em especial aqueles pacientes com risco de desenvolvimento de outras enfermidades, como o acidente vascular encefálico, por exemplo.

Serão apresentados os números relacionados ao funcionamento do posto de saúde em comento, bem como as alterações verificadas após o início da intervenção programada. Ademais, buscar-se-á enfatizar as transformações pelas quais passou a atenção à saúde desse rol de pacientes naquela unidade e se tais modificações poderão continuar naquele contexto através de outras equipes de saúde que lá atuarão.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual, atualmente, venho exercendo minhas atividades laborativas, está localizada em um dos bairros mais populosos do município de Natal/RN, o bairro Guarapes, que apresenta uma população de mais de dez mil habitantes e está situada no limite entre a capital do Estado e uma cidade circunvizinha chamada Macaíba. O referido local apresenta características típicas de cidades de pequeno porte do interior do estado, contando, inclusive, com áreas de zona rural.

Recentemente, uma equipe da televisão (TV) local realizou uma reportagem sobre a situação atual do bairro e seus instrumentos sociais. Destacou-se, nessa oportunidade, que a comunidade possui apenas uma linha de ônibus, que presta o referido serviço público de maneira insatisfatória, acarretando uma série de prejuízos para os moradores da região, o que gera revolta nas pessoas que necessitam de tal serviço para desempenhar suas atividades rotineiras. A reportagem em questão evidenciou também que a localidade citada apresenta problemas em relação à segurança pública, possuindo elevados índices de criminalidade, além de ter ruas em péssimas condições de pavimentação ou, ainda, sem qualquer espécie de calçamento.

No que se refere à UBS, quanto à aparência da estrutura física, fica evidente que as obras de reforma e ampliação, iniciadas há mais de cinco anos, estão inacabadas, o que ocasiona alguns prejuízos no que diz respeito a um atendimento médico eficiente e de boa qualidade. No entanto, internamente, alguns espaços estão finalizados como, os consultórios médicos, a sala de vacinação e o setor administrativo.

A UBS ora tratada, há cinco anos, contava com setor de pronto atendimento, possuindo dois médicos em regime de plantão, realidade esta que não é mais verificada e que hoje é alvo de críticas e lamento por parte dos habitantes daquela

localidade, afinal, anteriormente, eram prestados serviços médicos de urgência, os quais não são mais vislumbrados, piorando, dessa forma, a condição de atendimento das pessoas da região.

Outro fato alarmante é a ausência da realização de atendimentos odontológicos há mais de quatro anos na unidade, em virtude da falta de manutenção no consultório do dentista. No momento, não são feitos os exames de citologia oncótica, o comumente conhecido e tão simples “exame preventivo”, devido ao fato de não terem sido fornecidas lâminas para a coleta. Somando-se a isso, estou até mesmo impossibilitado, atualmente, de prescrever medicações psicotrópicas, diante da falta de receituário do tipo B (azul), o qual não vem sendo fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Desde que cheguei a essa UBS, pude observar que todos os funcionários se mostram descontentes e desestimulados com o local de trabalho. Eles reclamam, especialmente, do fato de receberem baixas remunerações. As técnicas de enfermagem, por exemplo, se ausentaram do serviço, em duas oportunidades, em virtude da participação em reuniões de assembléia para planejamento de reivindicação de aumentos salariais.

Ademais, fiquei “assustado” diante da desorganização de todos os profissionais da UBS durante uma reunião geral ocorrida na minha primeira semana de trabalho, uma vez que ficou notório o interesse pessoal em detrimento da coletividade e, conseqüentemente, da melhoria do serviço prestado à comunidade.

A UBS possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo a minha composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; no momento, a equipe não possui dentista. A equipe me acolheu da melhor maneira possível. A comunidade se mostrou bastante receptiva com o “novo médico” (é assim que eles me chamam), tendo em vista que estou substituindo um médico bem mais experiente, com mais de quarenta e oito anos de formado, setenta e dois anos de idade e que estava atuando nessa comunidade há mais de sete anos. Ele é muito querido por todos do bairro, inclusive, por aqueles que não fazem parte da área de abrangência da equipe.

Finalmente, importa destacar que a população é composta, em sua maioria, por pessoas de baixa renda e, até o presente momento, sempre fui muito bem tratado por todos. Todavia, confesso que ainda tenho certo receio em relação ao desempenho das minhas atividades, porquanto o bairro Guarapes é um dos que apresentam os maiores índices de criminalidade e violência do município, mas, não obstante tal realidade, procurarei realizar um serviço de qualidade, primando, constantemente, pela melhoria das condições de vida das pessoas que necessitam de cuidados médicos.

1.2 Relatorio da Analise Situacional

A UBS possui três equipes de ESF, sendo a minha composta por mim, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; no momento, está em falta o dentista. Todas as três equipes são incompletas em termos quantitativos, notando-se a falta de agentes comunitários de saúde e de profissionais odontólogos. Dessa forma a atuação das equipes com o intuito de realizar cobertura de toda a população depende do trabalho coletivo e também do esforço individual de cada um que aceitou abarcar um maior numero de famílias. A minha equipe me acolheu da melhor maneira possível, já me forneceram almoço, vez que como a UBS fica distante de minha residência fico na própria unidade durante meu horário de almoço. Na última reunião semanal de equipe, me ofereceram um lanche, como forma de agradecimento pela atenção que estou prestando a todos da minha equipe, aos demais funcionários da UBS e, claro, à população.

Insta salientar, que a UBS do Guarapes está situada no município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte. O centro populacional em questão possui, aproximadamente, 803.811 habitantes, com uma densidade populacional de 4.734,07 hab/km.

No que tange o sistema de saúde do referido município, interessa afirmar que a rede de Atenção Básica é formada por 55 serviços de saúde, destes, 37 são

Unidades de Saúde da Família (USF) e 18 são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas em equipes multiprofissionais.

Percebe-se que a expansão da Equipe da Saúde da Família (ESF) não aconteceu conforme o pactuado no Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2006-2009, que almejava cobrir 77% da população. Nota-se que, dentre outras questões, a maior dificuldade para a expansão e consolidação da ESF se refere à contratação de médicos para integrar as equipes. Tais profissionais da saúde sustentam como dificuldades de adesão: o processo de trabalho desgastante, a remuneração abaixo do valor do mercado e a carga horária que impede muitas vezes a conciliação com outras atividades.

As USF, por seu turno, estão organizadas para comportar 116 equipes da ESF, o que cobriria 50,7% da população (estimativa 2009), contudo, diante da falta de profissionais, tal cobertura encontra-se na competência de dezembro de 2010 em 30,81% da população. Recentemente, há 113 equipes, distribuídas nas seguintes modalidades: 16 ESF; 54 ESF com Saúde Bucal; 34 Equipes de Agentes Comunitários (EAC) + Equipe de Saúde Bucal (ESB); 09 Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS).

Com o intuito de elevar o escopo das ações da ESF, foram credenciados em abril de 2010, pelo Ministério da Saúde, 12 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF. Esses núcleos constituem-se em um arranjo organizacional que busca garantir suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Assim, os NASF não se constituirão como porta de entrada do sistema e atuarão de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da ESF. Em novembro de 2010, foram credenciadas 03 equipes do NASF.

No campo odontológico, a Secretaria Municipal de Saúde, entendendo que a Política de Saúde tem que estar em sintonia com os demais componentes de uma infraestrutura social, proporciona uma atenção odontológica comprometida com a prevenção, promoção e assistência.

A atenção secundária foi implementada a partir dos pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente - ampliando e qualificando a atenção especializada, com a implantação no ano de 2005 de 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com um aumento significativo no número de procedimentos de média complexidade passando de 37.854 mil em 2004, 79.337 em 2005, 70.512 em 2007, 73.875 em 2008 e 51.914 em 2009, respectivamente. Cabe aduzir que a diminuição observada em 2009 deveu-se a problemas de infraestrutura física e apoio logístico (manutenção, insumos). O município conta ainda com um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

No que se refere à disponibilidade de atenção especializada, interessante notar que a atenção especializada abarca a assistência de média e de alta complexidade, em caráter ambulatorial e hospitalar. Demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

A média complexidade ambulatorial abrange a grande parte dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Detém caráter complementar e suplementar as ações desenvolvidas pela Atenção Básica. Já a alta complexidade ambulatorial ainda se encontra na sua maioria sob gestão estadual, o que provoca um duplo comando, bem como dificuldades na atenção integral à saúde.

Sobre a rede hospitalar do SUS no município, é de se frisar que esta conta com 35 unidades hospitalares, sendo a maioria do setor privado, cujo percentual no ano de 2009 foi de 57,1%. As unidades estaduais constituem 20% do total de estabelecimentos hospitalares e as unidades próprias municipais, 14,3%. A esfera federal, por sua vez, conta com 8,6% da rede hospitalar.

Essas unidades hospitalares possuíam um total de 3.039 leitos de internação com uma média de 3,8 leitos por mil habitantes. Entrementes, contando tão somente com os 2.252 leitos conveniados ao SUS, essa média vai para 2,8.

A maior parte dos leitos da rede SUS é estadual e corresponde a 40,3%. Em seguida estão os privados, cujo percentual é de 39,4% e, em terceiro, aparece os da esfera federal, com percentual de 15,9%. Os leitos das unidades hospitalares municipais não chegam a 05% do total de leitos.

Importante notar que no período 2005 a 2009 houve uma diminuição de 140 leitos da esfera estadual e 297 da rede privada. Por outro lado, ocorreu um aumento de 79 leitos federais e 40 municipais.

No que diz respeito à assistência laboratorial, cumpre asseverar que esta se refere ao conjunto de ações que busca planejar, executar, controlar, agir e atuar corretivamente nas etapas de trabalho dos laboratórios e postos de coleta. Na fase pré-analítica é realizado exame clínico, pedido de exame, preparo do paciente e obtenção da amostra. Na fase analítica é feito o procedimento de medição e na fase pós-analítica é emitido resultado e encaminhado para avaliação médica de resultado.

Os pronto-atendimentos, maternidades e o hospital municipal possuem laboratório próprio para os usuários em atendimento na unidade, sendo os exames realizados pelos próprios servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Além desses laboratórios, a SMS contratou emergencialmente, uma prestadora de serviço para suprir a necessidade de exames da população atendida nas unidades de referência. Este contrato teve vigência até maio de 2011. Paralelamente, a SMS estará nomeando uma comissão de farmacêuticos bioquímicos para elaborar as especificações do edital do processo licitatório para a aquisição de aparelhos e insumos para a rede laboratorial.

Com a contratação da empresa citada, a SMS passou a oferecer exames que outrora não eram realizados devido à ausência de equipamento, insumos e estrutura física. Entre eles estão: exames microbiológicos, marcadores tumorais e imunológicos, dosagens de urina de 24 horas e até exames mais complexos, como o da biologia molecular e imunogenética.

Existem 159 profissionais farmacêuticos na rede de serviços da SMS. Destes, 47 foram cedidos pela SESAP (Secretaria de Estado da Saúde Pública) e estão solicitando a devolução para sua instituição de origem. Isso implica afirmar que a SMS disporá de apenas 112 profissionais para serem distribuídos entre as farmácias e laboratórios da rede.

Foi identificada ainda nas unidades laboratoriais a carência de técnicos de laboratório, digitadores de laudos, recepcionistas e farmacêuticos bioquímicos.

Além destes exames promovidos na rede própria, a SMS realiza outros tipos de exames laboratoriais complementares, tais como onco-hematologia, citologia oncológica e anatomia patológica na rede conveniada com o SUS, totalizando um quantitativo de 23 laboratórios credenciados.

No que tange à UBS objeto de análise deste projeto, vale ponderar que ela está localizada em um dos bairros da zona oeste do município de Natal/RN, chamado de Guarapes, o qual conta com uma população, aproximadamente, de mais de 10 mil habitantes, sendo que aproximadamente 07 mil usuários estão cadastrados na unidade. Por estar situado distante da zona urbana da cidade, contando inclusive com áreas de zona rural, este bairro acaba ganhando contornos de cidade do interior do estado. Não obstante isso, por se encontrar nos limites do município supracitado (limitando-se também com o município de Macaíba/RN), a unidade de saúde do Guarapes é considerada urbana, possuindo vínculo direto com o Sistema Único de Saúde da cidade.

Interessante afirmar também que a UBS em questão não apresenta qualquer espécie de vínculo com instituições de ensino da cidade, mormente com a Universidade Federal, adotando ainda o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A unidade ora citada comporta 03 equipes de saúde, cada uma delas formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde e 01 dentista.

Quanto à aparência da estrutura física da UBS, fica evidente que as obras de reforma e ampliação, iniciadas há mais de 05 anos, estão inacabadas, o que ocasiona alguns prejuízos no que diz respeito a um atendimento médico eficiente e de boa qualidade. No entanto, internamente, alguns espaços estão finalizados, como, por exemplo, os consultórios médicos, a sala de vacinação e o setor administrativo, o qual, inclusive, vem passando por alterações recentemente no tocante ao aspecto pessoal.

Ademais, é assustadora a desorganização de todos durante uma das reuniões gerais ocorrida há algum tempo, uma vez que ficou notório o interesse pessoal em detrimento da coletividade e, conseqüentemente, da melhoria do serviço prestado à comunidade.

Diante disso, acredita-se que a situação ora relatada, a qual prejudica o regular funcionamento da UBS, poderá começar a ser modificada se o poder público equipar de maneira eficaz o referido posto de saúde, ofertando, assim, melhores condições de trabalho aos funcionários lá atuantes, bem como atualizando os salários destes profissionais, os quais se encontram há algum tempo defasados.

Pode-se ainda afirmar que há uma série de problemas que precisam ser solucionados a fim de que haja uma convivência harmoniosa entre a população e os membros que compõem a equipe de trabalho do posto de saúde.

Isso porque nota-se que alguns pacientes reclamam da forma como são atendidos por alguns funcionários do posto, chegando a requerer, por exemplo, que seus exames sejam realizados em outra localidade, próxima a aquele bairro. Destarte, no referido posto de saúde é muito comum essa troca de reclamações entre funcionários e pacientes.

Além disso, verifica-se ainda que não há um engajamento por parte da comunidade de participar ativamente das ações desenvolvidas pela equipe atuante no posto. Os funcionários estão sempre pensando e realizando reuniões a fim de trazer ideias novas que possibilitem uma maior interação do público para com os serviços de saúde prestados na localidade, porém a população não se interessa

tanto por essas atividades e acabam não comparecendo às reuniões, nem contribuindo com ideias que venham beneficiar o serviço oferecido pelo posto de saúde.

Ora, tal situação vivenciada apenas contribui para manter os problemas vislumbrados na localidade, especialmente as deficiências vistas na UBS. A título de ilustração, pode-se dizer que, se a maioria da população comparecesse às ações que são desenvolvidas pela equipe em escolas e centros comunitários acerca da educação sexual, diminuiria consideravelmente o número de adolescentes grávidas que procuram o posto ou até mesmo aquelas que já possuem filhos e que se encontram na segunda gestação.

