

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4



**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**

Marcelo José Carlos Alencar

Pelotas, 2014

Marcelo José Carlos Alencar

**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**

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UNASUS/UFPEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Caroline Lemos Martins

Pelotas, 2014

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

A368m Alencar, Marcelo José Carlos

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 / Marcelo José Carlos Alencar; Caroline Lemos Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

89 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. Martins, Caroline Lemos, orient. II.
Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

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

Agradecimentos

Agradeço, de início, a Deus, por ser o Senhor de tudo, bem como a Danielle 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.....	57
Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	58
Figura 3 – Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.	59
Figura 4 – Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.	60
Figura 5 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	61
Figura 7 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	62
Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	63
Figura 9 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	63
Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	64
Figura 11 – . Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	65
Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	65
Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.....	66
Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	67
Figura 15 -. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. ...	68
Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.....	68
Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	69
Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	70
Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.....	71
Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.....	71
Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	72

Figura 22 – Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.	73
--	-----------

Lista de Abreviaturas e Siglas

CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
EACS	Equipes de Agentes Comunitários
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
3. Relatório da Intervenção	52
4. Avaliação da Intervenção.....	57

Resumo

Marcelo José Carlos Alencar. 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; 89f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós - Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes *mellitus* são doenças de alta prevalência no Brasil e no mundo, justificando a implantação de estratégias de prevenção e de tratamento destas patologias na atenção primária à saúde. O presente estudo teve por objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* da Unidade de Saúde do Guarapes, no município de Natal, Rio Grande do Norte. As atividades foram desenvolvidas no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, contemplando 12 semanas de intervenção e teve como objetivos específicos ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e; promoção da saúde. As atividades contemplaram quatro eixos de atuação: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Para a coleta de dados, utilizou-se a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família, a qual era preenchida e atualizada sempre que os usuários compareciam a unidade. Posteriormente, estas informações eram digitadas na planilha de coleta de dados, permitindo fazer a avaliação do andamento da intervenção e dos indicadores. A intervenção faz parte das atividades previstas no projeto intitulado “Qualificação das ações programáticas na atenção básica em saúde”, obtendo parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob número 15/12. Ao longo das 12 semanas de intervenção, foi possível cadastrar 30,2% (127) dos hipertensos e 17,6% (42) dos diabéticos da área. Destes, 100% dos usuários (56) hipertensos e (19) diabéticos faltosos às consultas receberam busca ativa; 98,4% (125) dos hipertensos e 100% dos diabéticos tiveram o exame clínico apropriado; 98,4% (125) dos hipertensos e 100% dos diabéticos tiveram seus exames complementares em dia; 100% dos hipertensos e diabéticos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular e seus registros adequados na ficha de acompanhamento; 99,2% (126) dos hipertensos e 100% dos diabéticos foram submetidos à estratificação do risco cardiovascular; 63,8% (81) dos hipertensos e 69% (29) dos diabéticos tiveram avaliação odontológica. Ainda, 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo. Por fim, é importante destacar que a intervenção proposta possibilitou melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde do Guarapes.

Palavras-chave: Hipertensão; diabetes mellitus; doença crônica; saúde da família; atenção à saúde; medicina preventiva; saúde pública.

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. O presente volume corresponde à intervenção realizada com os usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na unidade básica de saúde do bairro Guarapes, situado na zona oeste da capital do Estado do Rio Grande do Norte.

Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na unidade básica de saúde; o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica; o relatório da intervenção com descrição das ações; relatório dos resultados e reflexão crítica do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família/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 assembleia 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 Relatório da Análise Situacional

A 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 e a cidade de Macaíba.

O referido local apresenta características típicas de cidades de pequeno porte do interior do estado, contando, inclusive, com áreas de zona rural. O bairro Guarapes 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, além de apresentar problemas em relação à segurança pública, pois, possuindo elevados índices de criminalidade e ruas em péssimas condições de pavimentação e/ou calçamento.

O município de Natal, por sua vez, possui, aproximadamente, 803.811 habitantes, com uma densidade populacional de 4.734,07 hab/km (BRASIL, 2013). No que tange ao 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 (BRASIL, 2013).

Percebe-se que a expansão das equipes de saúde da família não aconteceu conforme pactuado no Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2006-2009, que almejava cobrir 77% da população (BRASIL, 2013). 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 para o ano de 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 de Saúde (EAC) e Equipe de Saúde Bucal (ESB); 09 EACS (BRASIL, 2013).

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). Os NASF 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 constituem como porta de entrada do sistema e atuam 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 município.

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. Nessa senda, 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 procedimentos em 2004, para 51.914 em 2009 (BRASIL, 2013). O município conta ainda com um Laboratório Regional de Prótese Dentária.

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 (BRASIL, 2013). 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 reduz 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 5% do total de leitos. Importante relatar 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 usuário 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.

Hodiernamente, existem 159 profissionais farmacêuticos na rede de serviços da SMS. Destes, 47 foram cedidos pela 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.

Além destes exames promovidos na rede própria, a SMS realiza outros tipos de exames laboratoriais complementares, tais como onco-hematologia, citologia oncótica 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 de mais de 10 mil habitantes, sendo sete mil usuários cadastrados na unidade. Por estar situada distante da zona urbana da cidade, conta 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.

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. Outro fato alarmante é a ausência de atendimentos odontológicos na unidade há mais de quatro anos, em virtude da falta de manutenção do consultório do dentista. Desta forma, não são realizados os exames de citologia oncótica ou “exame preventivo”, devido ao fato de não terem sido fornecidas lâminas para a

coleta. Somando-se a isso, estou impossibilitado atualmente de prescrever medicações psicotrópicas diante da falta de receituário do tipo B (azul), o qual ainda 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 e participam de assembleias para planejamento de reivindicação de aumentos salariais.

Ademais, fiquei “assustado” diante da desorganização de todos 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 ESF, sendo a minha composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; no momento, ainda estamos sem dentista. A equipe me acolheu da melhor maneira possível. A comunidade se mostrou bastante receptiva com o “novo médico”, tendo em vista que estou substituindo um médico bem mais experiente, com mais de quarenta e oito anos de formação, 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.

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 dos serviços médicos prestados naquela localidade.

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 ESF.

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 usuários 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 usuários.

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” 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 usuário 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 cada uma, o que corresponde a uma boa média de atendimentos 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 usuários 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 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 está 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 que 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 de prevenção deste câncer 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 exames preventivos nas mulheres, dificultando, assim, o controle desta enfermidade naquela região.

Vale asseverar que o único indicador que possui um valor mais elevado diz respeito à orientação sobre a doença e medidas de prevenção, alcançando 84% das mulheres que realizam este exame, 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 necessária 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 melhoria diz respeito à organização dos dados coletados, uma vez que 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 usuários 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 usuários, 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 usuários 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 e durante as visitas domiciliares, orientá-las acerca da importância de se estar em dia com os exames, 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 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 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% no que tange à HAS na região, o que corresponde a uma porcentagem relativamente baixa. Disso extrai-se a ideia de que a hipertensão pode ser tida como uma “epidemia” que atinge diversas camadas da sociedade, independentemente da classe social, necessitando, assim, de uma maior atenção tanto por parte do governo como dos profissionais da saúde, conforme é atestado pelos dados encontrados no preenchimento do Caderno das Ações Programáticas - aba Hipertensão.

Tomando-se por norte este dado, 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 usuários 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%, 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 ao diabetes mellitus apresentaram baixos valores, refletindo, com isso, a

urgência na 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 durante as consultas. Isso porque a grande parte dos usuários 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 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 de Ações Programáticas, pode-se aduzir que os indicadores de 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 seja atendida pelas equipes de saúde atuantes, algumas pessoas desse grupo etário “negligenciam” o acompanhamento de sua saúde ou 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, portanto, a equipe de saúde

da UBS focar, especialmente, nessas questões durante os atendimentos e 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 se encontram 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. Porém, 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 opção a não ser encaminhar o usuário 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.

1.3 Texto comparativo

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.

Cumpre 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 Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006a) 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). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos aumenta a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão, ou seja, 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. Em relação ao diabetes mellitus (DM), estima-se que seis 6 milhões de usuários possuem tal patologia, em conjunto, essas patologias são responsáveis pela primeira causa de mortalidade, de hospitalizações, de amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

A ação a ser promovida terá por foco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), visto o grande número de usuários acometidos por essas patologias na Unidade Básica de Saúde do bairro Guarapes. O nosso maior objetivo durante essa ação será 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. Sendo assim, abas doenças tratam-se de um problema de saúde pública e na Unidade de Saúde do Guarapes essa realidade não é diferente, uma vez que temos um número cada vez maior de usuários acometidos por tais patologias, 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 usuário devem ser obtidos de forma completa e convencional e deve ser dada uma atenção especial à pesquisa de fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes mellitus (obesidade, uso de bebidas alcoólicas, predisposição familiar, entre outras). Infelizmente, com a desorganização dos prontuários e por não termos uma ficha específica para esse tipo de atendimento, temos um pouco de dificuldade na elaboração desses itens que são de fundamental importância no acompanhamento dos usuários portadores de tais patologias. Além disso, os usuários em tratamento medicamentoso devem ser reavaliados pelo menos mensalmente até que a pressão arterial volte ao normal e que se ajustem os esquemas terapêuticos. Estes usuários não possuem suas consultas previamente agendadas, o que dificulta o trabalho do profissional e o acompanhamento correto e seguro do usuário.

E para finalizar um dos itens que mais nos preocupa nestes usuários com HAS e DM é a falta de adesão. Alguns usuários não tomam os medicamentos no dia da consulta ou nos dias prévios para ver se já estão curados. Outros param o diurético porque já não observam 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, falta de acompanhamento regular, falta de orientações, falta de um atendimento de qualidade e pela grande dificuldade que temos encontrado no manejo correto desses usuários resolvemos implementar esse foco de intervenção que terá grande impacto para a comunidade e para nós profissionais de saúde.

Esses comentários demonstram que o manejo destas patologias 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 usuários. Equipes multidisciplinares para atendimento e acompanhamento de usuários 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 usuários, 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. 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. Diante de usuários com essas patologias é de extrema importância que eles consigam entender a doença e saber o porquê estão tomando a medicação. Só assim, acredita-se que eles passarão a frequentar os grupos, a praticar exercícios físicos regulares e a incorporar na dieta alimentos saudáveis. Procuramos, desta maneira, intervir em uma das maiores dificuldades de nossa unidade: o manejo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Não há dúvidas de que essa ação mudará a realidade dos usuários e da história do Guarapes.

2.2 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus* na Unidade Básica de Saúde do Bairro Guarapes, situada no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte.

2.2.1 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promoção da saúde.

2.2.2 Metas

Relativas ao objetivo 1:

Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Cadastrar 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:

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

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

Relativas ao objetivo 3:

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4:

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

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

Relativas ao objetivo 5:

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6:

Garantir avaliação odontológica a 60% dos usuários hipertensos.

