

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção no Programa de HAS e/ou DM na UBS João Pereira de
Oliveira, Manicoré/AM**

Delaray Amaro Aenlle

Pelotas, 2015

Delaray Amaro Aenlle

**Qualificação da atenção no Programa de HAS e/ou DM na UBS João Pereira de
Oliveira, Manicoré/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, e em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Vanessa Tavares de Gois Santos

Co-orientadora: Margarete Perez Machado

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A251q Aenlle, Delaray Amaro

Qualificação da Atenção no Programa de HAS e/ou DM na UBS
João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM / Delaray Amaro Aenlle;
Vanessa Tavares de Gois Santos, orientador(a); Margarete Perez
Machado, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Vanessa Tavares
de Gois, orient. II. Machado, Margarete Perez, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Dedico este trabalho a meus pais,
à minha filha e ao meu esposo.**

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha filha por ser a força para começar todos os meus dias.

Aos meus pais pela ajuda cada vez que precisei.

A meu esposo por estar sempre disponível com seu apoio apesar da distância.

As minhas professoras Margarete e Vanessa, pois sem seu apoio e compreensão não teria sido possível a realização deste trabalho.

A todos os que de alguma maneira formaram parte deste trabalho.

A todos, Obrigada.

Resumo

AENLLE, Delaray Amaro. **Qualificação da atenção no programa de HAS e/ou DM na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM. 2015.** 100f. Trabalho de conclusão de Curso. Programa de Especialização de saúde da Família. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas. Universidade Aberta do SUS. Pelotas, 2015.

A presente intervenção foi resultado da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com doença crônica, como são a hipertensão e o diabetes, que pertencem à nossa área de abrangência. A proposta foi melhorar a cobertura dos usuários desses grupos específicos, garantindo a qualidade da atenção e mantendo a adesão deles ao tratamento. Com isso garantimos que foram atendidos adequadamente e com constância nas consultas e a procura ativa deles. Avaliou-se o registro adequado nos prontuários e fichas espelhos, a realização da estratificação de risco cardiovascular e a promoção de saúde. Isso foi através de consultas médicas e de enfermagem aos pacientes, com registro adequado nos prontuários, fichas espelho e da planilha de coleta de dados por cada semana como resumo dos dados dos pacientes. Foi realizada a análise destes dados e os resultados apontaram que a cobertura atingida foi de 34,4% (144/418) e 35% (42/120), respectivamente, do total de usuários hipertensos e diabéticos. Do total dos usuários atendidos foi realizado exame clínico completo, avaliada a necessidade de atendimento odontológico, realizados os registros adequados dos dados de cada um, realizada a estratificação clínica de risco cardiovascular e garantida a orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, sobre os riscos de tabagismo e a higiene bucal. Foram realizados os exames complementares em 30,6% e 50%, respectivamente em hipertensos e diabéticos; foram prescritos medicamentos da farmácia popular para 91% dos hipertensos e 95,2% dos diabéticos; foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico em 99,3% e 100% respectivamente em hipertensos e diabéticos. Dos usuários que se fizeram busca ativa obtemos 96,2% no terceiro mês e um 100% nos restantes meses no caso de usuários hipertensos, no caso dos diabéticos foi feita a procura ativa no terceiro e quarto mês em um 92,32% e 92,3% respectivamente e 100% nos restantes meses. Com esta intervenção avaliamos a necessidade ainda que temos para melhorar a qualidade desta ação programática com ações, o planejamento das consultas, a procura ativa dos pacientes faltosos e de aqueles que ainda não foram cadastrados capacitando aos agentes de saúde para que saibam identificar na comunidade estes entre outras.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa de localização do município de Manicoré/AM	12
Figura 2	Manicoré/AM, vista aérea parcial da cidade	13
Figura 3	Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira, Manicoré, AM	14
Figura 4	Rampa de acesso à UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré, AM	16
Figura 5	Participação dos idosos em atividade promovida em parceria com a UBS João Pereira de Oliveira e Secretaria de Cultura e Esporte, Manicoré, AM	28
Figura 6	Proporção de usuários cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014	63
Figura 7	Proporção de usuários cadastrados no Programa de atenção ao diabético na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014	65
Figura 8	Proporção de usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014	67
Figura 9	Proporção de usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014	68
Figura 10	Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso com prescrição de medicamentos da farmácia popular / Hiperdia priorizada, na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM	69