O ideal seria incentivar os jovens a estudar, a buscar uma capacitação e melhorar, por conseguinte, a situação de vida deles e de suas famílias, e não a terem filhos muito cedo e repetirem a história de vida dos seus genitores, o que só colabora para manter as péssimas condições sociais verificadas atualmente no bairro onde se situa o posto de saúde ora versado.

Nesse sentido, a falta de interesse da população contribui para aumentar a demanda de atendimento na UBS, uma vez que as pessoas ignoram as práticas preventivas incentivadas pela equipe e procuram várias vezes o posto por doenças que poderiam ser evitadas, caso fossem observadas as regras de prevenção. Assim sendo, o serviço fica prejudicado e acaba sendo realizado de forma ineficaz e desqualificada, transformando-se em prejuízo para os próprios usuários.

Percebe-se ainda que a demanda reprimida existente no posto faz com que a equipe médica não dispense a atenção devida a cada paciente quando das consultas, haja vista que por existirem várias pessoas a ser atendidas durante um único dia de trabalho, o atendimento deve ser o mais célere possível, o que prejudica, inclusive, a questão ligada à orientação e à prevenção de doenças, afetando negativamente a qualidade das consultas.

Enfim, pode-se aduzir que o serviço de saúde, além de outros serviços, deve estar totalmente interligado com diversas ações desenvolvidas por todos os sujeitos

atuantes na região, quais sejam: profissionais da saúde, funcionários do posto de saúde, membros da população, centros comunitários, grupos sociais, etc., pois o trabalho de um depende do outro e só com essa interação é que o serviço pode se qualificar, melhorando as condições de vida do público pertencente àquela comunidade.

Vale destacar ainda que, apesar das dificuldades descritas, as equipes de saúde atuantes no posto em questão conseguem realizar cerca de 16 atendimentos diários, o que corresponde a uma média boa diante das péssimas condições de trabalho, frisando sempre que possível, no decorrer das atribuições realizadas, a questão da prevenção de doenças, ou seja, a orientação em relação a aspectos da saúde da população.

Em relação aos problemas listados acima, verificados na UBS do Guarapes, percebe-se que tal realidade poderia ser alterada, caso fossem promovidas campanhas e ações mais eficazes no sentido de orientação da comunidade acerca da prevenção de doenças, que contassem com a participação da grande parte da população local, além dos funcionários e equipes médicas do posto de saúde.

Contudo, para que haja um maior engajamento popular nas referidas campanhas é preciso contar com o incentivo do governo. Senão vejamos: as famílias que participassem das reuniões e contribuíssem com ideias aptas a melhorar o serviço ganhariam algum benefício assistencial ou até mesmo descontos nas contas de água e luz, por exemplo. Já os grupos sociais que também ajudassem poderiam ter mais apoio financeiro. Já a equipe de saúde que promovesse ideias interessantes, que realmente mostrassem resultados práticos, poderia ganhar algum acréscimo salarial.

Assim sendo, o ideal seria uma conscientização de todos no sentido de melhorar as condições existentes, pois só dessa forma os resultados práticos poderiam ser vistos, o que traria benefícios para toda a coletividade.

Interessa ressaltar ainda que o bairro Guarapes foi criado, por intermédio da Lei nº 4.328, de 05 de setembro de 1994, para abarcar famílias de baixa renda de

determinadas favelas da cidade que foram deslocadas pela Prefeitura Municipal em meados de 1988. Todavia, outras pessoas, vindas de partes carentes diversas da capital, também buscaram abrigo na referida região.

A localidade é marcada por vários problemas socioeconômicos e ambientais, os quais repercutem nas condições de sobrevivência de seus moradores. A média de pessoas por domicílios particulares permanentes é de 4,30, maior, portanto, que a da região administrativa oeste da cidade (4,12).

Verifica-se na região, no tocante ao perfil demográfico, um número maior de mulheres que homens, mas não se trata de uma diferença alarmante, além de uma grande concentração de idosos e crianças, demonstrando o desenvolvimento desorganizado da comunidade local.

Diante da realidade ora descrita, nota-se que a população da área é considerada relativamente grande, incapaz de ser satisfatoriamente atendida pelas equipes que compõem a UBS local, apesar do esforço constante dos funcionários em desempenhar bem suas atividades rotineiras.

O ideal, porém, seria o poder público viabilizar a ida de mais profissionais da saúde para a região, a fim de especializar mais as atividades e de prestar um serviço público de saúde de maior qualidade para a comunidade. Além do mais, seria interessante a construção de mais outra unidade de saúde, diante das elevadas dimensões territoriais do bairro, vez que, muitas vezes, determinadas áreas mais afastadas do posto de saúde ficam praticamente sem cobertura do serviço de saúde, por estarem justamente distantes da UBS, dificultando o acesso tanto dos profissionais quanto dos cidadãos, ocasionando um prejuízo, principalmente, na questão da orientação e prevenção de doenças.

No que se refere à atenção à demanda espontânea, verifica-se que diariamente várias pessoas procuram atendimento na UBS do bairro Guarapes. Assim, são realizados por dia em torno de 16 atendimentos e 04 em caráter de urgência, de acordo com o já afirmado em oportunidade anterior.

Trata-se, na verdade, de uma alta demanda, necessitando de um considerável esforço por parte dos funcionários da referida unidade básica de saúde. O ponto positivo dessa realidade a ser destacado diz respeito justamente ao engajamento dos profissionais da saúde que sempre estão dispostos a superar as dificuldades, que são muitas e de variados tipos, e realizar da melhor forma possível as suas atribuições, fazendo uso, inclusive, de objetos pessoais a fim de prestar um serviço eficaz aos moradores locais. Exemplo disso é o fato de, muitas vezes, o médico ter que fazer uso de seu veículo particular para realizar as visitas domiciliares nas áreas mais afastadas do posto de saúde.

As grandes dificuldades relacionadas ao atendimento das pessoas estão ligadas às péssimas condições na estrutura física do prédio, além da constante falta de materiais necessários aos exames e consultas. Acontece ainda de algumas pessoas não serem atendidas devido ao excesso de consultas já marcadas para aquela data.

Tal situação poderia ser modificada, por exemplo, se a população recebesse mais educação e orientação na questão da prevenção de doenças, diminuindo o fluxo de pessoas que procuram o posto, fazendo com que os profissionais se preocupassem mais com os casos mais graves e críticos. Ademais, o ente estatal deveria se preocupar em equipar a unidade dos insumos necessários ao bom atendimento da população.

Em relação à saúde das crianças, pode-se asseverar que a cobertura realizada pelos profissionais atuantes na referida UBS aos pacientes que se encaixam nessa faixa etária é bastante satisfatória, se forem consideradas as péssimas condições pelas quais passa a saúde pública no país.

Isso porque foi verificada na região uma cobertura de 82% (oitenta e dois por cento) das crianças menores de um ano que habitam a área e que são acompanhadas pelo posto de saúde. Trata-se, portanto, de um número expressivo e demonstra que a atuação nesse setor é bastante satisfatória.

Porém, apesar de ser uma boa porcentagem, é necessário aprimorar cada vez mais o serviço a fim de melhorar sempre o atendimento ao público dessa faixa etária, afinal é desde cedo que se implanta a consciência nas pessoas de que é importante realizar um acompanhamento médico frequente, porquanto, desse modo, várias doenças podem ser evitadas, o que é de suma importância numa área periférica.

No geral, os números obtidos no que diz respeito à Saúde da Criança na UBS do bairro Guarapes foram muito satisfatórios e animadores, demonstrando que, pelo menos, no que tange à prestação do serviço médico às crianças que se encaixam na faixa etária em questão, tal grupo da população está bem atendido, tendo à disposição um atendimento médico de boa qualidade. Isso se justifica, por exemplo, pelo fato de a equipe médica se preocupar bastante com o público dessa faixa etária, buscando sempre alertar as mães sobre a importância de levar seus filhos regularmente ao médico e de realizar todos os procedimentos adequados de modo a evitar certas doenças comuns na infância.

Além do mais, um grande número de crianças abrangidas pela área de cobertura da unidade básica de saúde passam por acompanhamento pelos profissionais que atuam na referida região, afirmando, assim, a eficiência do programa de Saúde da Criança naquela localidade.

Ocorre, no entanto, que apesar dos bons índices, alguns pontos acerca deste serviço necessitam de atenção, até como forma de aprimoramento das atividades desenvolvidas para esse público.

Nesse sentido, percebe-se que algumas mães ainda ignoram algumas orientações repassadas pela equipe médica e decidem realizar condutas contrárias às que são adequadas às crianças. Ademais, há ainda mães que, por serem bastante zelosas com os filhos, acabam indo ao posto de saúde com uma frequência bem maior do que a realmente necessária, o que acaba superlotando o atendimento da unidade de saúde, afetando a qualidade das consultas realizadas durante o dia, fazendo ainda com que os médicos deixem de conferir uma maior atenção aos casos mais urgentes e importantes.

Não obstante já ser realizado um programa de orientação eficiente por parte dos profissionais que trabalham no posto do Guarapes, impende ressaltar que é importante haver sempre um incentivo entre os membros da equipe de funcionários quando das reuniões periódicas que são realizadas a fim de aprimoramento do serviço, com o intuito de constantemente buscar trazer um número cada vez maior de crianças para o posto, procurando abarcar todo o público dessa faixa etária existente na região. Assim, as crianças estarão cada vez mais protegidas e livres de determinadas doenças que são comuns nessa idade, o que contribui para os índices de qualidade de vida daquela localidade.

No que tange ao pré-natal, pode-se observar que a cobertura de pré-natal pode ser considerada satisfatória, uma vez que se chegou à porcentagem de 62% (sessenta e dois por cento), conforme retratado no Caderno das Ações Programáticas.

Porém, obviamente, esse índice está muito abaixo do esperado e, por isso, necessitam ser promovidas mudanças no comportamento dos profissionais que formam a equipe médica atuante na UBS, a fim de a cobertura às mulheres grávidas da região melhore significativamente. Assim sendo, o ideal seria manter este número entre 90% (noventa por cento) e 100% (cem por cento), pois somente desse modo as grávidas estariam sendo bem amparadas pelos serviços médicos prestados na localidade.

Nesse sentido, apesar do índice alcançado não ser excelente, deve-se elogiar as condutas adotadas pelos profissionais atuantes na UBS do Guarapes, afinal estes estão sempre preocupados em orientar as mulheres grávidas quanto aos procedimentos e cuidados a serem tomados durante a gestação, dentre diversas outras atividades relacionadas a este público.

Com o preenchimento do Caderno das Ações Programáticas, notou-se que nem todas as mulheres grávidas existentes na área de cobertura da UBS do bairro Guarapes estão com as vacinas necessárias atualizadas, o que prejudica de maneira substancial a evolução da gestação, podendo acarretar, inclusive, enfermidades mais sérias futuramente à criança e à mãe.

Nesse sentido, ganha relevância primordial a questão da orientação a ser promovida por todos que trabalham no posto de saúde supracitado. Isso porque se faz necessário que sejam criadas campanhas que incentivem a vacinação especialmente de mulheres em idade fértil. O ideal seriam formar parcerias com o conselho comunitário atuante no bairro bem como com as escolas da região, a fim de realizar reuniões com o intuito de orientar o maior número possível de mulheres do bairro.

Ademais, os próprios funcionários do posto, quando das visitas domiciliares realizadas periodicamente nas casas da comunidade, além dos atendimentos diários existentes na UBS, deveriam reforçar ainda mais a importância de se estar em dia com a carteira de vacinação. Certamente, adotando-se as medidas outrora referidas, as mulheres se conscientizariam mais acerca da relevância das vacinas, mormente quando se está em idade fértil, o que beneficiaria indubitavelmente a saúde das mulheres e protegeria, futuramente, os filhos que estas virão a ter.

Finalmente, sobre esse tema, pode-se concluir aduzindo que o mais importante para se obter um serviço médico de qualidade e eficaz numa dada região é ter como marco inicial a orientação à população. Tomando-se medidas básicas, mas que cumpram o fim de levar informação às pessoas, várias doenças poderão ser evitadas, o que contribui para que os profissionais se preocupem apenas com os casos mais graves, desafogando assim os postos de saúde, que no Brasil estão sempre lotados, causando sérias e prejudiciais consequências para as pessoas que necessitam deste serviço.

Acerca dos cuidados com o câncer de colo, compulsando os valores obtidos através do preenchimento do Caderno das Ações Programáticas, observa-se que a cobertura referente à prevenção do câncer de colo, na área de cobertura da unidade de saúde do Guarapes, pode ser tida como regular ou insatisfatória. Isso se justifica pelo fato de que constantemente falta material necessário para a realização de preventivos nas mulheres, exame este que é capaz de detectar a doença com precisão, dificultando, assim, o controle desta enfermidade naquela região.

Vale asseverar que o único indicador que possui um valor mais elevado diz respeito à prevenção do câncer do colo do útero. Porém, apesar da boa média obtida (cerca de 84% das mulheres recebem orientação sobre a doença e medidas de prevenção), deve-se sempre melhorar a questão das medidas preventivas de modo a evitar a ocorrência da enfermidade em análise. Porém, o ponto que necessita de maiores melhorias se refere ao material necessário para a realização de exames importantes na descoberta de tal doença. Isso porque há anos, naquela unidade básica, faltam utensílios relevantes para esses exames, entre eles o álcool, necessário para armazenar a lâmina de coleta após o exame preventivo.

Assim sendo, é necessário, urgentemente, que o Estado invista nessa área e trate de manter o estoque dos materiais necessários, o que contribuiria bastante com o controle dessa espécie de câncer naquela localidade.

A principal estratégia a ser utilizada na UBS do bairro Guarapes de modo a não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, indubitavelmente, é a focar na parte de orientação. Nesse sentido, é importante que os profissionais atuantes na referida unidade de saúde estejam bem informados acerca das principais medidas a serem adotadas e que procurem repassar tais informações da maneira mais clara possível.

É necessário ainda a adoção e promoção de eventos capazes de reunir o maior número de mulheres possível de modo a levar essas informações a esse grupo de pessoas. Nesse ponto, seria interessante que o posto de saúde, através de sua parte administrativa, tentasse formar parcerias com comerciantes e grupos atuantes na região de modo a atrair mais mulheres, chamando a atenção destas para esse assunto, especialmente daquelas com a doença no histórico familiar e daquelas que os exames já acusaram uma possível alteração.

Sobre o câncer de mama, pode-se asseverar que os indicadores relativos à qualidade do controle do câncer de mama avaliados no posto de saúde do Guarapes ainda estão baixos, mostrando que a cobertura deve ser reforçada na área de modo a elevar a qualidade de vida das pessoas residentes naquele bairro. Os dados relevam, por exemplo, que um número ainda insatisfatório de mulheres está com o

exame da mamografia em dia, o que é um grande risco no que tange ao avanço da doença.