Garantir avaliação odontológica a 60% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Eixo Organização e Gestão de Serviço:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários 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 usuários hipertensos.

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar 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 usuários 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 usuários.

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 usuários, como balança, tensiômetro. Os ACS serão informados sobre a importância da atualização dos dados cadastrais dos usuários. Um turno por mês será dedicado ao acolhimento de usuários oriundos de buscas domiciliares. Será garantido um espaço reservado para anotações de todos os membros da equipe na ficha do HIPERDIA e na ficha-espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família (ANEXO A), permitindo fazer uma avaliação ampla e multiprofissional do usuário. Será solicitada a quantidade exata de exames necessários, de acordo com protocolo, evitando gastos desnecessários e perda de tempo. A avaliação continuada de cada usuário por meio de fichas específicas (ANEXO A), contará com dados detalhados sobre os mesmos, as quais serão preenchidas em cada consulta e, posteriormente, os dados serão repassados para a planilha de coleta de dados (ANEXO B). É importante destacar que os usuários hipertensos terão o cartão do hipertenso (ANEXO C) devidamente preenchido pelos profissionais da equipe sempre que comparecerem a unidade de saúde. Será garantido o agendamento do maior número de consultas para os usuários considerados de alto risco cardiovascular. Os usuários 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 usuário do HIPERDIA. Será solicitado a Secretaria de saúde do município, medicações antitabagismo para distribuição gratuita.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

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 a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como 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 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 usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitorar o número de usuários 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, estes usuários serão incorporados ao programa HIPERDIA, com o preenchimento da ficha-espelho (ANEXO A) e da planilha de coleta de dados (ANEXO B) e distribuição do cartão do hipertenso (ANEXO C), para garantir monitoramento e acompanhamento destes

usuários. Para o preenchimento destas informações será utilizada a ficha-espelho proposta pelo curso, na qual será registrada a avaliação clínica do usuário. Assim, será estabelecido um protocolo de atendimento, com fichas específicas contendo dados relevantes na avaliação global do usuário do HIPERDIA, que permita realizar estratificação de risco, níveis pressóricos e exames solicitados. Para os usuários 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 Engajamento Público:

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).

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

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

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

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

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

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários 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 hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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 busca ativa por parte dos ACS, estimulando a população acima de 18 anos, a realizar pelo menos uma consulta anual na unidade de saúde. 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, nos encontros com o grupo de HIPERDIA, 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 usuários informações precisas sobre suas patologias e cuidados necessários nas consultas e grupos do HIPERDIA. O atendimento aos usuários será realizado mediante os protocolos específicos (BRASIL, 2006a; BRASIL 2006b). Será permitido que os usuários 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 usuários, como alimentação saudável e abandono do tabagismo. Os participantes serão informados sobre a importância do acompanhamento odontológico regular, mostrando a necessidade de lutar por melhorias no atendimento. Os familiares dos usuários participantes do HIPERDIA também serão incluídos nas atividades. Reiteração em palestras e consultas sobre o impacto da perda de peso a atividade física regular na qualidade de vida dos usuários. Nas atividades em grupo, serão discutidos os malefícios do tabagismo, possibilidades de tratamento e acompanhamento psicológico.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

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 a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

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 para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Para melhoria da qualidade da atenção ao usuário hipertenso e diabético, será utilizada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (ANEXO A) para seguimento de tais usuários, com informações clínicas detalhadas. Os usuários faltosos serão identificados e os ACS farão a busca ativa. Durante as reuniões de equipe será discutido o protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos e as causas do descumprimento de solicitações médicas serão avaliadas. Para o atendimento aos usuários será realizada a divisão de tarefas entre os membros da equipe, desde a marcação de exames, preenchimento das fichas-espelho e atendimento, para facilitar o andamento das ações. Será realizada a capacitação da equipe quanto aos cuidados específicos com os usuários 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 um 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.5. 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 3.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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 (BRASIL, 2006a) e o do Caderno de Atenção Básica nº 16 para a DM (BRASIL, 2006b), ambos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no ano de 2006.

No que tange ao registro específico dos dados dos usuários a serem colhidos no decorrer da ação realizada, a fim de viabilizar o monitoramento, impende asseverar que tais informações serão armazenadas na ficha-espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da família (ANEXO A) e incluirá, por exemplo, valores quantitativos de colesterol, glicemia, triglicérides, ureia, creatinina.

Importante destacar que com o desenvolvimento da intervenção pretender-se-á alcançar uma média de trezentos (300) hipertensos e cento e dez (110) diabéticos. Para tanto, entrar-se-á em contato com o gestor municipal, a fim de que este disponibilize cerca de 410 fichas-espelho (ANEXO A), além de imprimir 410 cartões do hipertenso (ANEXO C), 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 disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da família (ANEXO A).

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 usuários e transcreverão 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 final de cada semana, 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 usuários. Hipertensos e diabéticos que

Monitoramento da intervenção	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. Relatório da Intervenção

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

Conforme já assentado em momento anterior, as ações desenvolvidas no âmbito da intervenção promovida na Unidade de Saúde do Guarapes, localizada no município de Natal/RN, tinham por foco principal melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) atendidos no serviço. Tal escolha se deu em razão da alta demanda de pessoas portadoras dessas enfermidades naquela localidade.

Sendo assim, inicialmente, o projeto de intervenção, realizado no ano de 2013, previa ações de conscientização, informação e orientação sobre os aspectos norteadores das patologias citadas, haja vista ser comum o desconhecimento dos riscos que envolvem tais doenças quando não corretamente tratadas e controladas.

Sob o aspecto específico, buscou-se ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão desses usuários ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ofertado a esses usuários na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, além da promoção da saúde.

Inicialmente, a definição do foco de intervenção foi discutida com a equipe, a qual foi capacitada conforme os protocolos preestabelecidos (BRASIL, 2006a; 2006b). Sendo assim, durante as reuniões de equipe discutiu-se a importância de manter um acompanhamento regular e sistematizado destes usuários. A ficha-espelho e planilha de coleta de dados foi apresentada a equipe, a qual comprometeu-se em preencher e manter atualizada as informações dos usuários

cadastrados na intervenção. Nestas reuniões, foi estabelecido o papel de cada profissional na intervenção e o cronograma das atividades.

Em relação ao HIPERDIA, as ações coletivas foram realizadas semanalmente. Estas reuniões foram sempre muito proveitosas, contando com a animação e participação de vários profissionais e usuários, instalando-se, pois, um ambiente harmonioso, descontraído e apto para o desenvolvimento das atividades.

Os ACS, nada obstante a morosidade apresentada em alguns momentos, tiveram uma participação de grande relevância nas ações de intervenção, porquanto foi a partir da atuação deles que vários usuários tomaram conhecimento da existência e objetivos do grupo formado, facilitando uma maior adesão das pessoas ao referido grupo, contribuindo, assim, para os resultados satisfatórios obtidos.

Diversos usuários, portadores das patologias em questão, que não frequentavam há algum tempo o posto de saúde, retomaram as consultas de rotina, voltaram a dar mais atenção aos medicamentos prescritos, se interessaram pela prática dos exercícios físicos, compartilhando, até mesmo, as dificuldades que enfrentavam quando das atividades físicas, inclusive as dores sentidas, durante as reuniões semanais.

Ademais, os usuários participantes da intervenção realizaram todos os exames solicitados, o que causou, particularmente, um grande sentimento de alegria e euforia, vez que pude perceber os efeitos benéficos que a intervenção estava causando naquela comunidade, em especial naquelas pessoas tão carentes de atendimento médico eficaz e de qualidade.

Destarte, pode-se asseverar que os resultados encontrados foram muito satisfatórios e as ações inicialmente propostas foram cumpridas, afinal o projeto contou com um número significativo de usuários cadastrados e de profissionais engajados. Além disso, um número expressivo de hipertensos e diabéticos passaram a frequentar a unidade de saúde e tiveram maior acesso à informações sobre prevenção e cuidados de suas patologias, além de passar a praticar exercícios físicos regularmente e regularizar o uso das medicações indicadas.

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

Quanto à coleta e sistematização de dados referentes à intervenção, após o retorno dos profissionais à unidade após o movimento da greve, as fichas-espelho e

as ações da intervenção foram retomadas. Sendo assim, semanalmente, as informações obtidas nas fichas-espelho eram preenchidas na planilha de coleta de dados, e os indicadores eram avaliados, possibilitando a criação de novas estratégias para melhorar a qualidade da intervenção.

Em relação às dificuldades encontradas na coleta dos dados percebe-se que houve certa dificuldade no preenchimento das fichas-espelho, porquanto, alguns valores foram coletados de modo equivocado. Exemplo disso foi no momento da medição da circunferência abdominal. Percebi que não havia a técnica correta, por isso alguns valores estavam enviesados.

Outro ponto se deu na aferição da pressão arterial, em que os usuários tinham seus valores medidos logo que chegavam à Unidade, não se respeitando o intervalo de 30 (trinta) minutos em repouso.

Diante de tais equívocos, repassei as orientações adequadas às técnicas de enfermagem, as quais acolheram com atenção os informes que passei, apesar de já terem mais de trinta anos de profissão e estarem acostumadas a fazer tudo de uma forma própria. Promover mudanças nem sempre é algo fácil de conseguir, mas percebi que as profissionais citadas se empenharam em fazer aquilo que lhes foi repassado.

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

Nesse pórtico, pode-se afirmar que as ações planejadas foram desenvolvidas de maneira exitosa e buscou-se manter o cronograma do projeto. Contudo, como referido anteriormente, houve um pequeno atraso no andamento da intervenção devido a greve no município, uma vez que a maioria dos profissionais estavam ausentes na unidade, permanecendo apenas os três médicos, diretor e administradora.

Importante mencionar que não houve qualquer ação prevista que não tenha sido executada ao longo das doze semanas de intervenção. Ocorre mencionar que algumas ações, como a coleta de dados, preenchimento de fichas dos usuários, medição, orientação, chamamento para as reuniões, realização de exames solicitados, por exemplo, tiveram seu desenvolvimento um tanto quanto prejudicados, o que inviabilizou resultados ainda mais satisfatórios.

Apesar das dificuldades a intervenção apresentou resultados satisfatórios, não obstante os obstáculos surgidos no decorrer da intervenção. Os mais relevantes

a serem citados, além da ausência de profissionais no serviço, foram: a morosidade de alguns ACS quanto ao convite dos usuários hipertensos e diabéticos para participarem das ações da intervenção; a negativa de alguns usuários, inicialmente, em participar do grupo; o preenchimento incompleto dos registros nas fichas-espelho dos usuários, a incorreta realização de procedimentos de medição, por exemplo; ausência de alguns profissionais em determinadas oportunidades para o desenvolvimento de ações coletivas; lentidão na realização de alguns exames básicos, entre outros.