Figura 11	Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular / Hipertensão priorizada, UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM	70
Figura 12	Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM	70
Figura 13	Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso faltoso à consulta com busca ativa na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM	72
Figura 14	Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Diabético faltoso à consulta com busca ativa na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM	73

Lista de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades de Odontologia
DM	Diabetes Mellitus
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.2 Situação da ESF/APS em meu serviço:	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	30
2 Análise Estratégica	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e metas.....	37
2.2.1 Objetivo geral.....	37
2.2.2 Objetivos específicos	37
2.2.3 Metas	37
2.3 Metodologia.....	39
2.3.1 Ações.....	39
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma	57
3 Relatório da Intervenção.....	58
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	79
4.3 Relatório para os gestores	84
4.4 Relatório para a comunidade	88
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	91
Apendices	95
Anexos	98

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema o atendimento ao usuário hipertenso e diabético na Policlínica João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM, na qual foi realizada uma intervenção durante 4 meses do ano 2014. Está conformado por um volume que contém cinco tópicos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção, Avaliação da Intervenção e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Cada um desses temas tem seus pontos específicos abordados nesse volume, os quais servirão de base para a posterior tomada de decisões com resposta às situações que foram detectadas no percurso da intervenção. No final do volume estão materiais anexos que foram utilizados durante o curso.

1 Análise Situacional

1.2 Situação da ESF/APS em meu serviço:

Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) chamada João Pereira de Oliveira, que fica no centro do município Manicoré/AM, onde o horário de atendimento é de 07h às 17 horas. Dentro de nossa área de abrangência, a população reside no centro do município, mas temos também uma população ribeirinha que mora muito perto do Rio Madeira, na ribeira deste e uma população que mora perto da mata. No total, a comunidade está constituída por 2.355 pessoas, compostas por 688 famílias, de acordo com a última atualização que foi feita em 2013.

A população chega até a unidade de várias formas, caminhando, de moto, bicicleta etc. Esta UBS também é o lugar de referência da população que mora no interior do município, que para vir à cidade passam às vezes três, quatro e até mais horas em barcos pequenos e lentos para chegar e serem atendidos, por não ter em sua comunidade atendimento médico, somente atendimentos realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde e às vezes, enfermeiros, que trabalham em postos de saúde existentes em algumas das comunidades, considerando que existem mais de 200 comunidades em nosso município.

O agendamento das consultas é feito diretamente no posto, já que não temos telefone na UBS. Temos um número de 240 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, 61 diabéticos, 319 idosos, 16 deficientes físicos e 15 portadores de deficiência mental. Temos também em atendimento na unidade, 22 gestantes e 3 acamados. Na UBS encontra-se uma equipe de saúde com uma área de abrangência de 8 microáreas e cada uma delas tem um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é a pessoa que está sempre na comunidade, que sabe a situação

mais atualizada de saúde de cada usuário, e são nossos olhos e ouvidos no território.

No total trabalham 46 profissionais, com dois médicos atuando, já que é atendida toda a população da área correspondente ao posto, além de todo o pessoal das áreas ribeirinhas e da zona da mata, que chega pela demanda espontânea de muito longe, porque nas suas comunidades ainda não tem atendimento médico garantido. Tem duas enfermeiras, que junto com os médicos fazem os atendimentos para o controle dos usuários com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, acompanhamento das gestantes, lactantes e crianças até dois anos e idosos. Trabalham também sete técnicos de enfermagem que atuam na triagem, fazendo curativos e na sala de vacinas mantendo atualizado o esquema de vacinas da população, importante para a prevenção de doenças infectocontagiosas. Temos também um técnico em dermatologia, que faz os estudos para o diagnóstico de hanseníase do município e outro técnico de enfermagem capacitado para fazer teste rápido de HIV, Sífilis, IgM Dengue e teste do pezinho. Além disso, tem sala de dentista onde atendem dois cirurgiões dentistas e um técnico de saúde bucal. Também tem duas atendentes de saúde que trabalham na farmácia (onde é feita a entrega dos medicamentos), uma administradora, pessoal da recepção, cozinha, limpeza, etc.