Inicialmente, percebe-se que o ponto que mais precisa de melhoras diz respeito à questão da organização dos dados coletados, uma vez que esta se apresenta bastante debilitada. Isso se deve, especialmente, à troca de componentes da parte administrativa realizada há pouco tempo. A administração da unidade deve, de início, se preocupar em organizar corretamente os dados, dando prioridade às pessoas que apresentaram exames com alguma alteração nos últimos anos ou que apresentam alguma enfermidade em seu histórico familiar.

Realizada essa primeira parte relativa ao correto armazenamento de dados, é importante que a equipe separe os pacientes em grupos, dando uma atenção maior aos que apresentam algum risco de desenvolver o câncer de mama.

Feita essa separação, a equipe médica deve sempre procurar ligar para esses pacientes, de forma a controlar a realização de exames, uma vez que é muito comum encontrar mulheres, por exemplo, no Guarapes que simplesmente esquecem de realizar a mamografia. Ademais, deve-se também dar certa prioridade a esses pacientes quando das visitas domiciliares.

Tomando-se esses cuidados, aliados à questão da orientação, certamente os índices relacionados à cobertura do controle do câncer de mama na região tendem a sofrer melhoras, beneficiando a população carente daquela região.

As estratégias a serem utilizadas na UBS têm por pilastra fundamental a questão da prevenção. O ideal seria encaixar as mulheres que estão com os exames atrasados, ou até mesmo aquelas que apresentaram alguma irregularidade no último exame realizado, nas visitas domiciliares promovidas frequentemente e, no decorrer da visita, orientá-las acerca da importância de se estar em dia com os exames adequados, de modo a se evitar a manifestação da doença, possibilitando uma cura mais rápida.

Além do mais, conforme já manifestado, seria interessante ainda firmar parcerias com diversos setores da sociedade local de modo a realizar campanhas e

atrair o maior número possível de mulheres, levando, assim, uma orientação mais efetiva a um maior número de pessoas.

Finalmente, cumpre destacar que o governo também não pode se manter omissivo e deve buscar investir nas condições de trabalho verificadas na unidade básica de saúde do bairro Guarapes. Deve ainda fornecer o material necessário na realização dos exames adequados, uma vez que atualmente faltam vários utensílios indispensáveis na realização de exames, o que muito prejudica as condições do serviço médico prestado na localidade.

Observando-se o Caderno de Ações Programáticas, nota-se que a cobertura de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) no Guarapes pode ser considerada insatisfatória ou irregular, necessitando de medidas aptas a alterar os indicadores atualmente apresentados.

Ora, foi obtida uma cobertura de 28% (vinte e oito por cento) no que tange à HAS na região, o que corresponde a uma média bastante irrisória. Disso extrai-se a ideia de que a hipertensão pode ser tida como uma epidemia que atinge a diversas camadas da sociedade, independentemente de classe social, necessitando, assim, de uma maior atenção tanto por parte do governo como dos profissionais atuantes na área da saúde, conforme é atestado pelos dados fornecidos pelo Caderno das Ações Programáticas - Hipertensão.

Tomando-se por norte os dados obtidos com o preenchimento do questionário relacionado à cobertura da HAS, pode-se assegurar que a equipe de profissionais atuantes na unidade de saúde básica do Guarapes deve focar ainda mais na questão da orientação à população, especialmente àquelas pessoas mais humildes, que não obtiveram uma boa qualidade de educação.

Normalmente, os profissionais já orientam em relação à importância da boa alimentação e da necessidade da prática de exercícios físicos. Ocorre que a maioria dos pacientes afirma que não dispõe de recursos financeiros para adquirir produtos mais saudáveis e que diante da correria da rotina diária não conseguem encaixar a prática de atividades físicas em seu dia-a-dia.

Nesse sentido, seria relevante promover encontros ou campanhas, inclusive com a participação de profissionais da área da nutrição e da educação física, a fim de incentivar a população à reforma de seus hábitos alimentares, além da inclusão dos exercícios físicos em suas rotinas, demonstrando, com isso, que é possível manter uma alimentação saudável sem gastar muito dinheiro, bem como praticar atividade física sem perder muito tempo.

Vale destacar que a cobertura de diabetes mellitus na localidade já citada pode ser tida como satisfatória, mas necessitando ainda de reparos e incentivos. A média obtida para esta cobertura foi de 61% (sessenta e um por cento), o que não corresponde a uma média ruim, mas também não pode ser tida como excelente, significando, assim, que os profissionais da saúde devem focar na prevenção.

Conforme mencionado acima, os indicadores relacionados à qualidade da atenção à diabetes mellitus apresentaram baixos valores, refletindo, com isso, a urgência necessária quanto à adoção de medidas aptas a modificar tais índices.

O ponto principal e que merece sempre ser frisado diz respeito à questão da prevenção e orientação por parte dos profissionais da área da saúde atuantes na localidade.

Um ponto que apresentou um índice insignificante foi o relacionado à orientação quanto à prática de atividade física. Observa-se que alguns profissionais deixam de repassar a importância do exercício físico. Isso porque a grande parte dos pacientes alega que não tem tempo para se dedicar a uma atividade física ou até mesmo à prática de determinado esporte, tornando muitas vezes as orientações inúteis.

Daí nasce a importância de se promover campanhas que incentivem o exercício físico na localidade, seja trazendo profissionais e esportistas que possam auxiliar e incentivar nas atividades, seja promovendo torneios que contem com premiações diversas a fim de atrair um público cada vez maior.

Nesse ponto, também cresce a importância do papel desempenhado pelo Poder Público, haja vista que o Estado também deve criar condições necessárias à

prática do exercício físico, notadamente através da construção de pistas de corrida ou caminhada, praças com equipamentos próprios de academia, quadras poliesportivas, entre outros. Tudo isso serviria de incentivo capaz de atrair mais pessoas para a prática da atividade física, contribuindo, nesse sentido, para a prevenção e tratamento de diversas doenças, entre elas o diabetes.

A cobertura de saúde do idoso na localidade é considerada excelente (cerca de 100%), porquanto a quase totalidade da comunidade idosa da região é atendida e acompanhada pela unidade de saúde em questão.

Todavia, de acordo com as análises obtidas no Caderno das Ações Programáticas, pode-se aduzir que os indicadores da qualidade da atenção à Saúde do Idoso avaliados podem ser tidos como insatisfatórios ou irregulares, uma vez que a grande maioria deles ficou abaixo do esperado. Isso porque, por mais que a totalidade dos idosos da região esteja atendida pelas equipes de saúde atuantes, algumas pessoas desse grupo etário negligenciam determinados pontos relacionados à cobertura, não realizando o acompanhamento como deveriam, pois, por exemplo, esquecem de retornar ao médico na época adequada.

Ademais, cumpre afirmar que os pontos que demonstraram estar mais prejudicados são aqueles relacionados à orientação quanto à boa alimentação, bem como à prática regular de exercícios físicos, restando evidenciado, portanto, que a equipe de trabalho da UBS deve focar especialmente nessas questões quando dos atendimentos, mormente quando das visitas domiciliares.

Conforme já sinalizado acima, os pontos que mostraram estar mais prejudicados em relação à saúde do idoso na UBS do Guarapes dizem respeito à saúde bucal dos idosos da área, bem como às condições de alimentação e prática de exercícios físicos pelas pessoas dessa faixa etária.

Nesse desiderato, observa-se que a grande maioria dos idosos residentes naquela região pode ser considerada sedentária, pelo menos é o que é observado durante as visitas domiciliares às casas da localidade. Apesar da orientação ofertada pela equipe médica, os idosos deixam de praticar atividades físicas. Isso ainda é

agravado pelo fato de a região ora citada ser considerada bastante pobre, onde as condições de infraestrutura são muito prejudicadas, não contando, assim, com praças equipadas com aparelhos de ginástica nem quadras poliesportivas, dificultando, destarte, a prática regular de exercícios físicos notadamente pela população mais idosa.

Sendo assim, nota-se que a realidade ora vivenciada poderia vir a ser alterada se o poder público se voltasse para a região e começasse a investir mais nesses setores. A construção de uma praça com pista para caminhadas e com aparelhos para a prática de exercícios físicos já seria um grande passo e auxiliaria nas atividades da equipe médica. Não adianta os médicos orientarem o exercício físico, se na região não há local próprio para essa prática.

Somando-se ao exposto, a equipe de trabalho da UBS supramencionada deve focar mais ainda no decorrer dos atendimentos e das visitas domiciliares na questão da alimentação de qualidade especialmente para os idosos. O que se nota é que a população do Guarapes se alimenta muito mal, pois ingere muitas frituras, gorduras e alimentos com grande teor de sódio.

Nesse ponto, seria interessante que fossem promovidos círculos de palestras com a presença de nutricionistas e profissionais de educação física a fim de orientar mais corretamente os idosos da área. Assim, a equipe da UBS deveria contar com o apoio da própria população, bem como do centro comunitário, de modo a atrair o maior número de idosos possível.

Outro ponto que merece atenção diz respeito à saúde bucal dos idosos. Pouquíssimos idosos fazem acompanhamento ao dentista. Isso se deve ao fato de que o consultório odontológico da UBS do Guarapes está fechado, não realizando atendimentos eficazes, uma vez que os aparelhos encontram-se quebrados. Logo, nota-se que o ente estatal deveria se preocupar mais nessa área e não deixar situações como estas acontecer, buscando aparelhar os consultórios sempre da maneira mais adequada à boa qualidade de saúde bucal da população.

No que se refere aos idosos, pode-se concluir afirmando que, apesar da saúde dos idosos apresentar bons índices na área de cobertura do posto do Guarapes, são necessárias reformas e alguns aprimoramentos a fim de que os atendimentos ao público dessa faixa etária sejam mais eficazes e de qualidade, melhorando, destarte, as condições de sobrevivência desse público.

Diante dos fatos até agora narrados, assevera-se que, não obstante as dificuldades estruturais e operacionais pelas quais passa a UBS do Guarapes, situação esta, aliás, já descrita acima com detalhes e comungada por outras unidades de saúde existentes no país, tem sido bastante valiosa a experiência profissional e pessoal adquirida por todos os membros das equipes de saúde.

Isso significa que, mesmo enfrentando dificuldades de diferentes ordens rotineiramente, os profissionais lá atuantes conseguem ter contato com pessoas diversas, cada qual com uma história de vida diversificada, sendo muitas delas marcadas por muita luta e força de vontade em superar os problemas sociais predominantes naquela comunidade.

No Guarapes, nos deparamos com um realidade bem diferente da que estamos acostumados e isso nos faz lembrar do nosso papel de cidadão, papel este que nos impulsiona a buscar meios para solucionar ou, pelo menos, amenizar o drama que várias famílias moradoras do local passam.

Certamente, isso contribui para que a equipe médica se esforce mais em suas atividades de forma a levar um pouco de conforto para aqueles que sofrem com as mazelas, que são muitas vezes reflexo do descaso do poder público em determinados setores da sociedade.

Nesse desiderato, o melhor recurso que a UBS do Guarapes dispõe é justamente a força de vontade dos profissionais, os quais, mesmo diante dos problemas, inclusive dos atrasos salariais, trabalham diariamente motivados em melhorar um pouco que seja a qualidade de vida dos habitantes do bairro, procurando oferecer um serviço de saúde eficaz, sendo este o maior desafio enfrentado por todos.

Nessa oportunidade, cabe mencionar ainda um *insight* vivenciado há pouco tempo, quando uma mãe procurou a unidade de saúde devido ao seu filho estar doente, com queixas respiratórias. Naquele momento, de modo a amenizar a dor da criança, receitou-se uma medicação simples, a qual deveria ser disponibilizada pelo próprio posto de saúde. Acontece que o medicamento estava em falta na UBS e a mãe não dispunha de recursos financeiros para adquirir o remédio numa farmácia. Nesse ínterim, não havia outra alternativa a não ser encaminhar o paciente para casa, sem qualquer solução para o problema dele. Aquele fato serviu como exemplo da situação caótica pela qual passa a saúde pública do país, prejudicando especialmente aqueles que mais necessitam do serviço, causando uma situação de revolta e indignação em todos os cidadãos.

Finalmente, traçando-se um paralelo com o texto elaborado na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”, e a realidade atualmente verificada na região do Guarapes, cabe aduzir que não há muitas diferenças entre esses dois contextos.

Nesse diapasão, o que se pode notar é que a UBS ainda enfrenta graves problemas estruturais, impedindo, por exemplo, que haja atendimentos odontológicos à população, bem como a realização de exames básicos, devido à ausência de utensílios e instrumentos necessários a esses fins. Porém notamos cada vez mais que a população se apodera dos seus direitos e cobra das autoridades ações que devem ser realizadas. Inúmeras vezes pude observar moradores argumentando com a direção da Unidade o porquê da falta de medicações, de insumos básicos para procedimentos etc.

Cumprе salientar, por derradeiro, que algo que melhorou no decorrer deste período foi a motivação dos profissionais que formam as equipes atuantes na UBS. Isso porque, tempos atrás, os funcionários estavam bem desmotivados com suas funções, realizando, inclusive, assembleias para organizar paralisações e greves. Hoje, essa situação está um pouco melhor. Observa-se, nesse sentido, que os profissionais estão um pouco mais motivados e unidos em prol de levar melhorias

àquela população já tão sofrida com os problemas sociais que enfrentam constantemente.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A ação de intervenção a ser promovida terá por foco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), visto o grande número de pacientes acometidos por essas patologias e acompanhados na Unidade Básica de Saúde. O maior objetivo durante essa ação será conscientizar, informar e orientar a população acerca dessas duas patologias, uma vez que, a maioria dos usuários desconhece os verdadeiros perigos a que estão expostos pela falta de controle dessas doenças. Diante dessa falta de informação tornam-se assim pacientes de difícil controle, pois não sabem da importância do acompanhamento ambulatorial constante e interessam-se apenas na renovação da receita medicamentosa não levando em conta pontos essenciais como as orientações nutricionais e a prática regular de exercícios físicos.

Sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças de maior prevalência na população. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenha hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Sendo assim trata-se de um problema de saúde pública e na Unidade de Saúde do Guarapes essa realidade não é diferente e temos um número cada vez maior de pacientes acometidos por essa patologia, por isso faz-se necessário a busca ativa de novos casos para que tenham o controle imediato.

A história e o exame físico de um paciente hipertenso devem ser obtidos de forma completa e convencional e deve ser dada uma atenção especial à pesquisa de fatores de risco (obesidade, abuso de bebidas alcoólicas, predisposição familiar, tabagismo, entre outros). Infelizmente com a desorganização dos prontuários e por não termos uma ficha específica para esse tipo de atendimento temos dificuldade na elaboração desses itens que são de fundamental importância no acompanhamento do paciente com HAS. Além disso, os pacientes em tratamento medicamentoso devem ser reavaliados com maior periodicidade até que haja regularização da pressão arterial e que se ajustem os esquemas terapêuticos. Como já citado em outras análises, os hipertensos não possuem essas consultas previamente agendadas o que dificulta o trabalho do profissional e o acompanhamento correto e seguro do paciente.