Ponto interessante a ser frisado diz respeito à ausência de guardas municipais na unidade de saúde tratada, em especial no decorrer da sexta semana da intervenção. Sem dúvidas, tal situação contribuiu para a falta de alguns usuários no posto, em razão do temor de que algum infortúnio ocorresse, tendo em vista estarmos diante de um dos bairros com maiores estatísticas de violência na cidade. Por isso, a falta de vigilância na UBS prejudicou de certa forma o desenvolvimento das atividades do HIPERDIA.

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

Por derradeiro, verifica-se que as ações previstas no projeto de intervenção poderão perfeitamente ser incorporadas à rotina da unidade básica de saúde. Aliás, a continuidade dessas ações é de grande importância para a população da localidade, em razão do grande número de usuários diabéticos e/ou hipertensos.

Ademais, as ações promovidas não são difíceis de serem colocadas em prática, razão pela qual os profissionais que lá atuam não terão dificuldade em dar continuidade ao projeto criado.

Por óbvio, deve-se sempre prezar pelo aprimoramento, por isso é imprescindível que se verifique a presença dos guardas municipais, de modo que isso não contribua para o afastamento dos usuários das reuniões. Deve-se redobrar a atenção no tocante aos dados coletados e no preenchimento das fichas-espelho dos usuários, possibilitando um controle correto e efetivo.

Seria interessante ainda, manter nestas reuniões, as ações lúdicas e atrativas, oferecendo cafés ou chás, que sirvam, inclusive, como orientação nutricional para tais usuários.

Impende destacar, finalmente, que fiquei bastante satisfeito e feliz por dar o “pontapé” inicial para esse projeto, o qual, sem dúvidas, trouxe resultados muito benéficos para aquela comunidade, em especial para os portadores das patologias ora tratadas. Acarreta uma sensação de bem-estar, de “dever cumprido” e de saber que pude contribuir de alguma forma para melhorar a qualidade de vida desses usuários, honrando, assim, a profissão que escolhi para seguir.

4. Avaliação da Intervenção

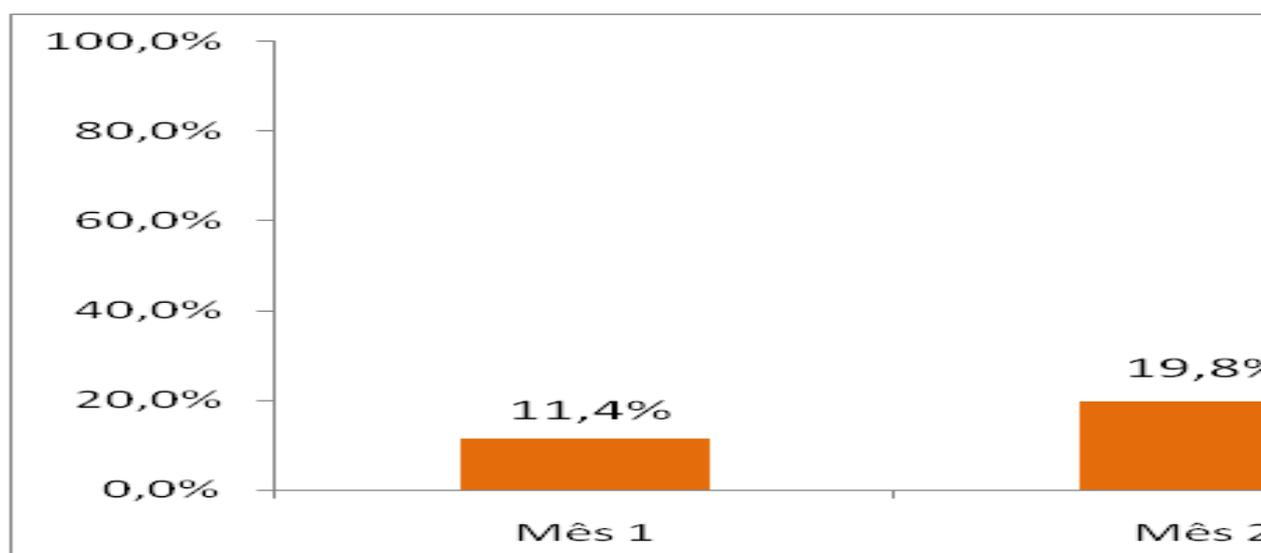
4.1 Resultados

No que concerne aos resultados, pode-se observar, atentando-se para os números constantes dos gráficos abaixo, que estes foram bastante satisfatórios, alcançando-se praticamente todas as metas inicialmente traçadas para tal intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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.



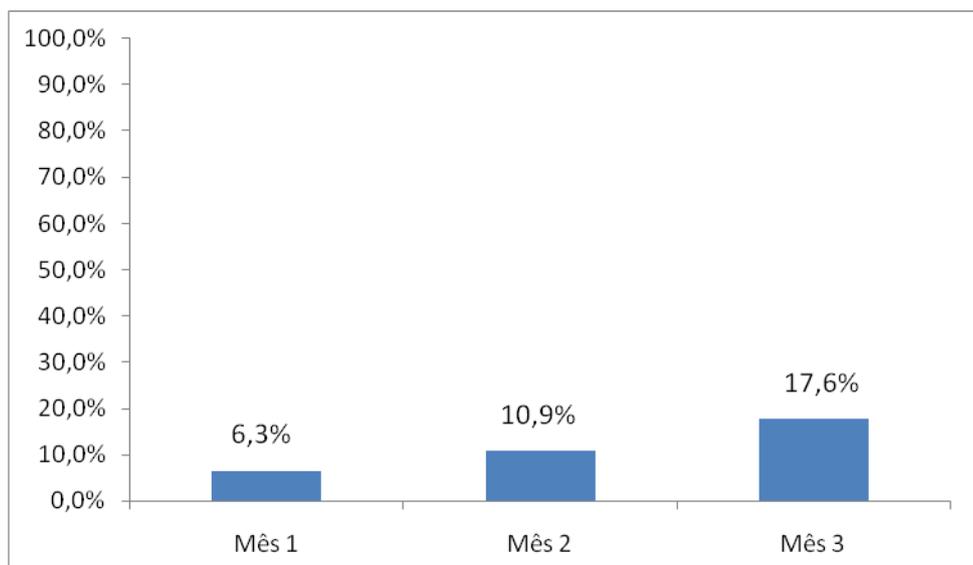
Inicialmente, nossa meta era cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (HIPERDIA) da unidade de saúde. Esta meta não foi alcançada devido às

dificuldades já apresentadas no relatório da intervenção, como a greve dos municipais de Natal, por exemplo.

Nossa estimativa era 420 hipertensos residentes na área. Nossos resultados demonstram que no primeiro mês foi possível cadastrar 11,4% (48) dos hipertensos; 19,8% (83) no segundo mês e 30,2% (127) no terceiro mês. Mesmo após o término da intervenção, os profissionais do serviço foram incentivados a continuar o cadastramento da população para que uma porcentagem maior de usuários sejam beneficiados com tais ações.

Meta 1.2. Cadastrar 80% 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.

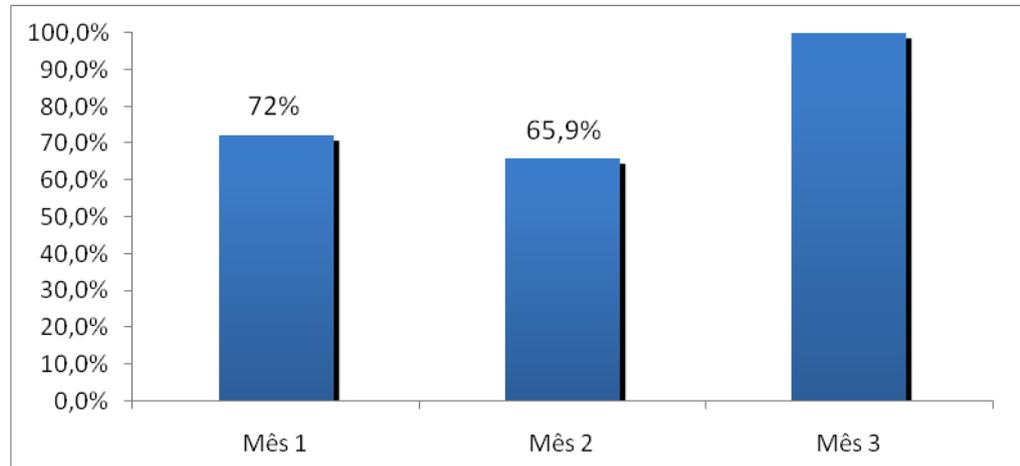


Em relação ao cadastramento dos diabéticos, estava previsto atingir 80% desta população. No território, a estimativa de diabéticos era 238 portadores de tal patologia. No primeiro mês, tivemos 6,3% (15) de diabéticos cadastrados; 10,9% (26) no segundo mês e 17,6% (42) no terceiro mês, não sendo possível alcançar a meta estabelecida inicialmente. Contudo, a equipe continua realizando tais ações para melhorar a qualidade do atendimento à saúde desta população.

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.

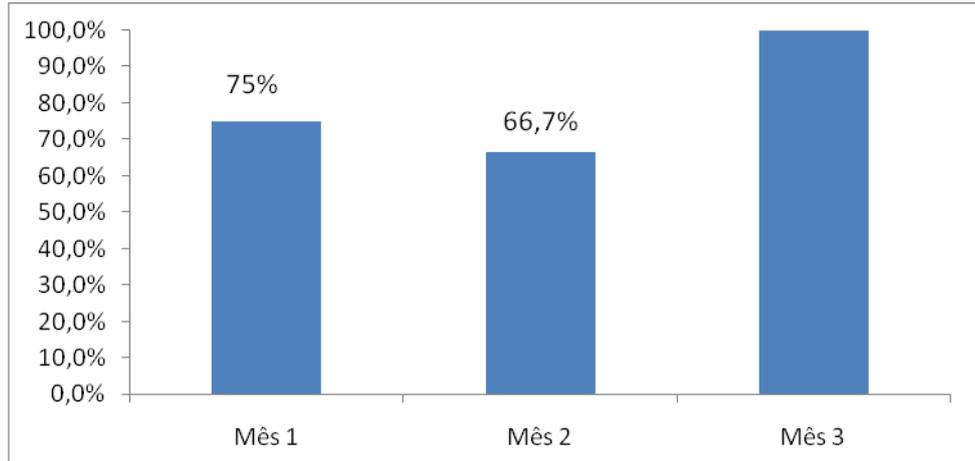
Indicador 2.1. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.



No primeiro mês de intervenção, 72% (18) dos hipertensos faltosos às consultas receberam busca ativa; 65,9% (27) no segundo mês, e 100% (56) no terceiro mês. Ao final do terceiro mês conseguimos alcançar a meta estipulada no projeto de intervenção, uma vez que 100% dos hipertensos receberam busca ativa. É importante destacar que sempre que um usuário hipertenso e diabético faltava a consulta agendada, a equipe de saúde fazia o preenchimento da ficha-espelho e uma visita domiciliar era agendada com a ACS responsável pela área.