O encaminhamento para outros serviços é feito para o hospital do nosso município Dr. Hamilton Cidade, Manicoré/AM, o qual tem serviço clínico, cirúrgico geral e ginecológico. As outras especialidades são encaminhadas para Manaus/AM, sendo feito aqui na UBS o agendamento, passando pela assistente social, se não precisar de urgência. Em caso de urgência a prefeitura freta uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) aérea para a chegada rápida à cidade de Manaus. Para a realização dos exames complementares, os usuários são encaminhados para nosso hospital, onde são feitos os exames laboratoriais básicos e ultrassonografia de diversas partes.

O material que é utilizado pela unidade é recebido da Secretaria de Saúde através de solicitação realizada semanalmente e para a manutenção dos aparelhos/equipamentos da UBS solicitam-se os serviços da empresa. Na UBS é feita a esterilização dos materiais para curativos, material para uso dos dentistas e demais materiais, com a autoclave que estamos usando. O lixo especial é recolhido pelo pessoal da vigilância sanitária. Quando o usuário chega a nossa unidade,

passa primeiro pela recepção onde o prontuário é entregue a ele para passar pela triagem. Após ser pesado, aferida a temperatura e sua pressão arterial, ele passa à consulta do médico, isso acontece com cada usuário, se for criança, só não é aferida a sua pressão.

A relação com a comunidade é muito estreita, se fazem palestras sobre diferentes temáticas, em outubro realizamos o *Outubro Rosa*, para a prevenção do câncer de mama, no mês de novembro foi o *Novembro Azul*, fazendo campanhas para a prevenção do câncer de próstata, sendo realizadas também palestras para a prevenção do diabetes, do HIV e outras.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manicoré¹ é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas pertencente à mesorregião do Sul Amazonense e microrregião do rio Madeira (Figura 1).



Figura 1- Mapa de localização do município de Manicoré/AM.

A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 48.373 habitantes em 2012. Localizado nas margens do rio Madeira, a cidade possui uma posição estratégica entre Manaus e Porto Velho. Na Figura 2, temos uma vista aérea parcial da cidade.

O município de Manicoré tem seis UBS com equipes de Saúde da Família, quatro na cidade e duas em regiões do interior do município, todas têm equipe de Saúde da Família, com disponibilidade de um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), temos aprovado o projeto para ter um CEO (Centro de Especialidades de Odontologia) em nosso município, só que ainda não foi implantado. Na

¹O nome Manicoré provém de dois vocábulos do tupi: mani e core. Segundo a lenda, Mani era uma divindade adorada pelos índios que habitavam esta região. Coré da mesma origem tupi significa "filho ou filha". Da junção destes dois vocábulos formou-se a palavra Manicoré, dando o nome assim ao município, cujo significado orgulha ao povo por serem filhos e filhas da deusa mani.

disponibilidade de atenção especializada, nosso município conta com cirurgia e psiquiatra somente, as demais especialidades somente em Manaus, tendo também serviço hospitalar, com um cirurgião de plantão nas 24 horas do dia, atendendo ao serviço no caso de internação ou emergência, e conta também com exames complementares, mas são feitos os exames básicos e outros de maior grau de complexidade que também não podem ser feitos aqui.



Figura 2- Manicoré/AM, vista aérea parcial da cidade.