Uma série de fatores levam à dificuldade do controle pressórico. Um dos itens mais alarmantes é a falta de adesão à terapêutica farmacológica estipulada. Alguns pacientes não fazem uso de medicamentos no dia da consulta ou em dias prévios para observar se já estão curados. Outros descontinuam o diurético devido não observarem aumento do volume urinário. Sendo assim a sensibilidade do profissional, às vezes valendo-se do auxílio de familiares, permite diagnosticar a falta de adesão.

Diante de tudo que foi exposto: falta de ficha específica, de acompanhamento regular, de orientações, de um atendimento de qualidade e pela grande dificuldade que temos encontrado no manejo correto desses pacientes resolvemos implementar esse foco de intervenção. Esses comentários demonstram que o manejo da hipertensão arterial sistêmica não é questão médica isolada. Planejamento, racionalidade de alocação de recursos, detecção ativa de casos, formas criativas de garantir a adesão às prescrições e acompanhamento intensivo são objetivos que devem ser considerados para estender o benefício das intervenções à maioria dos pacientes. Equipes multidisciplinares para atendimento e acompanhamento de pacientes podem atingir com maior eficiência esses objetivos. Ligas de hipertensão arterial têm sido constituídas em muitos centros brasileiros. Além de incluir inúmeros profissionais de saúde, contam com a ativa participação de pacientes, que compartilham o planejamento e a execução de ações destinadas ao

controle mais adequado da hipertensão arterial.

Estamos assim com essa medida de intervenção tentando fazer uma medicina preventiva, promovendo a saúde ao invés de estarmos praticando a medicina curativa, dessa forma poderemos de forma holística avaliar tais pacientes e ampliar a cobertura da unidade sobre os mesmos, uma vez que os indicadores obtidos através do Caderno das Ações Programáticas revelaram que tão somente 60% dos hipertensos pertencentes àquela comunidade são acompanhados pela UBS, por meio do Programa de Atenção ao Hipertenso. Já quanto aos diabéticos, a cobertura é de apenas 66% deles.

Trata-se, assim, de indicadores insatisfatórios, mormente no que se refere à Hipertensão, motivo pelo qual cresce a importância de se implementar medidas capazes de reverter tal realidade, melhorando, portanto, a qualidade da atenção básica disponibilizada aos portadores das doenças acima citadas.

Já que HAS E DM estão intimamente relacionadas, fazendo parte do HIPERDIA, nada mais justo do que fazer um foco de intervenção que melhore a resolutividade nas duas patologias. Infelizmente os problemas que encontramos nos pacientes diabéticos são os mesmos dos pacientes hipertensos. Diante essas patologias é de extrema importância que eles consigam entender a doença e saber da necessidade do controle e acompanhamento rigoroso na Unidade de Saúde. Só assim eles passarão a frequentar os grupos, a praticar exercícios físicos regulares, a incorporar na dieta alimentos saudáveis.

Procuramos dessa maneira intervir em uma das maiores dificuldades de nossa unidade: o manejo do paciente hipertenso e diabético, trazendo dessa forma, melhorias a médio e longo prazo para a população.

2.2 Objetivos e Metas da Intervenção

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* na Unidade de Saúde do Guarapes.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a pacientes com hipertensão e/ou diabetes
2. Melhorar a adesão do paciente portador de hipertensão e/ou diabetes ao programa.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente com hipertensão e/ou diabetes realizado na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear portadores de HAS e DM de risco para doença cardiovascular.
6. Promover promoção da saúde.

Com a finalidade de atingir os objetivos anteriormente citados, foram estipuladas metas:

Relativas ao objetivo 1 foi proposto cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2 foi proposto buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 3 foi proposto realizar exame clínico apropriado em 70% dos hipertensos e em 70% dos diabéticos além de garantir a 60% dos hipertensos e 90% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Pretende-se também garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos e 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 4 foi proposto manter ficha de acompanhamento de 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5 foi proposto realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6 foi proposto garantir avaliação odontológica a 60% dos pacientes hipertensos e 40% dos pacientes diabéticos além de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 90% dos hipertensos e 90% dos diabéticos. Também se pretende garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 90% dos pacientes hipertensos e 90% dos pacientes diabéticos. Juntamente a isso se busca garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 70% dos pacientes hipertensos e a 70% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Diante as metas que se pretendem alcançar, um conjunto de ações será realizado na Unidade de Saúde do Guarapes abrangendo todos os funcionários da estratégia saúde da família e o público alvo, formado por pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Melitus (DM).

Inicialmente a equipe será reunida para que sejam passados informes essenciais a todos os funcionários, para que se mantenham a par da importância da realização das atividades e o correto manejo de pacientes com HAS E DM, bem como a necessidade da intimidade com a ficha espelho e também da importância da busca constante por novos pacientes que não realizam consultas periódicas.

Voltado especificamente aos pacientes com as patologias específicas já citadas serão realizadas encontros semanais, matutinos, com duração de aproximadamente 1 hora, em espaço localizado na própria Unidade de Saúde com uma média de 20 participantes, previamente agendados pelos agentes comunitários de saúde para a atividade, gerando uma rotatividade de pacientes, fazendo com que todos participem dos grupos ao longo de um determinado período de tempo, com o intuito de incluir na atividade 80% e 70% do pacientes com HAS e DM respectivamente. Na ocasião dos encontros, serão observados valores da pressão arterial, frequência cardíaca e medição da circunferência abdominal e peso e devidamente distribuídos nas fichas espelho de cada participante, as quais contêm

dados clínicos sobre cada membro do grupo, a exemplo das medicações em uso, exames laboratoriais, etc.

Em cada atividade semanal serão abordados temas para conversa entre o grupo, tais como ``O que é a HAS e o DM``, ``Impacto dessas patologias na sobrevida``, ``Importância da alimentação saudável``, ``Tabagismo``, ``Cuidados com o corpo e a mente``, ``Atividade física e lazer após os 50 anos``, ``Cuidados com a higiene dentária`` entre alguns outros temas, abordados por participantes da equipe tais como médicos, profissionais de enfermagem, odontólogos e profissionais convidados, a exemplo de nutricionistas e educadores físicos.

Além da participação em grupos, tais pacientes permanecerão com o seguimento clínico em consultas, tendo ao término de cada avaliação médica a marcação do retorno ao consultório em livro específico de agendamento, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde para a condução de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica.

2.3.1 Ações e detalhamento

- Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Para manter a atualização do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no HIPERDIA, semanalmente serão incorporados ao programa HIPERDIA e a planilha de coleta de dados, os pacientes diagnosticados com estas patologias, para garantir o controle e acompanhamento destes usuários. Para o preenchimento destas informações será utilizada a ficha-espelho proposta, na qual será registrada a avaliação clínica do paciente. Assim, será estabelecido um protocolo de atendimento, com fichas específicas contendo dados relevantes na avaliação global do paciente do HIPERDIA, que permita realizar estratificação de risco, níveis pressóricos e exames solicitados. Para os pacientes que necessitarem de acampamento odontológico, serão agendadas consultas periódicas com odontologia de acordo com estratificação cardiovascular e fragilidade do aparelho bucal. Durante as atividades de grupo, os usuários serão informados sobre a importância de seguir corretos hábitos alimentares, participar de grupos periódicos de atividade física no próprio bairro, e estímulo ao combate ao tabagismo, com informações presentes na ficha de atendimento, permitindo aos profissionais de saúde, acompanhar, “de perto”, principalmente, os tabagistas, com ou sem outras comorbidades.

- Eixo Organização e gestão do serviço

Ações:

- 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.
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter as informações do SIAB atualizadas.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a no avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Durante a intervenção será realizada orientação aos Técnicos de enfermagem das equipes sobre a importância da manutenção dos instrumentos usados no preparo dos pacientes, como balança, tensiômetro. Os ACS serão informados sobre a importância da atualização dos dados cadastrais dos pacientes. Um turno por mês será dedicado ao acolhimento de pacientes oriundos de buscas domiciliares. Será garantido um espaço reservado para anotações de todos os membros da equipe na ficha do HIPERDIA, permitindo fazer uma avaliação ampla e multiprofissional do paciente. Será solicitada a quantidade exata de exames necessários, de acordo com protocolo, evitando gastos desnecessários e perda de tempo. A avaliação continuada de cada paciente por meio de fichas específicas, contará com dados detalhados sobre os mesmos, as quais serão preenchidas em cada consulta. Será garantido o agendamento do maior número de consultas para os pacientes considerados de alto risco cardiovascular. Os pacientes cadastrados no programa serão encaminhados para acompanhamento constante com os profissionais da odontologia, nutrição e educação física, seguindo ficha de avaliação, a qual ficará anexa a ficha de avaliação global do paciente do HIPERDIA. Será solicitado a Secretaria de saúde do município, medicações antitabagismo para distribuição gratuita.

- Eixo Engajamento público:

Ações:

- 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.

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

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Será promovida a ativa por parte dos ACS, estimulando a população acima de 18 anos, a realizar pelo menos uma consulta anual. Os hipertensos e diabéticos acompanhados serão estimulados a retornar as consultas e serão esclarecidos a respeito dos seus direitos e deveres durante as consultas e por meio de palestras em grupo, bem como serão estimulados por meio de palestras sobre a periodicidade das consultas e a importância do acompanhamento médico regular. As

consultas seguintes serão previamente agendadas. Para melhor esclarecimento da população a respeito da intervenção serão elaborados e distribuídos folders ilustrados sobre os cuidados domiciliares. Será fornecido aos pacientes informações precisas sobre suas patologias e cuidados necessários nas consultas e grupos do HIPERDIA. O atendimento aos pacientes será realizado mediante os protocolos específicos (BRASIL, 2006a; BRASIL 2006b). Será permitido que os pacientes tenham acesso a seus prontuários e cobrem dos funcionários a manutenção de informações relacionadas a cada um. Durante as atividades de grupo, os usuários serão esclarecidos a respeito de propostas que tragam impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes, como alimentação saudável e abandono do tabagismo. Informar aos participantes a importância do acompanhamento odontológico regular, mostrando a necessidade de lutar por melhorias no atendimento. Realizar atividades de grupo e incluir na mesma, familiares dos pacientes do HIPERDIA. Reiteração em palestras e consultas sobre o impacto da perda de peso a atividade física regular na qualidade de vida do paciente. Nas atividades em grupo, serão discutidos os malefícios do tabagismo, possibilidades de tratamento e acompanhamento psicológico.

- Eixo Qualificação da prática clínica

Ações:

- 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.
- 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.

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: Para melhoria da qualidade da atenção ao paciente hipertenso e diabético, será criada uma ficha específica para seguimento de tais pacientes, com informações clínicas detalhadas. Os pacientes faltosos serão identificados e os ACS farão a busca ativa. Durante as reuniões de equipe será discutido o protocolo de atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos e as causas do descumprimento de solicitações médicas serão avaliadas. Para o atendimento aos pacientes será realizada a divisão de tarefas entre os membros da equipe, desde a solicitação á marcação de exames, para facilitar o andamento das ações. Será realizada a capacitação da equipe quanto aos cuidados específicos com os pacientes do HIPERDIA e os membros serão incentivados à constante atualização de dados no prontuário de forma correta e organizada e a participar das atividades em grupo, para que reforcem constantemente a importância das práticas recomendadas. Toda a equipe será estimulada a participar das atividades em grupo, para que possam realizar trabalho continuado e o desenvolvimento de ações coletivas e interdisciplinares, principalmente, em relação ao abandono do tabagismo, prática de atividade física regular e dieta adequada.

2.3.2 Indicadores

Diante os objetivos a serem seguidos, alguns indicadores foram propostos no intuito de se atingir as metas estabelecidas, com o propósito maior de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 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 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.

Indicador 3:

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

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

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

Indicador 4:

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

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

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

Indicador 5:

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 6:

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 7:

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 8:

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.
Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9:

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 10:

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.

Indicador 11:

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 12:

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.

Indicador 13:

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 14:

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.

Indicador 15:

Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16:

Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 17:

Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 18:

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 19:

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 20:

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 21:

Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 22:

Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Tendo-se por norte o foco e os objetivos, além das metas, já fixados nas semanas anteriores, importa agora definir a logística da intervenção a ser desenvolvida na área de atuação abrangida pela unidade básica de saúde do Guarapes.

Nesse sentido, por ser o foco da intervenção a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), serão adotados como bases teóricas os protocolos (manuais técnicos) do Caderno de Atenção Básica nº 15 para a HAS e o do Caderno de Atenção Básica nº 16 para a DM, ambos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2006.

No que tange ao registro específico dos dados dos pacientes a serem colhidos no decorrer da ação criada a fim de viabilizar o monitoramento, impende asseverar que tais indicadores serão armazenados na ficha espelho disponível no município. Todavia, a ficha não prevê originalmente a coleta de determinadas informações adicionais relevantes, tais como valores quantitativos de colesterol, glicemia, triglicérides, ureia, creatinina, laudos da avaliação oftalmológica (fundo de olho) e cardiológica. Portanto, de modo a complementar o armazenamento dos demais dados necessários, o médico e o enfermeiro produzirão uma ficha complementar.

Importante destacar que com o desenvolvimento da intervenção pretender-se-á alcançar uma média de trezentos hipertensos e cento e dez diabéticos. Para tanto, entrar-se-á em contato com o gestor municipal, a fim de que este disponibilize cerca de 410 fichas espelho, além de imprimir 410 fichas complementares, as quais serão colacionadas às fichas espelho.

Ademais, para o controle mensal da intervenção versada se fará uso da planilha eletrônica de coleta de dados.

Em relação à organização do registro específico do programa, as enfermeiras preencherão o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que compareceram ao serviço de HAS e DM nos últimos três (03) meses. As profissionais, em seguida, encontrarão os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário da pessoa para a ficha espelho. Concomitantemente, efetuará o primeiro monitoramento juntando uma

anotação acerca das consultas em atraso e exames clínicos e laboratoriais em atraso, além de outras que se fizerem necessário.

Além do exposto, o agente comunitário de saúde realizará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos com exames e consultas em atraso. Ao realizar a busca, já fará o agendamento da pessoa para um horário de sua conveniência. Ao fim de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão fixadas na planilha eletrônica.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da unidade básica de saúde. Destarte, a intervenção será iniciada com a capacitação sobre os Cadernos de Atenção Básica (nº 15 e nº 16) de modo que toda a equipe use esta referência na atenção aos diabéticos e hipertensos. Tal capacitação acontecerá na própria UBS e, para tanto, serão reservadas duas (02) horas ao final do expediente, no horário usado costumeiramente para a reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos Cadernos de Atenção Básica e fará uma explanação do seu conteúdo aos demais membros.