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.

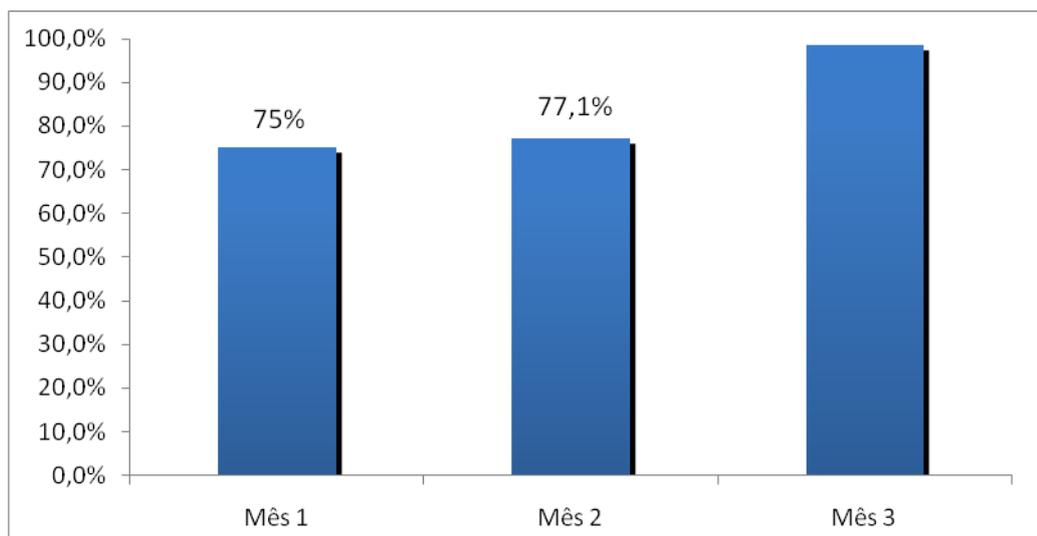


Em relação a busca ativa dos diabéticos, importa ressaltar que a meta estabelecida inicialmente foi alcançada ao final dos três meses de intervenção, quando 19 diabéticos faltosos às consultas receberam este tipo de atenção no terceiro mês. No primeiro mês, a busca ativa foi realizada a 75% (6) dos diabéticos e, no segundo mês, a busca ativa contemplou 66,7% (10) dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário 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.

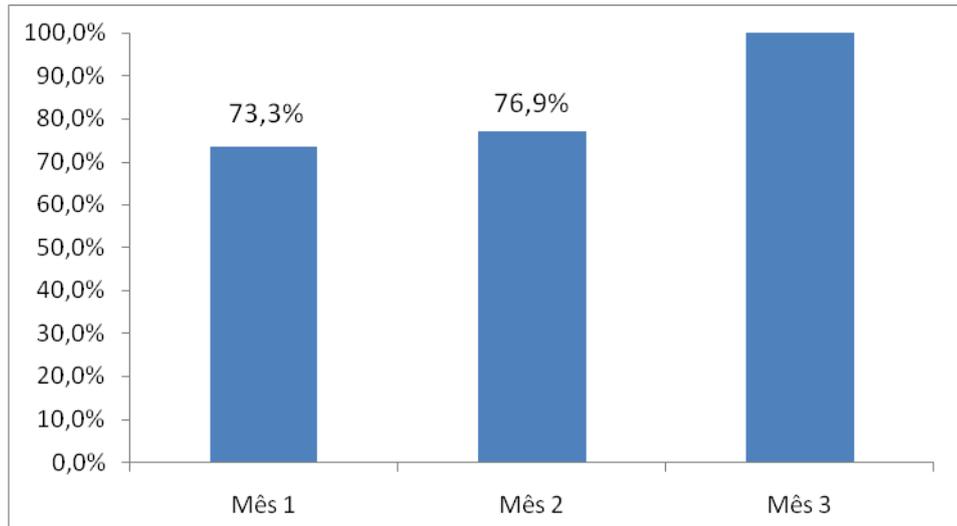


O exame clínico foi realizado em 75% (36) dos hipertensos cadastrados no primeiro mês; 77,1% (64) no segundo mês e 98,4% (125) no terceiro mês. Sendo assim, a meta inicialmente estabelecida (100%), não foi alcançada em sua

totalidade, mas permitiu melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos cadastrados na intervenção, uma vez que possibilitou olhar o indivíduo na sua integralidade e realizar cuidados conforme as suas necessidades.

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

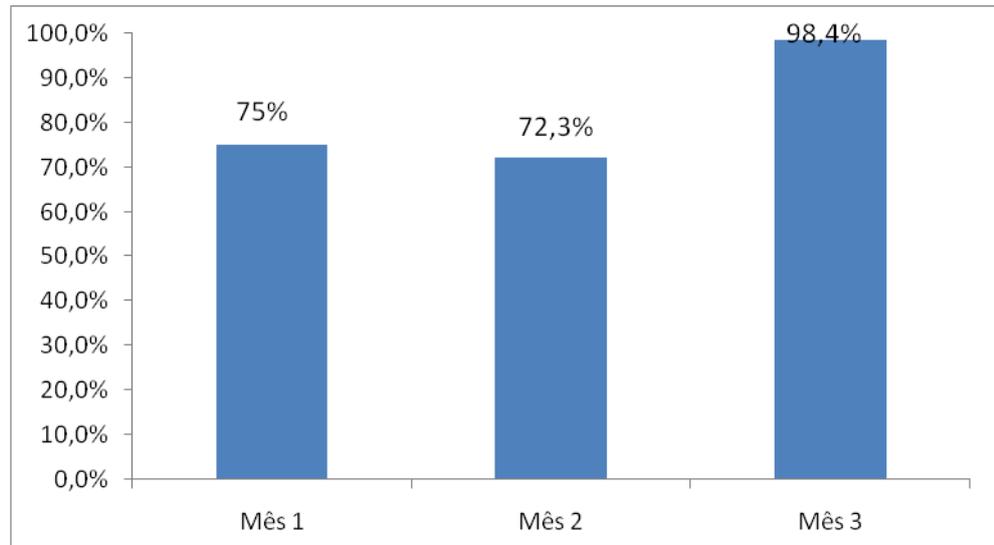
Indicador 3.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.



Todos os diabéticos cadastrados ao longo da intervenção foram submetidos ao exame clínico, atingindo 73,3% (11) dos diabéticos no primeiro mês; 76,9% (20) no segundo mês e 100% (42) no terceiro mês. A meta prevista no projeto de intervenção para o exame clínico dos diabéticos era de 100%, sendo esta alcançada integralmente. Por meio do exame clínico dos diabéticos foi possível melhorar a qualidade da atenção à saúde desta população e realizar cuidados conforme as necessidades de cada usuário.

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

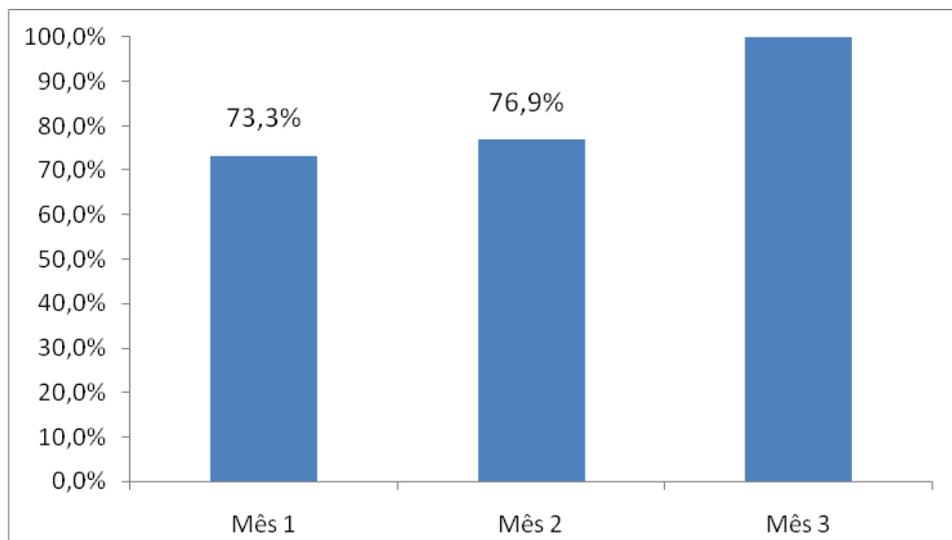
Indicador 3.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



Quanto aos exames complementares, no primeiro mês, 75% (36) dos hipertensos receberam a solicitação dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo; 72,3% (60) no segundo mês e 98,4% (125) no terceiro mês. Observa-se que a meta era garantir que 60% dos hipertensos estivessem com estes exames em dia, esta meta foi cumprida com louvor durante os três meses de intervenção.

Meta 3.4. Garantir a 60% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

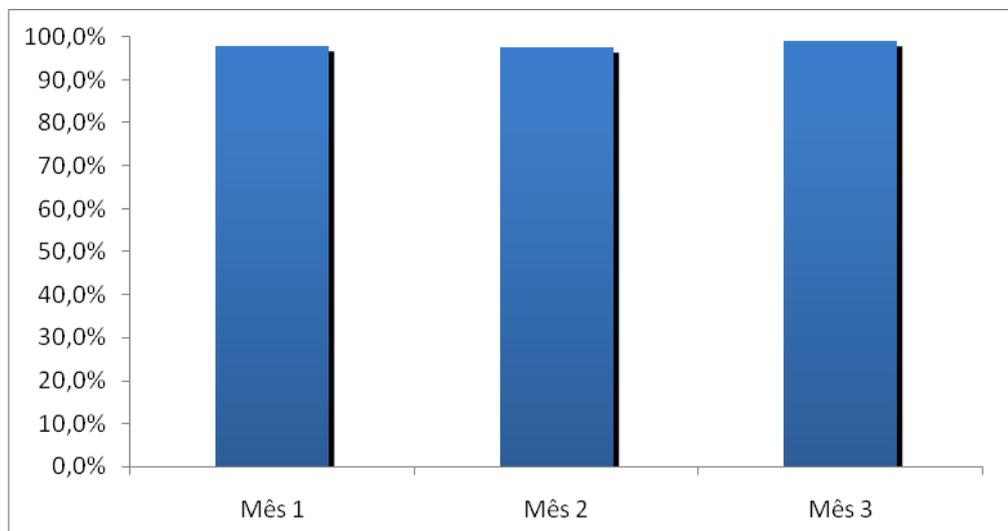
Indicador 3.3. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



Todos (100%) os usuários diabéticos tiveram seus exames complementares em dias de acordo com o protocolo, alcançando a meta estabelecida para este indicador ao longo dos três meses de intervenção. No primeiro e segundo meses, 73,3% (11) e 76,9% (42) dos diabéticos cadastrados receberam estas solicitações, respectivamente.