Insta frisar, além disso, que o acolhimento dos hipertensos e diabéticos que procurarem o serviço será promovido pela técnica de enfermagem. Pessoas com sintomas mais aparentes destas doenças serão atendidas no mesmo turno de forma a ampliar a captação precoce destes pacientes. Hipertensos e diabéticos que apresentarem certo agravamento da enfermidade serão atendidos no mesmo turno a fim de que se possa facilitar o tratamento desse grupo de pessoas. Os pacientes que vierem à consulta já sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Por fim, impende ressaltar também que a equipe entrará em contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas existentes na área de abrangência, apresentando, logo a seguir, o projeto, demonstrando a importância da ação que está sendo desenvolvida. Será requerida a compreensão e o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de diabéticos e hipertensos e de esclarecer à população acerca da necessidade de priorização do atendimento deste grupo social.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e Diabetes	X	X										
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X	X										
Cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes da área adstrita no programa, 70 e 80% respectivamente.	X	X	X	x	x	X	x	x	x	x	x	X
Atendimento clínico dos pacientes com hipertensão e diabetes	X	X	X	x	x	X	X	x	x	x	x	x
Grupo de hipertensão e diabetes	X	X	X	x	x	X	X	x	x	x	x	x
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pacientes com hipertensão e diabetes faltosas	X	X										
Busca ativa dos pacientes com hipertensão e diabetes faltosos às consultas	X	X	X	x	x	X	X	x	x	x	x	x
Atendimento de pacientes oriundos da busca domiciliar	X				x				x			
Estímulo à adoção de alimentação balanceada e atividade física regular	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

3. Relatório de Intervenção

Muitas atividades foram propostas para serem realizadas ao longo dessas 12 semanas de intervenção, com o intuito de instituir uma forma inovadora de acompanhamento dos pacientes do HIPERDIA. Dentre as ações propostas, inclui-se a capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo de HAS e DM. Tal ação foi totalmente realizada, em que por meio de reuniões pudemos debater sobre o tema, fornecendo informações básicas e fundamentais sobre o acompanhamento desses pacientes. Os agentes de saúde, principalmente, acharam muitas informações, porém percebi que ao longo das semanas conseguiram assimilar o conteúdo.

Dentro das mesmas reuniões nas primeiras semanas, disponibilizamos a cada membro da equipe os papéis fundamentais de cada um, e os mesmos realizaram de forma prevista, apesar da greve dos funcionários municipais da saúde em Natal, o qual dificultou a perfeita progressão das atividades. Também realizamos no início da intervenção um encontro específico com os agentes de saúde para guiar sobre a importância da busca ativa e o que seria considerado um paciente faltoso. Ao longo das doze semanas conseguimos atender pacientes hipertensos e diabéticos faltosos ou que estavam indo à Unidade pela primeira vez, porém em um número menor que o esperado. Essa foi uma das dificuldades encontradas na realização do projeto afinal dependeria da ação contínua e comprometida dos agentes de saúde, apesar dos constantes esclarecimentos sobre a importância da busca ativa.

Outra ação de grande relevância e certamente uma das mais gratificantes em se realizar foram as reuniões semanais com os pacientes, reunião essa que apesar da greve não deixou de ocorrer. Considero que tenha sido a melhor ação dentre várias, com o respaldo dos próprios participantes, afinal realizamos momentos de intensa troca de informação, brincadeiras, debate com profissionais de outras áreas, etc. Dentre os tópicos que optamos trabalhar nos encontros citam-se a importância da atividade física regular, alimentação balanceada; abandono do tabagismo; importância do uso regular das medicações no HIPERDIA; sintomas crônicos do diabetes; sintomas crônicos da hipertensão arterial, entre outros.

Apesar de ter sido uma das mais gratificantes, foi certamente uma das mais trabalhosas em se realizar, afinal foi necessário um grande aparato material, que nem sempre é fácil de conseguir em uma unidade de saúde um tanto precária como a nossa, além de funcionários que auxiliassem na pesagem, medição de valores antropométricos, aferição de pressão arterial e anotação dos valores nas fichas espelho.

Além das reuniões, atividades de grupo, mantivemos os atendimentos ambulatoriais diários, com avaliação permanente dos pacientes do HIPERDIA além dos demais pacientes agendados para as consultas e demanda espontânea. Havíamos selecionado três semanas ao longo das doze, para realizarmos atendimentos aos pacientes oriundos da busca domiciliar, porém para facilitarmos para esses usuários da unidade, optamos por atendê-los nos dias que os mesmos procurassem o posto de saúde.

Dando continuidade a todas as ações propostas, uma das principais e bastante importante para obtenção dos resultados esperados foi o cadastramento dos pacientes no programa HIPERDIA, com a elaboração da ficha espelho e seu anexo ao prontuário e a partir disso iniciar um novo seguimento na unidade, seguindo protocolos, realizando exames de rotina e participando das reuniões de grupo.

Cada paciente cadastrado pelos agentes de saúde foi entrevistado pelos profissionais para que se obtivessem informações sobre o acompanhamento, como uso regular de medicação, data da última consulta e se já havia obtido informações sobre tabagismo, atividade física e alimentação saudável, além da última consulta com a odontologia, seja no posto ou outro serviço de odontologia. Essa obtenção de dados foi necessária para a coleta dos dados para o preenchimento das tabelas da intervenção. Para os agentes, como eles mesmos comentaram, foi o trabalho mais cansativo, porém alguns se orgulham de ter conseguido visitar muitas famílias, e ao mesmo tempo criticam outros colegas por não realizarem o trabalho com tanto afinco.

Foram doze semanas cansativas, de muito trabalho, que contou com ajuda de toda uma equipe que se mobilizou com o objetivo único de levar maior qualidade ao atendimento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes. Com minha saída da Unidade, em março, pretendo deixar o projeto totalmente concretizado, para que o mesmo não se desfaleça e toda a equipe pretende manter as reuniões, a priori quinzenais, nas sextas feiras, para atrair o máximo de pacientes possível. As fichas espelho serão utilizadas para seguimento nas consultas dos pacientes do HIPERDIA, o que facilitará certamente para todos os profissionais, inclusive o novo médico que chegará à Unidade do Guarapes, levando maior qualidade ao atendimento. Por meio das fichas será possível avaliar a frequência do paciente às consultas, resultado dos exames laboratoriais, consultas com especialistas, dados antropométricos entre outros, facilitando, dessa forma o seguimento clínico dos pacientes.

Algumas melhorias ainda devem ser realizadas ao longo dos meses para concretização da intervenção proposta afinal, durante todo o projeto notamos que poucos pacientes oriundos da busca ativa compareceram à Unidade de Saúde e muitos dos pacientes do Hiperdia demoravam a retornar às consultas por dificuldade na realização de exames solicitados. Tais dificuldades encontradas podem ser encaradas e melhorias devem ser buscadas juntamente com toda a equipe multiprofissional. Possíveis soluções são a ação mais efetiva dos agentes comunitários de saúde em realizar busca junto à comunidade e averiguar os motivos pelos quais muitos demoram a retornar às consultas.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O projeto de intervenção realizado no bairro Guarapes selará um importante mecanismo de melhoria na qualidade do atendimento voltado ao paciente com hipertensão e/ou diabetes afinal uma equipe multiprofissional será responsável pelo seu seguimento. A partir disso buscar-se-á abranger o máximo possível da clientela

para seguimento continuo com intuito de trazer melhorias na qualidade de vida da população. Por meio do projeto de intervenção poderemos organizar o fluxo de encaminhamentos aos serviços especializados de referência, os quais infelizmente funcionam de forma precária e burocrática na cidade de Natal/RN, tentando dessa forma agilizar as consultas e apenas solicita-las quando realmente necessário.

Em relação à cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na Unidade de Saúde do Guarapes- Natal/RN tinha-se por meta o cadastramento de 100% dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 100% dos portadores de diabetes mellitus (DM). Ao longo das doze semanas totalizamos um acompanhamento de 124 pacientes com HAS, o que corresponde a 29,5% dos hipertensos (gráfico 1) e 42 pacientes com DM, que corresponde a 17,6% dos diabéticos (gráfico 2).

Obtivemos uma média progressiva de participantes ao longo das semanas voltadas à intervenção, porém abaixo do previsto. Ações foram desenvolvidas para se alcançar tais porcentagens como cadastro e elaboração das fichas espelhos para os pacientes durante as consultas pela equipe médica e de enfermagem, durante a participação nas atividades de grupo e a localização dos prontuários de pacientes hipertensos e/ou diabéticos pelos agentes comunitários de saúde. Ao ser dada continuidade em tais ações, certamente um número mais expressivo de cadastros será realizado ao longo do ano corrente.

Objetivo específico 1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou 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.

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

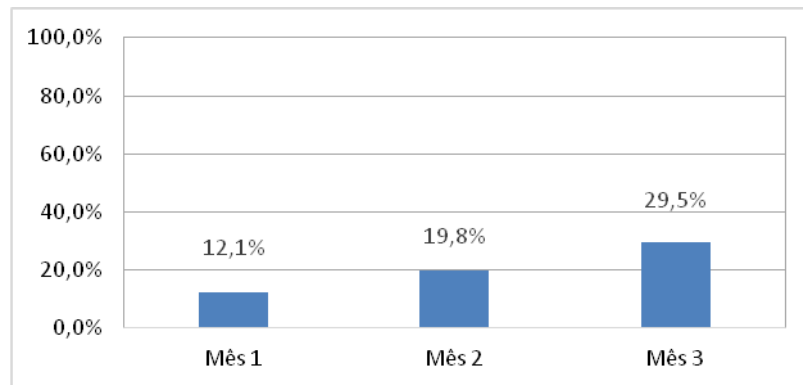


Figura1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 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.

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

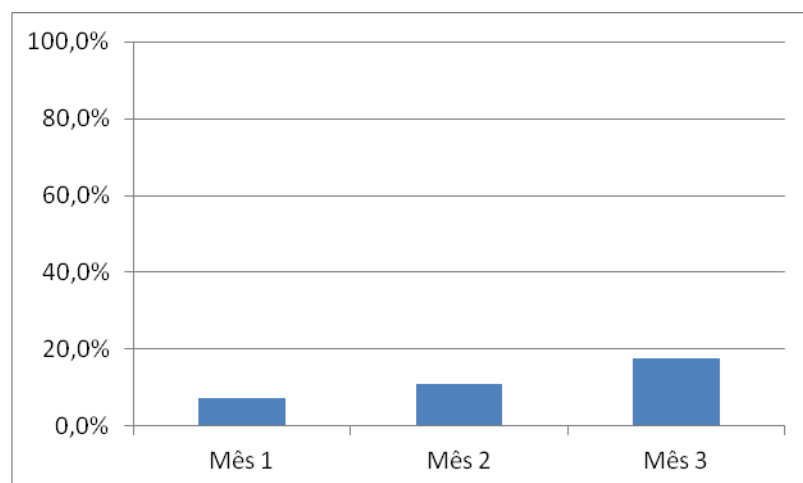


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: planilha de indicadores.

Outra meta é a busca de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas segundo a periodicidade recomendada. Apesar das constantes atividades de busca ativa, 84% (gráfico 3) dos pacientes com hipertensão arterial faltosos permaneceram sem retornar às consultas ao longo dos três meses da realização da intervenção, totalizando 68 pessoas, enquanto que 80% (gráfico 4) dos diabéticos faltosos, não buscaram atendimento apesar das buscas realizadas, totalizando 21 pessoas. Tais dados mostram que alguns pacientes que não tinham o hábito de recorrer à unidade de saúde começaram ou voltaram a frequentar a mesma após a busca pelos agentes comunitários de saúde, porém uma grande parcela da mesma não compareceu. Infelizmente uma importante proporção dos faltosos não foram convidados a retornar ao posto de saúde.

Objetivo específico 2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

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

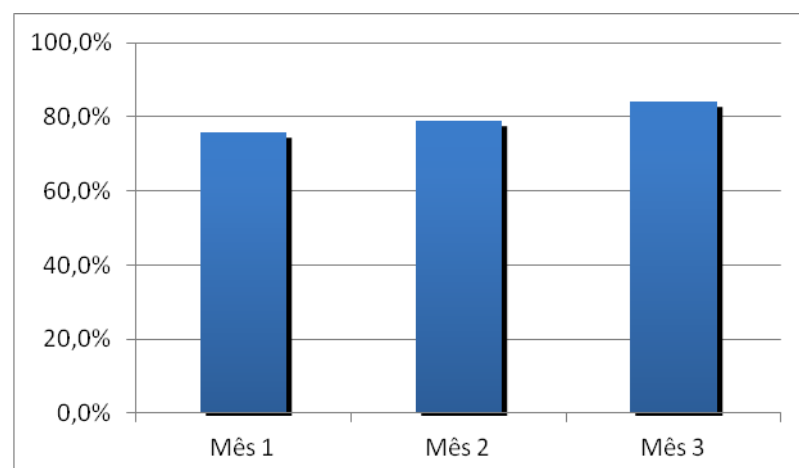


Figura 3 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 2.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

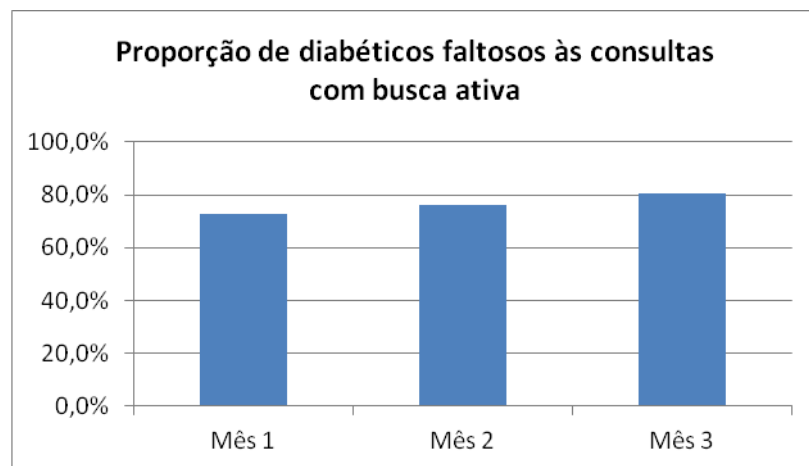


Figura 4 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: planilha de indicadores.

Em relação á manutenção do exame clínico periódico em dia, tinha-se por meta realizar o exame apropriado a 100% dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 100% dos portadores de diabetes mellitus (DM) acompanhados na Unidade de Saúde. Ao longo das doze semanas, durante as quais cadastramos 124 pacientes com HAS, e 42 pacientes com DM, observamos que 84,7% dos hipertensos estavam com exame clínico em dia (gráfico 5) , sendo que para os diabéticos tal taxa corresponde a 85,7% (gráfico 6).

Ao longo das semanas de intervenção, durante as consultas e principalmente as atividades em grupo, foi possível avaliar melhor os pacientes, examiná-los com maior precisão. Certamente ao ser dada continuidade ás ações de

intervenção, com aumento do número de cadastrados no projeto, uma porcentagem cada vez mais expressiva será anunciada como resultado.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 3.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

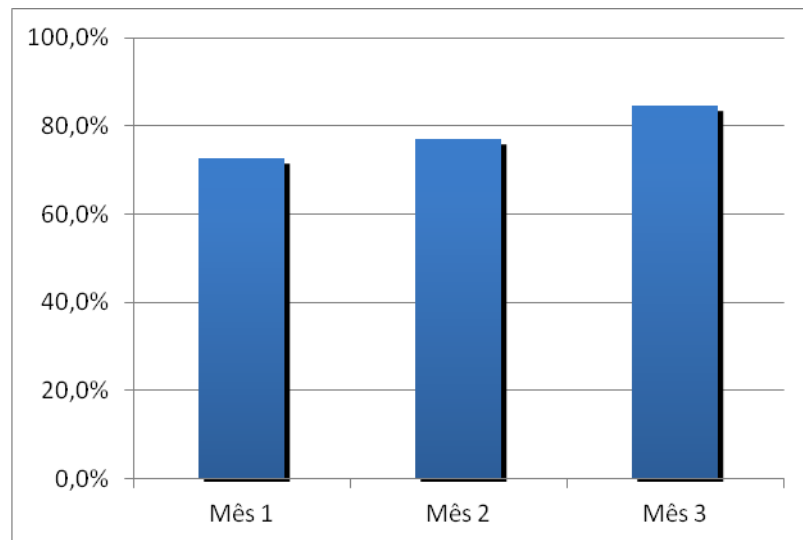


Figura 5 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 3.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

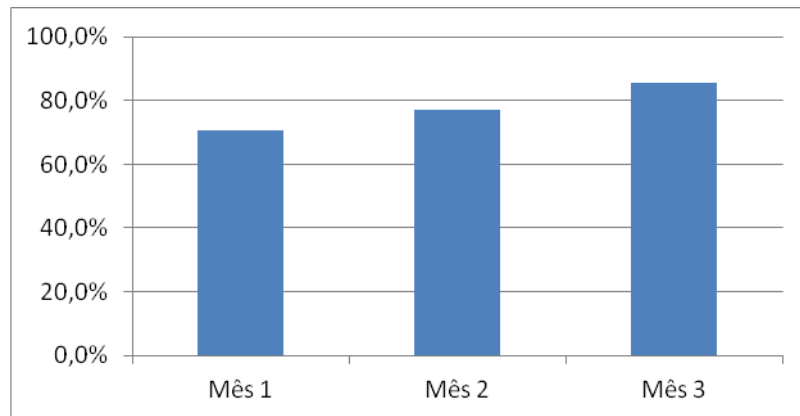


Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de indicadores.

No que concerne a meta de garantir exames complementares atualizados segundo protocolo a 60% dos hipertensos e 80% dos diabéticos, obtivemos ao longo dos três meses, uma porcentagem de 81,5% para os pacientes com HAS (gráfico 7), totalizando 101 pessoas e 85,7% para pacientes com DM (gráfico 8), correspondendo a um total de 36 diabéticos. Foram números significativos ao se tomar como referência a totalidade de pacientes cadastrados no projeto durante as doze semanas. Espera-se que tais números se sobressaiam no decorrer do ano com a manutenção das atividades iniciadas na intervenção, afinal com dedicação de toda a equipe e esclarecimento da população a cerca da importância da realização dos exames e consultas com especialistas, obtivemos números gratificantes.

Meta 3.3. Garantir a 60% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

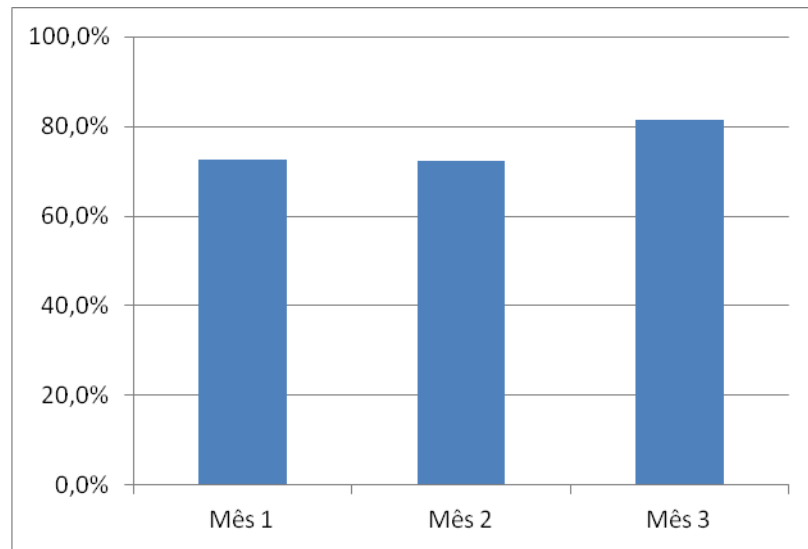


Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 3.4. Garantir a 80% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

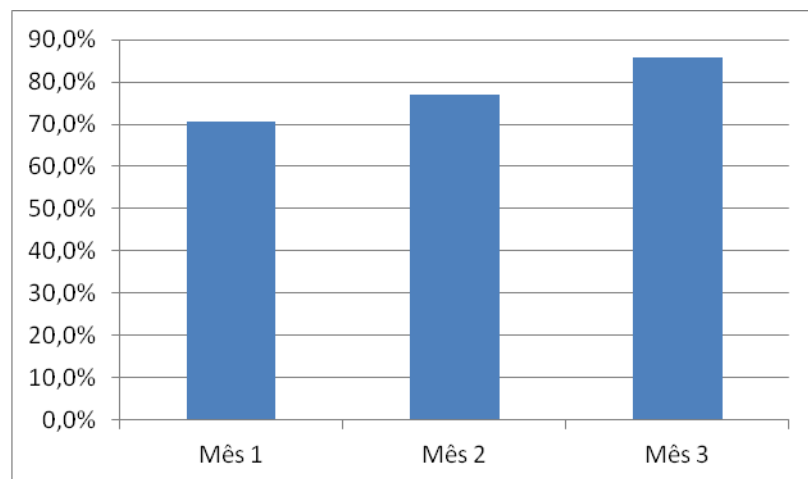


Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: planilha de indicadores.

Em relação a meta de garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos e 80% dos diabéticos, obtivemos ao longo dos três meses, uma porcentagem significativa, de 98,5% dos pacientes com HAS avaliados, em uso de fármacos garantidos nas farmácias públicas (gráfico 9) e 100% dos pacientes com DM com as medicações fornecidas na farmácia popular. Foram números significativos ao se tomar como referência a totalidade de pacientes cadastrados no projeto durante as doze semanas. Tais valores foram alcançados com o trabalho árduo de toda a equipe, que totalizou os pacientes que faziam uso de medicações compradas e muitas vezes por altos valores, e que puderam ter suas medicações avaliadas e se possível substituídas por gêneros de fornecimento gratuito e com eficácia comprovada. Com a continuidade da avaliação dos pacientes, devem-se buscar os demais com o intuito de tentar garantir o suporte medicamentoso de qualidade e se possível gratuito, garantindo assim a continuidade do tratamento.

Meta 3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

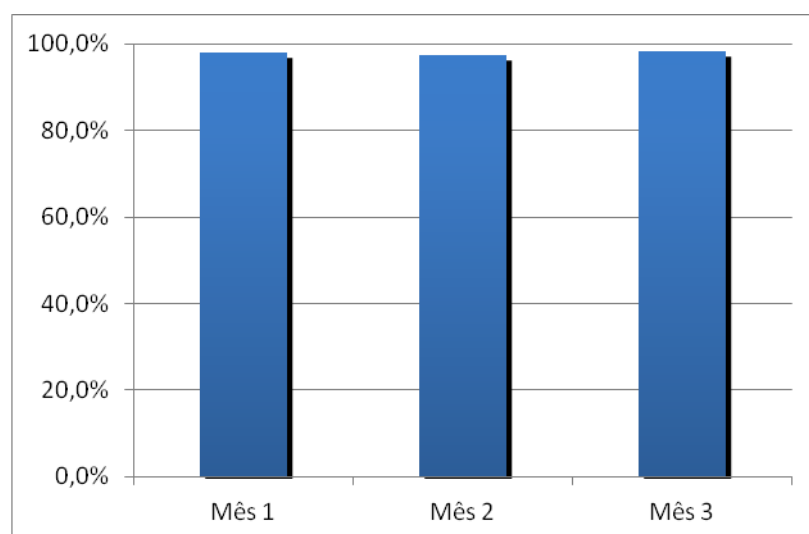


Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

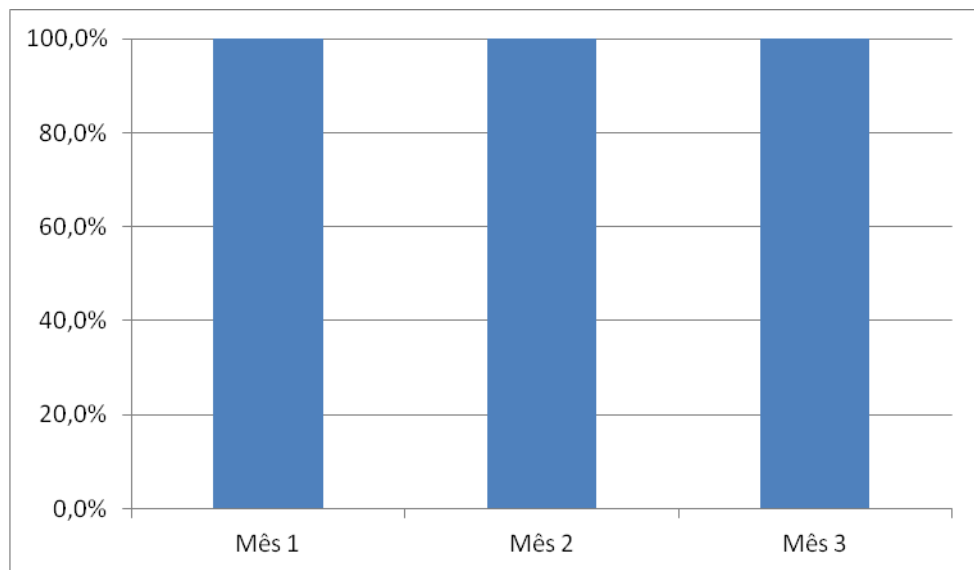


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

Fonte: planilha de indicadores.

A meta de garantir os registros adequados nas fichas de acompanhamento, por sua vez, corresponde a 70% para os pacientes com HAS e 80% para aqueles com DM. Dentre os pacientes cadastrados no período vinculado a intervenção, 80,6% dos hipertensos – 100 pacientes (gráfico 10) e 78% dos diabéticos – 33 pacientes (gráfico 11) tiveram suas fichas espelho preenchidas com dados essenciais ao seguimento de suas patologias. Esses são números significativos ao se tomar como referência a totalidade de pacientes cadastrados no projeto durante as doze semanas. Consideramos registro adequado na ficha de acompanhamento o conjunto de valores laboratoriais e contra referencias de especialistas atualizados, tentando dessa forma garantir acompanhamento de qualidade aos pacientes. A partir das fichas elaboradas e preenchidas de forma adequada, pode-se ampliar o

serviço de um correto seguimento aos participantes do HIPERDIA, sendo isso que se espera no serviço daqui em diante.

Objetivo específico 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

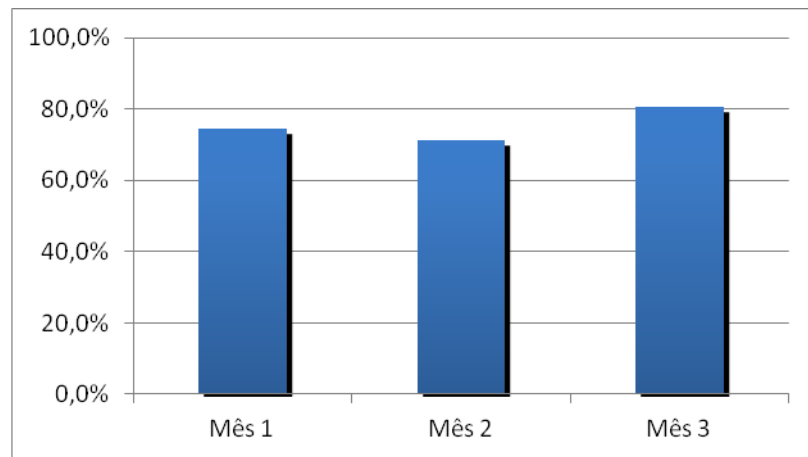


Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 80% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

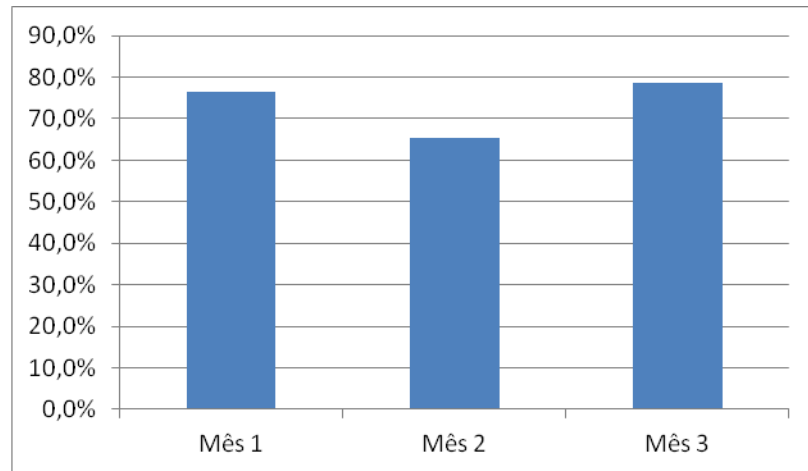


Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: planilha de indicadores.