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

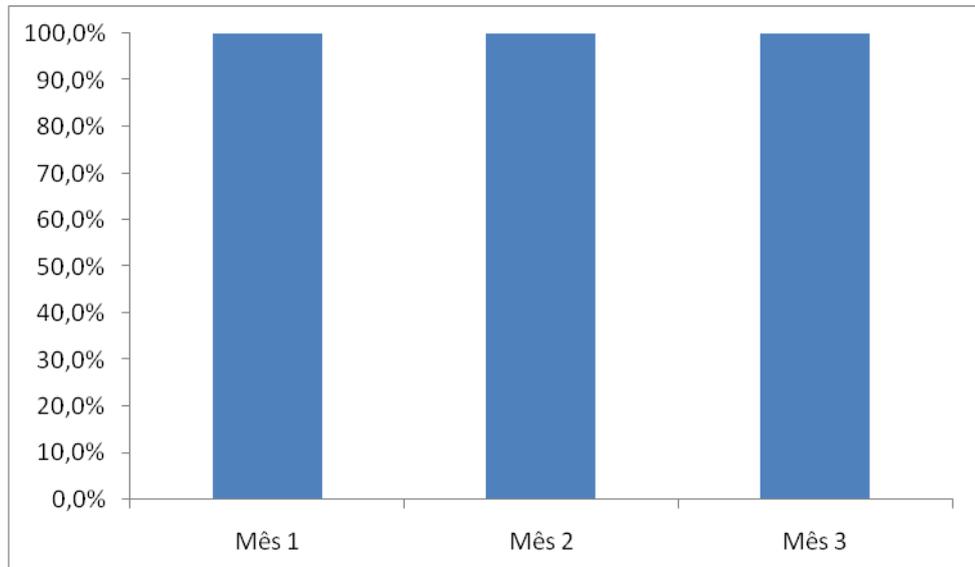
Indicador 3.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.



Quanto à meta de prescrição de medicamentos da farmácia popular, tinha-se como meta garantir a prescrição destes medicamentos para 70% dos hipertensos. Esta meta foi alcançada e superada durante os três meses de intervenção, quando 97,8% (45) dos hipertensos tiveram esta prescrição no primeiro mês, 97,5% (75) no segundo mês e 99,2% (124) no terceiro mês.

Meta 3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

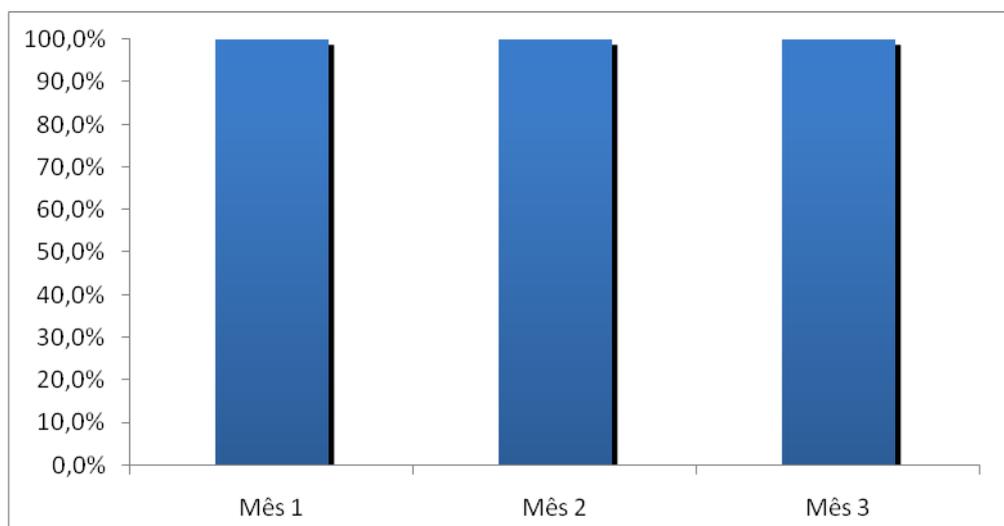


Todos (100%) os usuários diabéticos cadastrados durante os três meses de intervenção receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular, superando a meta estabelecida inicialmente, que era de 70% dos diabéticos com esta prescrição. Sendo assim, no primeiro mês 15 diabéticos receberam esta prescrição, no segundo mês 26 e no terceiro mês 42 diabéticos cadastrados.

Objetivo específico 4. Melhorar o registro das informações.

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

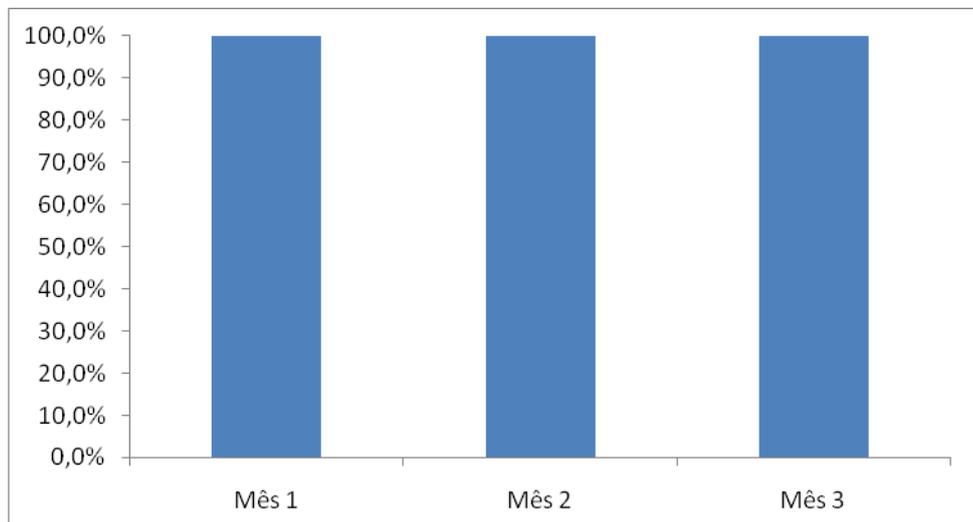
Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.



O registro adequado na ficha de acompanhamento foi garantido a todos (100%) os hipertensos cadastrados na intervenção, ao longo dos três meses de intervenção. A meta idealizada anteriormente, que era de 100%, foi alcançada, garantindo o registro adequado das fichas de hipertensos no primeiro (48), segundo (83) e terceiro (127) meses. Além disso, é importante comentar que sempre que os usuários compareciam à unidade de saúde, a ficha-espelho era atualizada, de maneira a fazer um acompanhamento sistemáticos destes usuários.

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

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

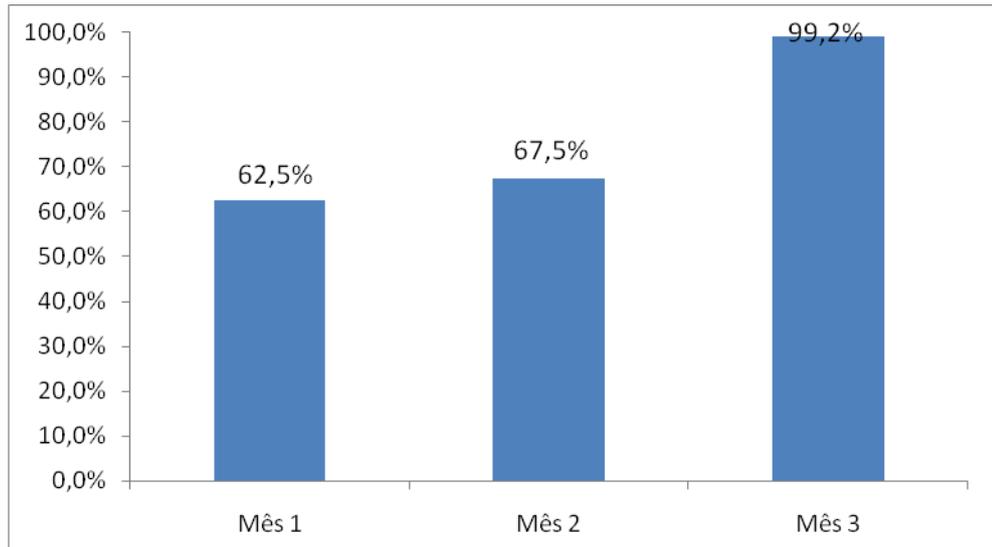


Todos os usuários diabéticos cadastrados na intervenção, sendo 16 no primeiro mês, 26 no segundo mês e 42 no terceiro mês tiveram seus registros adequadamente preenchidos na ficha de acompanhamento. A meta estabelecida no projeto de intervenção, que era garantir a 100% dos diabéticos seus registros adequados na ficha de acompanhamento, foi cumprida nos três meses de intervenção.

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

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

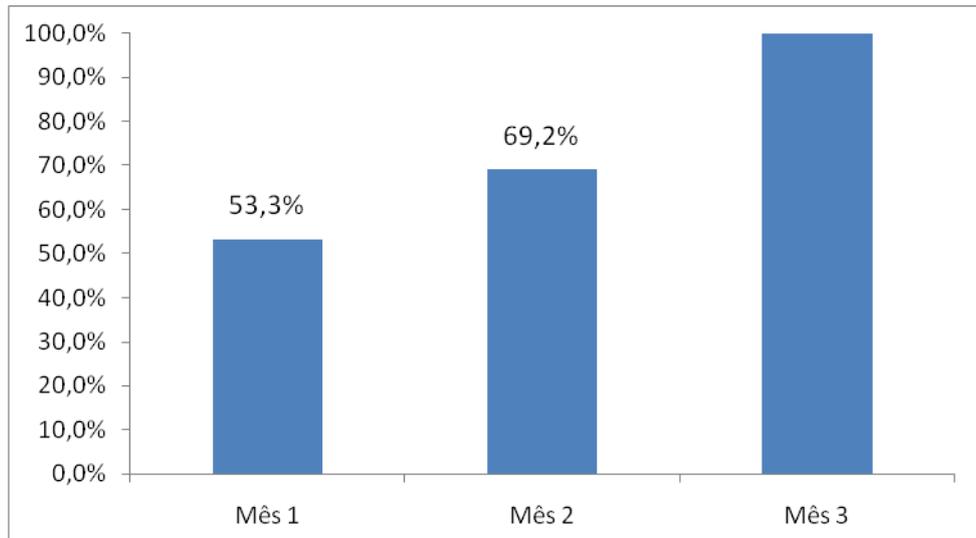
Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.