Em relação à meta de realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos pacientes com HAS e em 100% daqueles com DM, obtivemos entre os pacientes cadastrados no período vinculado a intervenção, aproximadamente 78% dos hipertensos – 97 pacientes (gráfico 12) com estratificação de risco e 81% dos diabéticos – 34 pacientes (gráfico 13) para a mesma estratificação a partir do exame clínico. Esses são números significativos ao se tomar como referência a totalidade de pacientes cadastrados no projeto durante as doze semanas. A partir das fichas elaboradas e preenchidas de forma adequada, além dos exames cabíveis, a estratificação de risco cardiovascular é essencial para auxiliar no acompanhamento, fazendo com que saibamos quais pacientes necessitam de maior vigilância e maiores cuidados.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

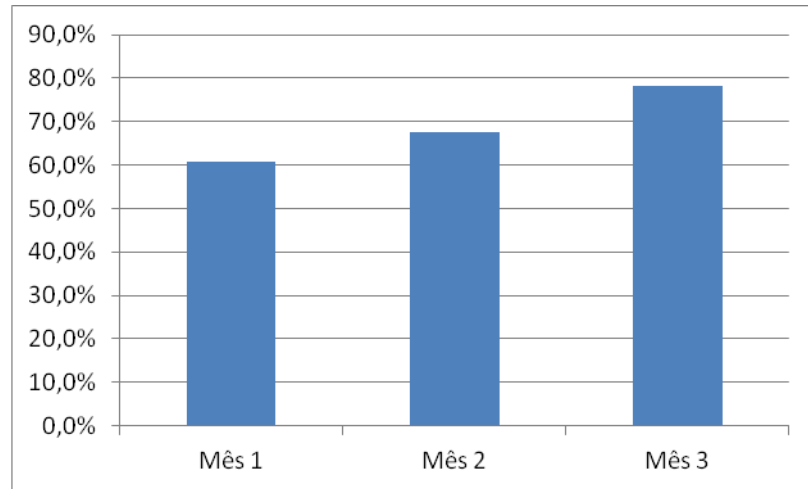


Figura 13 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: planilha de indicadores.

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

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

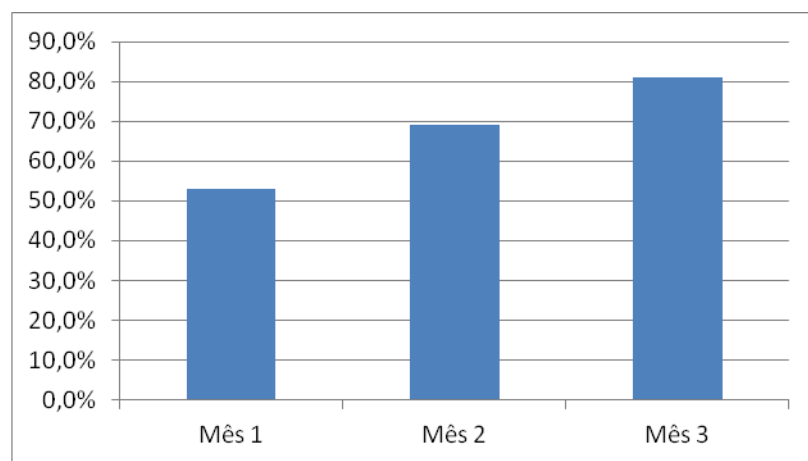


Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: planilha de indicadores.

Dando seguimento, outra meta foi garantir atendimento odontológico a 60% dos pacientes com HAS e em 40% daqueles com DM. Obtivemos entre os pacientes cadastrados, 62,1% dos hipertensos – 77 pacientes (gráfico 14) com avaliação odontológica e 71,4% dos diabéticos – 30 pacientes (gráfico 15). Em termos percentuais alcançamos bons valores, afinal trabalhamos com uma totalidade de 124 pacientes com HAS e 42 com DM. Porém tais taxas necessitam de expansão, afinal é certo que o serviço de odontologia na Unidade do Guarapes conta com defasagem quantitativa de materiais e humana, o que prejudica a avaliação periódica dos pacientes, principalmente daqueles que necessitam de cuidados constantes.

Objetivo específico 6. Promoção da saúde

Meta 6.1. Garantir avaliação odontológica a 60% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

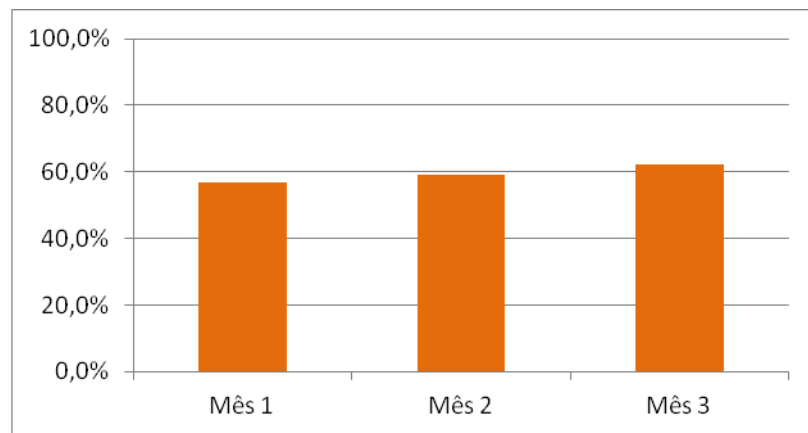


Figura 15 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 6.2. Garantir avaliação odontológica a 40% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

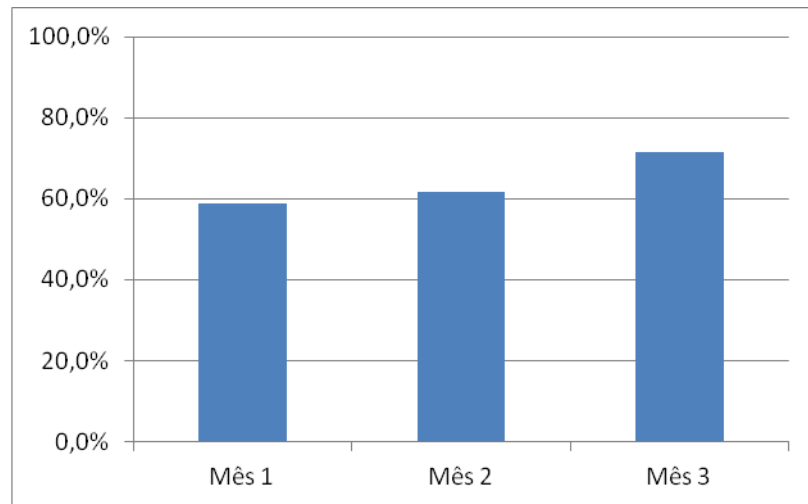


Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

Fonte: planilha de indicadores.

Em relação à orientação nutricional e sobre a importância da realização de atividade física regular, a meta estipulada foi de levar tais orientações a 100% dos pacientes hipertensos e a 100 % dos diabéticos. Obtivemos entre os pacientes hipertensos, uma totalidade de 91,1% -113 pacientes (gráfico 16) recebendo orientações sobre alimentação saudável e 89,5% - 111 pacientes (gráfico 17) com orientações sobre a necessidade da atividade física. Em relação aos pacientes diabéticos cadastrados, 95,2% (40 pacientes) receberam informações nutricionais (gráfico 18) e da importância da atividade física regular (gráfico 19). Alcançamos essas taxas graças a constante ajuda de profissionais que se ofereceram a trabalhar juntamente a nós, durante a intervenção, compartilhando seus conhecimentos durante as atividades de grupo, além daqueles aos quais foram referenciados para que os pacientes buscassem a consulta.

Meta 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

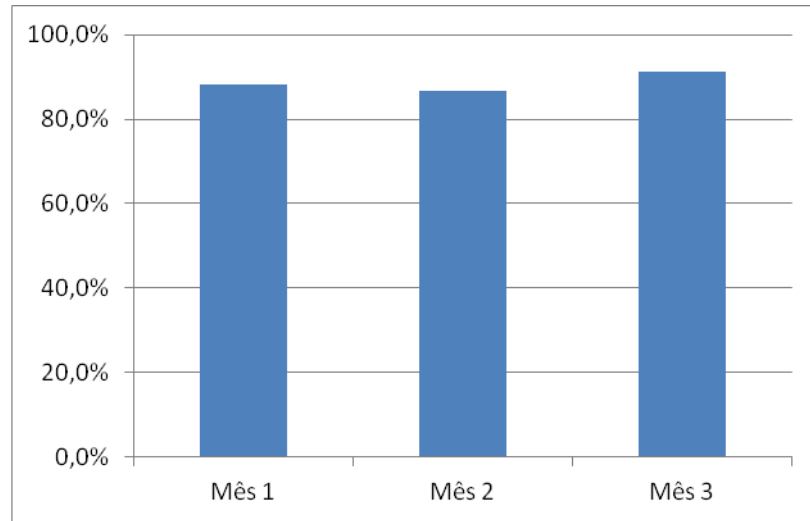


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

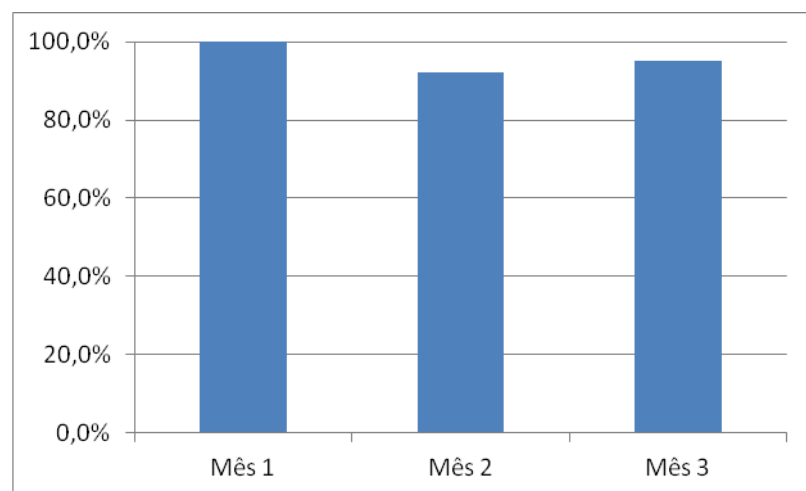


Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 6.5. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

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

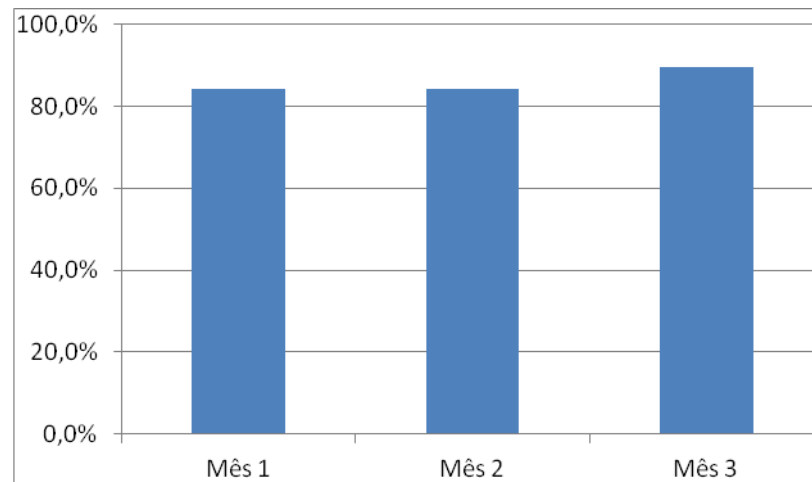


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 6.6. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

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

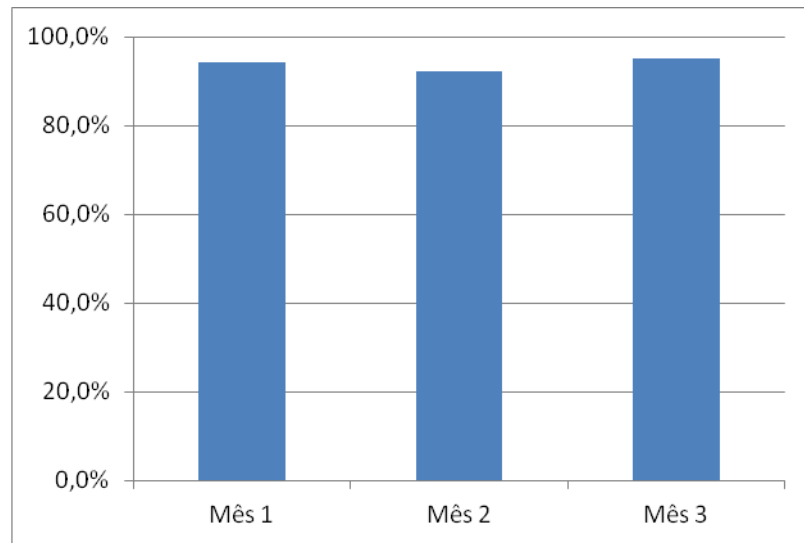


Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: planilha de indicadores.

Também tivemos por meta, a orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e a 100% dos diabéticos. Alcançamos, dentre os portadores de hipertensão arterial cadastrados, a orientação a 91% deles -114 pacientes (gráfico 20), e a 97% dos portadores de diabetes mellitus cadastrados – 41 pacientes (gráfico 21). As consultas e reuniões de grupo foram essenciais para disseminar tais conhecimentos e continuarão sendo uma estratégia valorosa para a manutenção da educação em saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

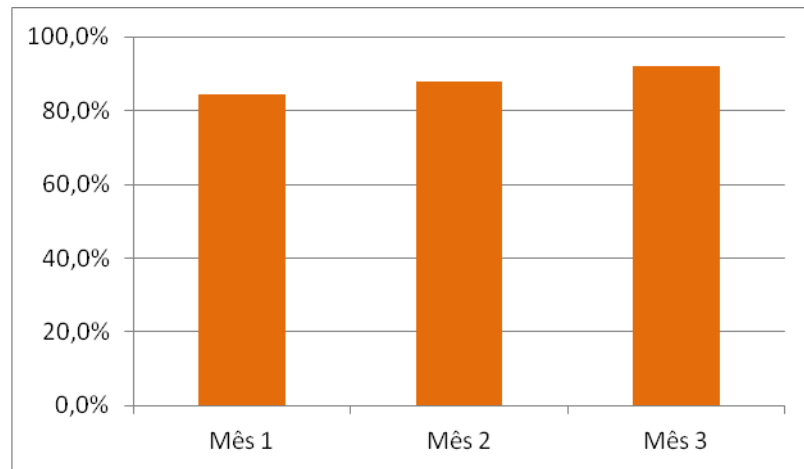


Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: planilha de indicadores.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

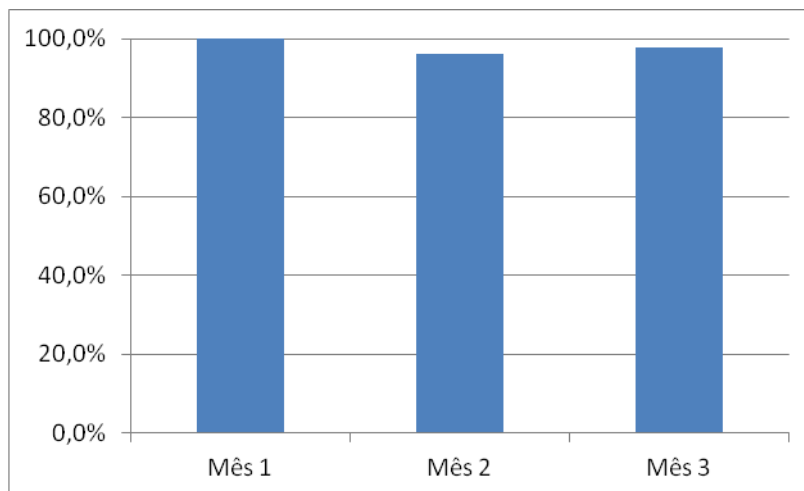


Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: planilha de indicadores.

4.2 Discussão

O projeto de intervenção realizado na Unidade de Saúde do Guarapes trouxe um novo olhar dos funcionários que lidam diretamente com os pacientes sobre os cuidados voltados aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A partir dessa nova forma de visão, que inclui uma forma de lidar mais cuidadosa, notamos que algumas mudanças começaram a surgir dentro e fora da equipe de saúde. Essa ampliação dada ao atendimento ao paciente do HIPERDIA proporcionou uma nova forma de acolher e trabalhar de forma mais integralizada no âmbito da própria Unidade.

A própria comunidade percebeu a diferença de organização entre os atendimentos gerais e aqueles voltados ao pacientes com diabetes e hipertensão, afinal a busca ativa, as fichas espelho com dados atualizados, a constante troca de informação entre usuário do sistema e o profissional de saúde são pontos extremamente valorizados pela comunidade. Entre os funcionários do posto de saúde, é notória a forma diferenciada com que abordam os pacientes vinculados á intervenção. Entre os funcionários da enfermagem notamos a preocupação em cobrar dos pacientes a realização de exames, a aferição da pressão arterial de forma mais rigorosa. Entre os agentes de saúde, é notório o engajamento em informar a necessidade de agendamento das consultas, busca ativa, etc. E de todos nós, houve uma notável melhoria na compilação das informações clínicas dos pacientes e sua organização no prontuário.

A nova forma de lidar com a clientela, elevando a qualidade do atendimento, melhorando a forma de armazenamento dos dados nos prontuários, distribuindo melhor as funções relacionadas a cada funcionário, organizando o seguimento clínico dos pacientes, evitando exames desnecessários, e entre os mais importantes agendar consultas periódicas, vinculadas a real necessidade e á estratificação de risco, são pontos que certamente organizam o serviço de atendimento e dão credibilidade ao sistema de saúde. Chegar a esse ponto não tem sido fácil e certamente estamos apenas engatinhando em busca de concretos benefícios aos pacientes. Ainda necessitamos integrar melhor a equipe, delegando funções mais específicas a alguns funcionários, atuarmos juntamente com a odontologia e

certamente tentar expandir essa nova forma de lidar com a clientela para os demais serviços, como atenção à criança, gestante, etc.

A intervenção foi bem acolhida por toda a comunidade. Não tivemos maiores problemas com o agendamento prévio de consultas para pacientes que realmente necessitavam, por apresentarem um maior escore de risco cardiovascular. Tomando-se por base o que foi observado e vivenciado ao longo das doze semanas, pretendemos dar continuidade às ações propostas inicialmente, elevando cada vez mais a participação dos pacientes vinculados ao HIPERDIA. Não estarei na Unidade de Saúde ao longo do ano de 2014, porém plantamos sementes que serão regadas e possivelmente darão frutos no decorrer dos meses e certamente será exemplo para a ampliação dessa forma de abordagem aos pacientes para os demais serviços.

4.3 Relatório de intervenção para os gestores

Com a implantação do projeto de intervenção no bairro Guarapes e a adesão dos profissionais e população as atividades pretendidas, como reuniões de grupo, consultas periódicas voltadas aos pacientes participantes do projeto poderemos concretizar uma ação que certamente trará resultados positivos para a comunidade. Resultados esses que terão impacto na melhora da qualidade de vida dos pacientes, assim como redução da mortalidade, afinal sabe-se que as doenças cerebrovasculares estão no topo da lista das causas de mortalidade na população brasileira, representando mais de 30% dessas causas.

Dessa forma, ao atingirmos patamares de melhorias comprovadas na qualidade do acompanhamento dos pacientes do Hiperdia, ou seja, estabilizarmos suas patologias – diabetes e hipertensão arterial - assim como as doenças correlacionadas como elevação dos níveis de colesterol, traremos benefícios no tocante à diminuição do risco de morte por complicações relacionadas a essas doenças, risco esse constantemente avaliado por escalas aceitas pela sociedade

brasileira de cardiologia, como o CHA2DS2-VASC, em que pacientes enquadrados no alto risco apresentam mais de 20% de chance de evento tromboembólico.

Ao longo das doze semanas em que estivemos intensamente voltados para a realização da intervenção e análise dos dados pudemos notar que tal experiência na comunidade foi importantíssima para que muitos pacientes retornassem ao seguimento ambulatorial, buscassem atualizar seus exames e agendar consultas com especialistas indicados no seguimento de suas patologias. A aplicação de todo esse trabalho ao longo dos três meses exigiu da equipe uma visão mais focada para esse propósito, fazendo com que a dinâmica de atendimentos da Unidade de saúde sofresse pequenas modificações, entre elas a diminuição quantitativa de fichas atendidas nos dias voltados á reunião de grupo e a reserva diária de fichas voltadas ao Hiperdia.

Certamente tais mudanças voltadas á concretização da intervenção foram extremamente relevantes e não geraram impacto significativo na quantidade de fichas voltadas ao atendimento da comunidade não pertencente ao grupo de diabéticos e/ou hipertensos. Dessa forma, conseguimos aliar um importante trabalho de intensificação na vigilância da saúde dos pacientes do Hiperdia sem trazer malefícios ao restante da população. A partir dessa conclusão podemos afirmar que o projeto de intervenção aplicado no bairro Guarapes, pode ser incorporado á rotina de atividades da Unidade de Saúde, trazendo benefícios a médio e longo prazos já comprovados por outros autores, os quais demonstram a importância do acompanhamento regular e de qualidade de patologias como a hipertensão arterial e o diabetes, assim como controle do tabagismo e de dislipidemia no aumento de sobrevida dos pacientes, com redução da mortalidade cardiovascular em até 57% em alguns estudos.

E para realização de todos esses trabalhos foi de considerável importância a participação ativa da gestão que possibilitou a mudança da rotina de atendimentos na Unidade para que pudéssemos aplicar um modelo de assistência que trará certamente grande impacto na qualidade de vida da população. Juntamente com tal mudança no ritmo das atividades, tivemos uma equipe multiprofissional atuante e

empenhada na realização das propostas de intervenção. Diante tal quadro é evidente a importância do suporte material e humano fornecido pela gestão local na concretização das atividades, as quais poderão ser desempenhadas de forma longitudinal se tal apoio continuar a ser oferecido e algumas barreiras puderem ser vencidas como a pouca disponibilidade de fármacos a serem oferecidos à população ou até mesmo o entrosamento ainda maior dentro da equipe de saúde.

4.4 Relatório para a Comunidade

Com a implantação do projeto de intervenção no bairro Guarapes e a adesão dos profissionais e população as atividades pretendidas, como reuniões de grupo, consultas periódicas voltadas aos pacientes participantes do projeto poderemos concretizar uma ação que certamente trará resultados positivos para a comunidade, afinal trataremos de temas que são comumente observados no nosso dia a dia, como doenças cerebrovasculares, que incluem o infarto do coração e o acidente vascular cerebral que são hoje as principais causas de morte na população brasileira.

Ao se falar em doenças cerebrovasculares, temos que citar algumas mais importantes, que são bastante comuns e certamente muitos já ouviram falar. Entre elas, citamos a Hipertensão (Pressão alta) que nada mais é que o aumento da força que o coração necessita realizar para que o sangue percorra o corpo; outra doença comum é o diabetes que é o aumento dos níveis de glicose (um tipo de açúcar) no sangue, gerando alterações nos vasos sanguíneos e no coração; e temos também o Acidente vascular Cerebral (trombose) em que ocorre uma obstrução nos vasos do cérebro ou um sangramento, os quais podem levar à morte. Lembra-se sempre que todas essas doenças podem acontecer ao mesmo tempo ou que cada uma isoladamente pode trazer importantes sequelas para o paciente.

Dessa forma, ao atingirmos melhorias na qualidade do acompanhamento dos pacientes com pressão alta e diabetes, ou seja, controlarmos suas doenças, assim como as doenças associadas como elevação dos níveis de gordura no

sangue, traremos benefícios relacionados à diminuição do risco de morte por complicações associadas a essas doenças.

Ao longo das doze semanas em que estivemos intensamente voltados para a realização da intervenção e análise dos dados pudemos notar que tal experiência na comunidade foi importantíssima para que muitos pacientes retornassem ao seguimento ambulatorial, buscassem atualizar seus exames e agendar consultas com especialistas indicados no seguimento de suas patologias. A aplicação de todo esse trabalho ao longo dos três meses exigiu da equipe uma visão mais focada para esse propósito, fazendo com que a dinâmica de atendimentos da Unidade de saúde sofresse pequenas modificações, entre elas a diminuição quantitativa de fichas atendidas nos dias voltados à reunião de grupo e a reserva diária de fichas voltadas ao Hiperdia.

Certamente essas mudanças voltadas à concretização da intervenção foram importantes e não geraram impacto significativo na quantidade de fichas voltadas ao atendimento da comunidade não pertencente ao grupo de diabéticos e/ou hipertensos. Dessa forma, conseguimos aliar um importante trabalho de intensificação na vigilância da saúde dos pacientes do Hiperdia, pois assim podemos controlar melhor suas doenças e evitar novas ocorrências de infarto, trombose, amputações de membros devido o diabetes, entre outros, e tudo isso sem trazer malefícios ao restante da população, e tal conclusão recebeu o aval de pessoas da comunidade, as quais foram entrevistadas. A partir dessa conclusão podemos afirmar que o projeto de intervenção aplicado no bairro Guarapes, pode ser incorporado à rotina de atividades da Unidade de Saúde, trazendo benefícios a médio e longo prazos.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

De início, é preciso afirmar que o projeto de intervenção desenvolvido juntamente com a minha equipe pode ser considerado um “divisor de águas” na minha carreira profissional. Isso porque, por meio dele, pude melhorar meu relacionamento com a minha equipe, por meio do desenvolvimento de ações concatenadas e delegando funções, ou seja, trabalhando em equipe a fim de obter resultados mais significativos.

Importante destacar também que a satisfação pessoal e a sensação de bem estar durante a intervenção foram elevadas, em razão do agradecimento daquelas pessoas tão carentes de cuidados e, notadamente, de atenção e carinho. Era possível enxergar a felicidade estampada naqueles pacientes, o brilho único no olhar quando aprendiam algo novo para eles ou até mesmo quando se deparavam com um simples lanche promovido por nossa equipe durante os grupos de hipertensos e diabéticos.

Sem dúvidas, as manifestações de carinho externadas por meio dos agradecimentos dos pacientes me fizeram ver que estava no caminho correto, que tinha feito a escolha certa na minha vida, porquanto ficava feliz ao ver a alegria daquelas pessoas em quererem se cuidar, melhorarem de vida e buscarem novos hábitos de saúde. Ademais, diante disso, constatei que estava honrando o juramento que fiz ao me formar, pois estava levando um conforto e um maior bem estar para aquelas pessoas.

Somando-se ao exposto, é muito bom saber que contribuí de alguma forma para modificar aquela realidade social. Muitas vezes, desde crianças somos incentivados a criar medidas que melhorem o contexto no qual estamos inseridos. Contudo, acabamos crescendo e esse espírito de entusiasmo e de modificação acaba se perdendo e nos acostumamos com a realidade do jeito que ela se apresenta.

Assim, com a intervenção, pude visualizar que é possível tomar a iniciativa, “sair do comodismo” e programar ações que mudem nosso cotidiano, impactando na sociedade atual e levando a ela sentimentos que se encontram de certo modo esquecidos, tais como: solidariedade, fraternidade e compaixão.

Nesse sentido, pode-se afirmar tranquilamente que o aprendizado foi grande naquela localidade. Pude aprimorar meus conhecimentos médicos, além de por em prática ensinamentos adquiridos no período acadêmico, especialmente aqueles voltados ao tratamento humanizado a ser ofertado aos pacientes.

É importante ressaltar, que os ensinamentos aprendidos no curso de Especialização em Saúde da Família, foram essenciais para a melhoria da minha qualificação profissional, principalmente, pela realização de estudos voltados aos temas da prática clínica e os casos clínicos interativos. Além disso, a participação nos fóruns permitiu que eu conhecesse outras realidades do país e pudesse trocar experiências e aprendizados, levando muitos ensinamentos para minha vida pessoal e profissional.

Sem dúvidas, ter contato com profissionais de outras regiões do país me auxiliou na solução de alguns problemas enfrentados na minha realidade de trabalho, uma vez que pude trocar informações e orientações com outros médicos que já haviam enfrentado obstáculos semelhantes aos meus. Ademais, essa troca de experiências possibilitou que eu enxergasse os casos de outro quadrante e não da forma como estava acostumado a analisar.

Finalmente, cumpre afirmar que o curso de especialização supracitado representou uma experiência gratificante e que deixará marcas profundas e significantes em minha vida profissional e pessoal, especialmente por ter me possibilitado colocar em prática um projeto de intervenção que serviu para modificar de algum modo a realidade da atenção à saúde do bairro Guarapes.

Bibliografia

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-177.html>. Acesso em 05 jul. 2013.

Wikipédia. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Guarapes>. Acesso em 05 jul. 2013.

SAUDE, Ministerio da. Caderno de Atenção Basica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2006

SAUDE, Ministerio da. Caderno de Atenção Basica nº 16: Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.

Diretrizes para o tratamento da hipertensão arterial 2013 - Sociedade Brasileira de Hipertensão.

HIPERTENSÃO, VI Diretrizes Brasileiras de. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2013

ANEXOS

Tabela de coleta de dados:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
1														
2	Adaptados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está em acompanhamento?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		1	Lúcia Santos da Silva	66	1	0	1	0	0	1	0	1	1	
5		2	Valda Mendes da Silva	53	0	1	1	0	0	1	1	1	1	
6		3	José Machado da Silva	57	1	0	1	1	1	0	0	1	1	
7		4	Rita de castro Ferreira da Silva	46	0	1	1	0	0	1	1	1	1	
8		5	Geralda Soares da Silva	57	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
9		6	Patrícia Silva Bento	24	1	0	0	1	1	0	1	1	1	
10		7	Jaqueline da Silva	43	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
11		8	Maria Ubano da Silva	63	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
12		9	Ingrid Vanessa Silda de Macedo	33	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
13		10	Kezia Marques Xavier	35	1	0	1	0	0	1	1	1	1	
14		11	Ana Lúcia alvez	44	1	0	1	0	0	1	1	1	1	
15		12	Daniela da Silva	49	1	0	1	0	0	1	1	1	1	