A meta para a realização da estratificação do risco cardiovascular foi estabelecida, inicialmente, para 70% dos hipertensos cadastrados. A meta foi alcançada apenas no terceiro mês de intervenção, quando, 99,2% (126) dos hipertensos foram submetidos a estratificação do risco cardiovascular. No primeiro mês a estratificação de risco foi garantida a 62,5% (30) dos hipertensos e, no segundo mês, a 67,5% (56) dos cadastrados. Por meio da estratificação de risco cardiovascular foi possível melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos cadastrados na intervenção, sendo esta ação realizada durante as consultas médicas.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 70% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

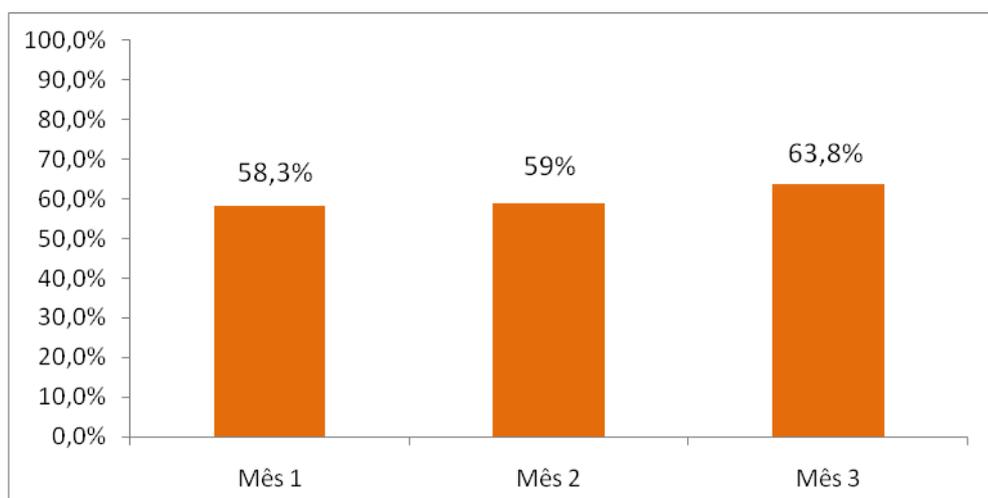


A estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia foi garantida a 53,3% (8) dos diabéticos cadastrados no primeiro mês, 69,2% (18) no segundo mês e 100% (42) no terceiro mês. A meta estabelecida para este indicador era garantir a 70% dos diabéticos a estratificação do risco cardiovascular. Esta meta foi alcançada e superada apenas no terceiro mês de intervenção, quando 100% dos diabéticos tiveram a estratificação de risco realizada.

Objetivo específico 6. Promoção da saúde

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

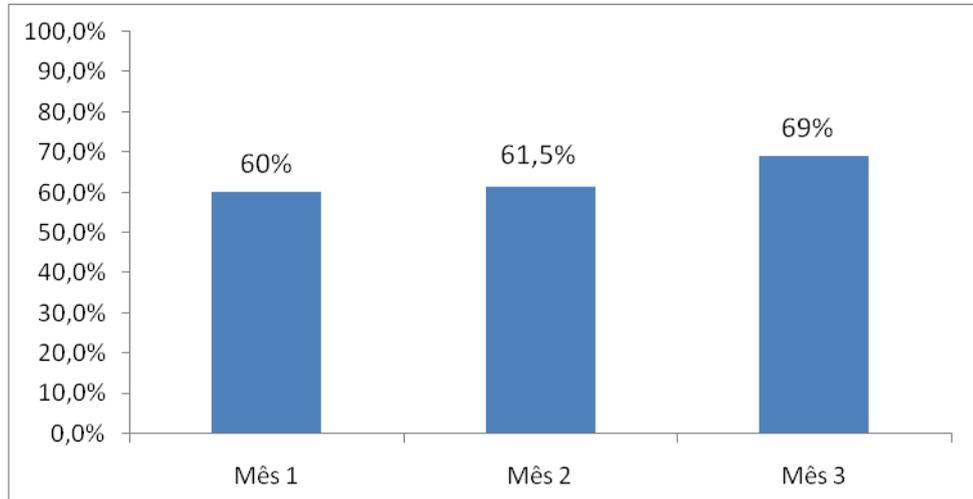


Em relação a promoção da saúde, 58,3% (28) dos hipertensos cadastrados no primeiro mês foram encaminhados e submetidos a avaliação odontológica, 59%

(49) dos hipertensos no segundo mês e 63,8% (81) dos hipertensos no terceiro mês. A meta estabelecida inicialmente, era de garantir a 60% dos hipertensos, a avaliação odontológica, sendo esta meta alcançada apenas no terceiro mês de intervenção.

Meta 6.2. Garantir avaliação odontológica a 60% dos usuários diabéticos.

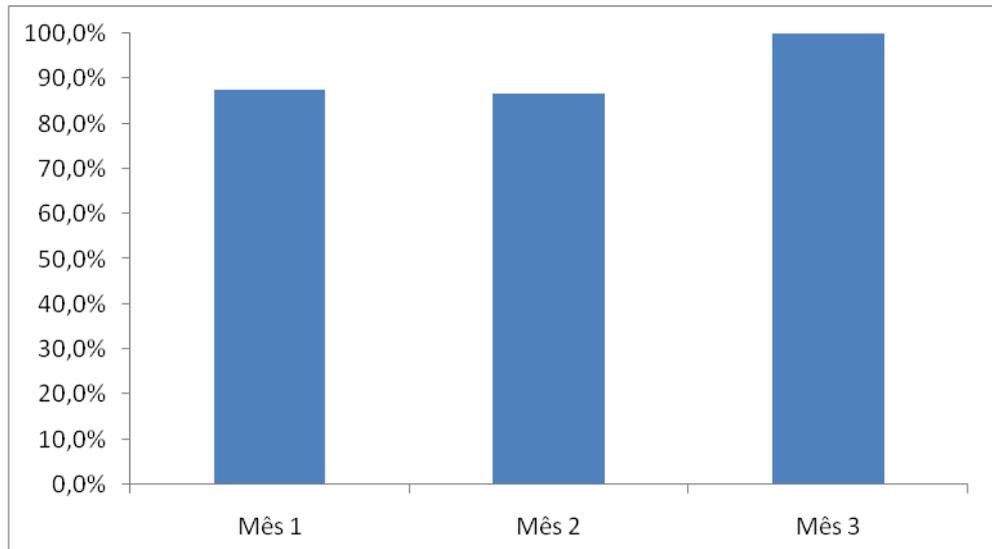
Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.



A avaliação odontológica dos diabéticos foi garantida a 60% (9) dos cadastrados no primeiro mês, 61,5% (16) no segundo mês e 69% (29) no terceiro mês. A meta inicialmente estabelecida era garantir a 60% dos diabéticos este tipo de avaliação, sendo assim, esta meta foi superada desde o primeiro mês de intervenção. Durante as consultas médicas e de enfermagem, os usuários tinham a sua saúde bucal avaliada e eram encaminhados, sempre que necessário a equipe de odontologia. Vale ressaltar o apoio da equipe de odontologia durante toda intervenção, possibilitando melhorar a qualidade da saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

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

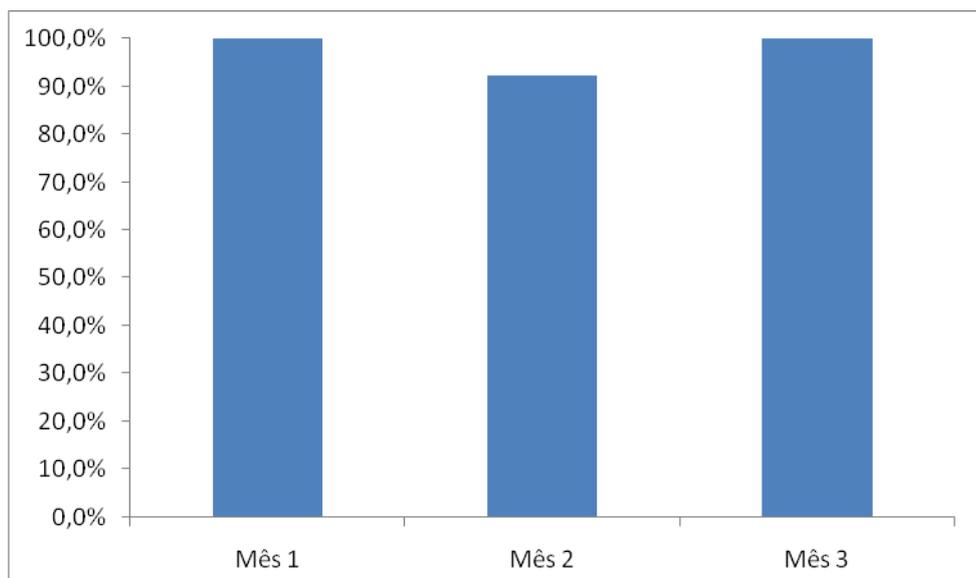
Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.



A orientação nutricional foi garantida a 87,5% (42) dos hipertensos no primeiro mês, 86,7% (72) no segundo mês e 100% (127) no terceiro mês, atingindo a meta de 100% estabelecida anteriormente. As orientações nutricionais eram realizadas pela nutricionista e pelo médico durante os grupos de HIPERDIA e nas consultas individualizadas, possibilitando melhorar a qualidade da atenção à saúde destes usuários.

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

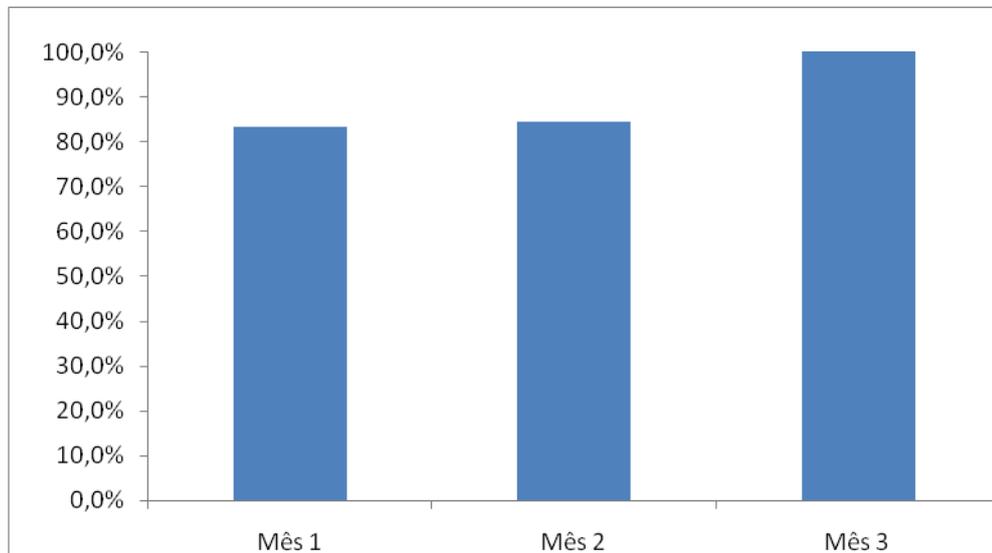
Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.



Todos os diabéticos receberam orientações nutricionais no primeiro (15) e (52) terceiro meses de intervenção. No segundo mês, 92,3% (24) dos diabéticos receberam estas orientações. A meta idealizada de garantir orientação nutricional a 100% dos diabéticos foi atingida no primeiro e terceiro meses. Conforme realizado com os usuários hipertensos, as orientações nutricionais foram realizadas durante as consultas médicas e com a nutricionista e grupos de HIPERDIA.

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

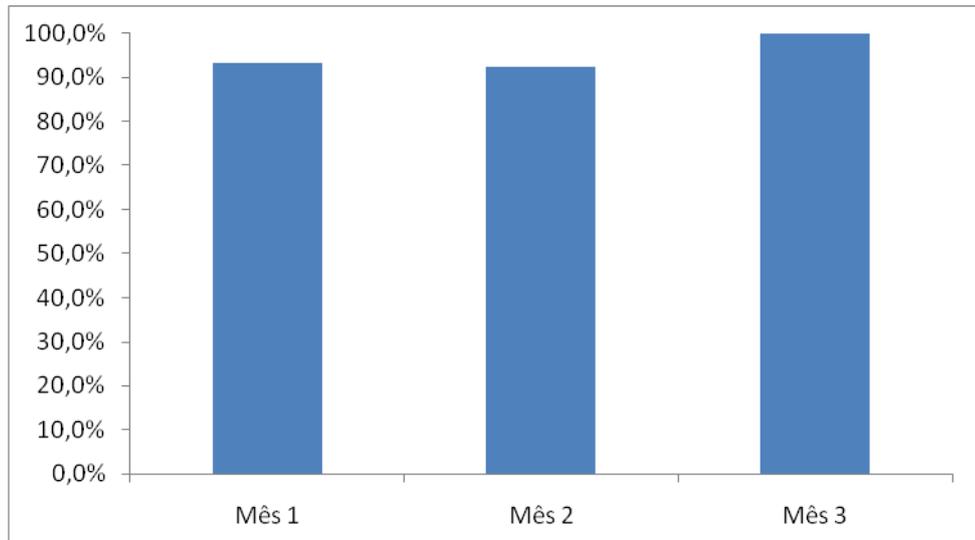
Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.



Quanto à meta de garantir orientação sobre a prática de atividade física regular a 100% (cem por cento) dos usuários hipertensos, esta meta foi alcançada apenas no terceiro mês, quando 127 hipertensos receberam estas orientações. No primeiro e segundo meses, 83,3% (40) e 84,3% (70) dos hipertensos cadastrados, respectivamente, receberam estas orientações durante as consultas médicas e grupos de HIPERDIA.

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

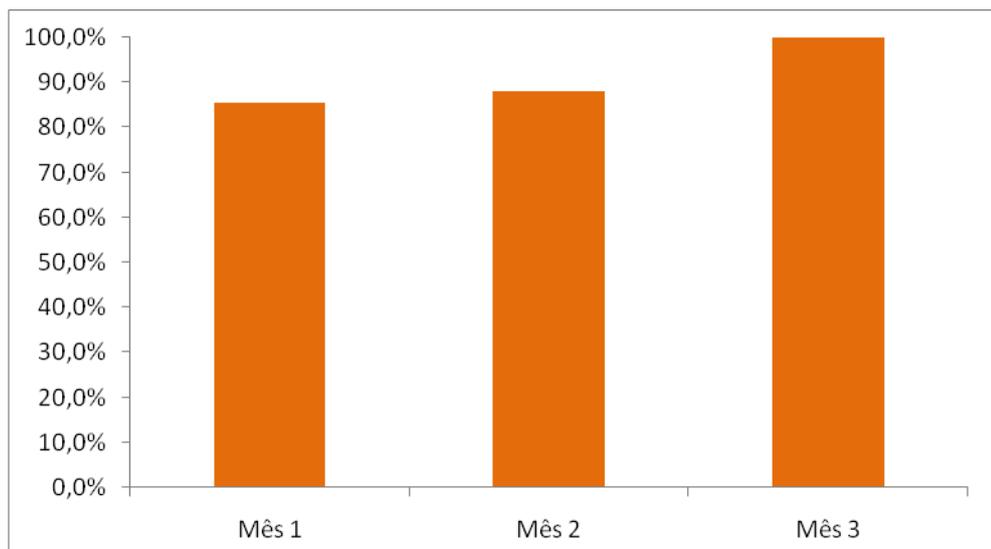
Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.



As orientações sobre prática de atividade física regular também foram garantidas as 100% dos usuários diabéticos no terceiro mês de intervenção, atingindo assim, a meta inicialmente estabelecida para o período. Ainda, no primeiro mês, 93,3% (14) dos diabéticos receberam estas orientações e, segundo mês, 92,3% (24) destes receberam estas orientações durante as consultas médicas e nos grupos de HIPERDIA.

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

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

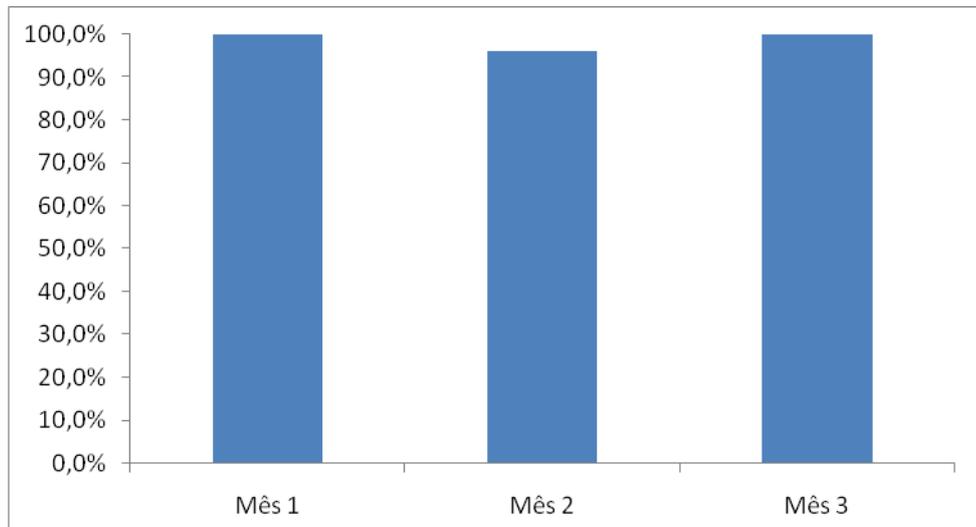


Em relação à meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, tal meta foi atingida no terceiro mês de intervenção,

quando 127 hipertensos receberam estas orientações durante as consultas médicas e no grupo de HIPERDIA. Cabe ressaltar, que no primeiro mês, 85,4% (41) dos hipertensos receberam estas orientações e no segundo mês 88% (73) destes receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

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

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



Todos (42) os diabéticos cadastrados receberam orientações sobre os riscos do tabagismo ao final da intervenção, atingindo a meta de 100% estabelecida anteriormente. Além disso, no primeiro e segundo meses, 100% (15) e 96,2% (25) dos diabéticos receberam estas orientações, respectivamente.

Por fim, apesar dos obstáculos existentes no decorrer do desenvolvimento das ações de intervenção, a maioria dos resultados alcançados, atingiram e superaram as metas inicialmente traçadas para o projeto. Vale ressaltar que as metas de cobertura do programa de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde não foram alcançadas, demonstrando a importância de manter a ação programática na rotina da unidade de saúde mesmo após o final da intervenção.

4.2 Discussão

Nesse momento, importa traçarmos um panorama acerca dos resultados alcançados com a implantação do projeto de intervenção no bairro Guarapes e da

sua importância para as pessoas de diversos segmentos que participaram de tal projeto.

A intervenção na UBS do bairro Guarapes possibilitou o aumento da cobertura da atenção aos portadores de diabetes e hipertensão, maior organização quanto aos registros, dando-se maior ênfase à classificação de risco de ambos os grupos de usuários, bem como à orientação quanto à alimentação e acompanhamento necessário ao tratamento dessas enfermidades.

Ademais, pode-se asseverar que, no geral, a intervenção desenvolvida foi de grande relevância para a equipe de profissionais envolvida, haja vista que foi possível estreitar os laços de convivência tanto entre os profissionais como entre estes e as pessoas da comunidade que aderiram ao projeto.

Isso, indubitavelmente, contribuiu para aflorar o sentimento de humanização no atendimento a estes usuários por parte dos profissionais da saúde, e acredito que auxiliará na implantação de novas estratégias de atendimento e futuras atividades propostas por outros profissionais, notadamente, os médicos.

Somando-se ao alegado, é imperioso afirmar ainda que a intervenção também foi capaz de gerar uma grande sensação de bem estar e de satisfação pessoal para todos os membros da equipe, uma vez que, por meio da contribuição de todos eles, foi possível melhorar as condições de vida e de saúde dos participantes do projeto, levando qualidade de vida a pessoas de baixa renda e as que não faziam um acompanhamento adequado de sua enfermidade.

Quanto ao serviço, é evidente que a intervenção citada também trouxe benefícios significativos para este. Foi possível, por exemplo, diante dos resultados satisfatórios obtidos na intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos, levar maior credibilidade para o atendimento prestado pela equipe de saúde do posto do bairro Guarapes. Além de orientar a todos os profissionais que lá trabalham no correto tratamento a ser dispensado às pessoas portadoras das referidas moléstias e que moram naquela localidade. Ainda, a intervenção colaborou para a organização do serviço, uma vez que estes usuários tinham prioridade no atendimento e vagas específicas eram destinadas a estes usuários, sendo que os mesmos não necessitavam esperar demasiado tempo para realizarem as suas consultas.

Já no que se refere à comunidade daquela região, impende pontuar que esta foi sem dúvidas a maior beneficiada com a intervenção desenvolvida. Com o projeto, levou-se atenção àquele público tão carente, o que fez aumentar a autoestima das

pessoas que lá moravam. Isso contribuiu para que elas passassem a se cuidar melhor, prestar atenção em determinados sintomas, além de passarem a adotar hábitos de vida mais saudáveis, como a prática de exercícios físicos e alimentação correta e equilibrada, por exemplo.

Certamente, tal mudança surtirá ainda mais consequências positivas, porquanto os conselhos e as orientações ofertados nas reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos, as quais se “espalharam” para outras pessoas e, assim, a realidade da saúde pública daquela região tenderá a apresentar índices mais satisfatórios.

Além disso, impende aduzir que, no momento em que foi desenvolvida a intervenção percebeu-se o envolvimento da equipe na realização da mesma, principalmente, no acolhimento inicial dos usuários que chegavam à unidade, na participação do grupo de hipertensos e diabéticos, no preenchimento das fichas-espelho e na avaliação dos indicadores obtidos ao longo da intervenção. É importante destacar também, capacitação da equipe percebeu-se a melhoria da qualidade do atendimento a estes usuários, uma vez que seguiam as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; 2006b).

Considera-se que o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, cabendo aos profissionais que permaneceram na unidade, dar seguimento as ações propostas no projeto de intervenção, de maneira a cadastrar um maior número de usuários possível e levar ações de promoção e prevenção da saúde a todos os hipertensos e diabéticos daquela localidade. Todavia, hoje, diante dos resultados obtidos, talvez reforçássemos mais alguns pontos sobre prevenção destas doenças e suas complicações, ou ainda, criássemos outras ações para atrair um número ainda maior de adeptos ao projeto, como divulgar a intervenção na rádio comunitária do bairro, por exemplo.

No que tange à viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço, pode-se afirmar que não houve dificuldades na implantação da intervenção na rotina do serviço, bem como as ações do projeto de intervenção poderão continuar sendo totalmente incorporadas na rotina dos profissionais que trabalham na referida unidade de saúde. Além disso, as orientações repassadas foram bem sedimentadas e os usuários demonstraram que pretendem segui-las fielmente. Porém, é preciso que os profissionais se mantenham sempre alertas e procurem rotineiramente ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação ao

cuidado dessas doenças e acompanhem os tratamentos destes usuários de forma organizada e rotineira.

No que concerne aos próximos passos a fim de melhorar a atenção à saúde no serviço, é necessário manter o trabalho voltado para orientação e cuidado dos usuários considerados de alto risco, reforçando as orientações sobre prevenção e promoção da saúde. Além do mais, diante dos resultados significativos obtidos nesta intervenção, buscar-se-á implementar novos projetos, especialmente naqueles pontos em que a UBS apresenta maior deficiência, por exemplo, o acompanhamento às gestantes durante o pré-natal.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na Unidade Básica de Saúde do bairro Guarapes do município de Natal, Rio Grande do Norte, como requisito parcial de avaliação da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Durante o período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, a equipe de saúde da unidade implementou um projeto de intervenção com objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na Unidade de Saúde. Ainda, os objetivos específicos foram: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoção da saúde.

Estima-se que 420 hipertensos e 238 diabéticos residam na área adstrita da unidade de saúde. Contudo, durante a intervenção, foram cadastrados 30,2% (127) dos hipertensos da área e 17,6% (42) diabéticos. Estes resultados mostram que, embora a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético não tenha atingido excelentes resultados, a equipe continua somando esforços para garantir que uma porcentagem maior de usuários sejam cadastrados e acompanhados na unidade de saúde.

É importante ressaltar que, ao final da intervenção, 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas receberam busca ativa, tiveram registro adequado

na ficha-espelho e receberam orientação sobre alimentação saudável, prescrição de medicamentos da farmácia popular, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo. Ainda, 100% dos diabéticos tiveram seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tiveram exame clínico apropriado, receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular e realizaram a estratificação do risco cardiovascular.

Em relação aos hipertensos cadastrados; 98,4% (125) tiveram exame clínico em dia; 98,4% (125) tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo e 99,2% (126) dos hipertensos tiveram estratificação do risco cardiovascular. Em relação à avaliação odontológica, 63,8% dos hipertensos e 69% (29) dos diabéticos tiveram esta avaliação.

Com a implantação do projeto de intervenção no bairro Guarapes, a adesão dos profissionais e da população as atividades realizadas, como reuniões de grupo e consultas periódicas, certamente, trouxe resultados positivos para a comunidade. Resultados esses que terão impacto na melhora da qualidade de vida dos usuários, assim como na redução da mortalidade. Afinal, sabe-se que as doenças vasculares no cérebro são as principais causas de mortalidade na população brasileira.

Dessa forma, ao atingirmos as melhorias na qualidade do acompanhamento dos usuários 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.

Ao longo das doze semanas em que estivemos intensamente voltados para a realização da intervenção e análise dos dados, foi possível notar que tal experiência na comunidade foi importantíssima para que muitos usuários retornassem ao seguimento ambulatorial, buscassem atualizar seus exames e agendassem suas consultas. A aplicação de todo esse trabalho ao longo dos três meses exigiu da equipe uma mudança no seu processo de trabalho, fazendo com que a dinâmica de atendimentos da unidade de saúde sofresse pequenas modificações, entre elas, a diminuição quantitativa de fichas nos dias voltados à reunião de grupo e a reserva diária de fichas voltadas a estes usuários.

Certamente tais mudanças voltadas à 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. Destarte, conseguimos aliar um importante trabalho de intensificação na vigilância da saúde dos usuários 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 à rotina de atividades da unidade de saúde, trazendo benefícios a médio e longo prazos para esta população e contribuindo para o acompanhamento regular e de qualidade a estes usuários, além de auxiliar no controle do tabagismo e da dislipidemia e no aumento de sobrevida dos mesmos.

Para a realização da intervenção, a participação ativa da gestão foi de considerável importância na realização das atividades, a qual possibilitou a mudança da rotina de atendimentos e na disponibilização de materiais para o desenvolvimento das ações. Juntamente com tal mudança no ritmo das atividades, tivemos uma equipe multiprofissional atuante e empenhada na realização das propostas de intervenção.

Diante de 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 da Intervenção para Comunidade

Durante três meses (12 semanas), a equipe de saúde da unidade de Saúde do Guarapes, localizada no município de Natal, Rio Grande do Norte, realizou uma intervenção voltada a melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes mellitus (DM) atendidos no serviço.

A nossa unidade de saúde localiza-se na zona oeste da cidade e atende cerca de 16 pessoas diariamente. Destes usuários, estima-se que 420 sejam hipertensos e 238 diabéticos. Antes de iniciarmos a intervenção, percebíamos que muitos usuários não possuíam um acompanhamento adequado de suas patologias e o Programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) tinha uma baixa adesão dos usuários.

Com a implantação do projeto de intervenção no bairro Guarapes, contamos com a adesão dos profissionais e da população nas atividades pretendidas, como reuniões de grupo e consultas periódicas. A importância da intervenção voltada aos hipertensos e diabéticos justifica-se por estas patologias serem comumente observadas no nosso dia a dia, e com acompanhamento e tratamentos adequados, podemos reduzir algumas complicações, como as doenças vasculares no cérebro, as quais hoje são a principal causa de morte na população brasileira.

Ao se falar em doenças vasculares no cérebro, a Hipertensão (Pressão alta) é considerada como o aumento da força que o coração necessita realizar para que o sangue percorra o corpo; e o diabetes é o aumento dos níveis de glicose (um tipo de açúcar) no sangue, gerando alterações nos vasos sanguíneos e no coração. No Acidente vascular Cerebral (trombose) ocorre uma obstrução nos vasos do cérebro ou um sangramento, os quais podem levar à morte. É importante comentar que um mesmo indivíduo pode ter uma ou mais de uma patologia associada, necessitando de um rigoroso acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, principalmente, dos profissionais que atuam na atenção básica.

Dessa forma, ao atingirmos melhorias na qualidade do acompanhamento dos usuários com pressão alta e diabetes, ou seja, ao 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 destas doenças.

Ao longo das doze semanas em que estivemos intensamente voltados para a realização da intervenção no bairro Guarapes, pudemos notar que tal experiência na comunidade foi importantíssima para que muitos usuários retornassem ao seguimento ambulatorial, buscassem atualizar seus exames e agendassem suas consultas de revisão. Sendo possível que os profissionais de saúde fizessem uma avaliação integral da saúde dos indivíduos daquela localidade. A aplicação de todo esse trabalho ao longo dos três meses exigiu uma capacitação da equipe de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, bem como os atendimentos na unidade de saúde sofreram pequenas modificações, entre elas, a diminuição quantitativa de fichas nos dias voltados à reunião de grupo e a reserva diária de fichas para usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Todos os usuários que se dirigiam à unidade eram acolhidos pelos profissionais do serviço e uma consulta com o médico era agendada, além da sua

pressão e glicose avaliadas. As reuniões do grupo ocorriam nas quintas-feiras e um total de aproximadamente 50 pessoas compareciam a unidade. Nestes encontros eram abordados, mormente, assuntos de prevenção, cuidados e alimentação adequada aos portadores de diabetes e hipertensão, sendo, ao final, um lanche era distribuído aos participantes.

Certamente, essas mudanças voltadas à concretização da intervenção foram importantes e não geraram impacto significativo na quantidade de fichas voltadas ao atendimento da comunidade em geral. Dessa forma, conseguimos aliar um importante trabalho de intensificação na vigilância da saúde dos usuários do Hiperdia e, assim, podemos controlar melhor suas doenças e evitar ocorrências de infarto, trombose e amputações de membros.

É importante ressaltar que a equipe teve o apoio da comunidade durante a intervenção, desta forma, o projeto voltado à melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos poderá ser incorporado à rotina de atividades da Unidade de Saúde, trazendo benefícios a médio e longo prazos para todos os usuários cadastrados.

Finalmente, foi possível cadastrar 30,2% (127) dos hipertensos da área e 17,6% (42) diabéticos durante os três meses de intervenção. Ainda, a intervenção possibilitou que os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados recebessem busca ativa, tivessem o registro adequado das informações, recebessem prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizassem exames físicos complementares e a estratificação do risco cardiovascular, tivessem avaliação odontológica e recebessem orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo.

5. Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção

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 usuários, 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 usuários 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 contribui 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 usuários.

É importante ressaltar, outrossim, 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.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

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

ANEXOS

ANEXO C

Cartão do hipertenso

AGENDAMENTO			
DATA	ATENDIMENTO	DATA	ATENDIMENTO

MEDIDAS GERAIS PARA CONTROLAR A PRESSÃO ALTA

- 
DIMINUIR O USO DE SAL NA COMIDA
- 
REDUZIR O PESO
- 
EVITAR O FUMO
- 
FAZER EXERCÍCIOS LEVES EVITANDO FICAR SEMPRE PARADO
- 
EVITAR BEBIDAS ALCOOLICAS
- 
TOMAR OS REMÉDIOS DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO MÉDICA
- 
COMPARECER A UNIDADE DE SAÚDE SEMPRE QUE FOR MARCADO.

TODAS AS PESSOAS COM MAIS DE 18 ANOS DEVERÃO VERIFICAR ANUALMENTE A PRESSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE DOENÇAS
CRÔNICAS DEGENERATIVAS

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

CARTÃO DO HIPERTENSO

**TRAGA SEMPRE
SEU CARTÃO**

Unidade de Saúde do Guarapes

NOME:

DATA NASCIMENTO: ___/___/___

DATA DA INSCRIÇÃO: ___/___/___

EENDEREÇO: _____

PAI: _____

MÃE: _____

REFERENCIA: _____

ANEXO D
Termo do comitê de ética



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

OF. 15/12

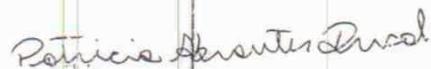
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