A UBS João Pereira de Oliveira (Figura 3) é uma UBS com modelo de atenção com ESF (Estratégia Saúde da Família), tem uma equipe de saúde da família e encontra-se na cidade, em que poderia se catalogar de urbana, com um vínculo direto com o SUS (Sistema Único de Saúde), e com outras instituições de ensino, como por exemplo, com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), de onde vêm estudantes para estagiar na unidade tanto de enfermagem, como de medicina, técnicos de nutrição, enfermagem e outros.

A estrutura da UBS tem uma sala de recepção/arquivo de prontuários com espaço suficiente, tem sala de espera onde se podem acomodar mais de 16 pessoas, mas temos mais outras cadeiras espalhadas pela UBS perto dos consultórios onde são atendidos os usuários. Aqui temos muitas pessoas da população do interior do município que ainda não contam com médico nessas

comunidades, sobrecarregando o serviço e ficando, em alguns momentos, pessoas em pé à espera do atendimento.



Figura 3 - Unidade Básica de Saúde João Pereira de Oliveira, Manicoré, AM.

Não existe aqui uma sala para administração e gerência, já que a estrutura é pequena e somente tem uma equipe trabalhando. Também não tem sala para ACS, mesmo sendo padronizada pelo Ministério da Saúde, a estrutura não conta com espaço suficiente. Não temos sala para reuniões e educação em saúde, mas estão no projeto as reformas para acrescentar esta sala à estrutura das UBS do município.

Não tem sala de almoxarifado, as coisas que chegam, tanto de alimentação como de limpeza, são guardadas em estantes na copa e/ou cozinha que temos no final da UBS, a qual tem prateleiras que são facilmente limpáveis, tem dois consultórios médicos já que estão trabalhando dois médicos na mesma estrutura, pois vem muito pessoal do interior, não tem sanitários somente lavatórios. Também tem um consultório de enfermagem e outros espaços para realização de teste de HIV, sífilis e dengue.

O banheiro para funcionários é só um e com as condições que precisam. Tem uma sala de vacinas, de curativos, de nebulização, de farmácia onde ficam todos os medicamentos, a qual é abastecida uma vez por semana e todo medicamento que chega à UBS vai direito para a área onde são dispensados os medicamentos, a qual é muito pequena. A sala para recepção, lavagem, e descontaminação de material e esterilização é única, onde todas as etapas ocorrem no mesmo espaço físico e não em ambientes separados, mas nesse espaço único tem identificação para cada etapa. Tem também sala de odontologia com equipamento odontológico e com uma dentista. O compressor fica em uma área específica fora da sala, com um espaço protegido para o dentista, mas não temos escovódromo.

Tem depósito para o lixo não contaminado e resíduos sólidos na parte de fora da UBS, onde tem seu espaço resguardado com portas, e ninguém tem acesso a ele. Estes ambientes têm janelas que possibilitam a circulação do ar, com iluminação natural, suas paredes são laváveis e de superfície lisa, com pisos lisos, laváveis, de superfície estável e antiderrapante, incluindo as portas e janelas que são de alumínio e vidro sendo laváveis também, a cobertura é impermeabilizante e com telhas. Os armários que lá se encontram são de estrutura lavável, de fácil limpeza.

Todos os ambientes são sinalizados em cada porta com texto, não tem figuras ou sistema Braille. A estrutura permite a entrada de pessoas com deficiências, não tem tapetes na sala de espera nem nos consultórios que produzam quedas ou acidentes, nem degraus em nenhuma parte, facilitando a circulação de pessoas em cadeira de rodas pela unidade. Em algum momento a UBS teve banheiro para usuários portadores de deficiência só que foi reformado para ser uma sala onde se realiza o teste do pezinho, e agora não tem mais, mas foi reformado um dos banheiros para o uso dos usuários onde podem entrar cadeiras de rodas, mas se faz difícil manobrar no seu interior com a cadeira de rodas, além de não tem corrimãos para ajudar.

Nos corredores também não tem corrimãos e, como estamos no ambiente térreo, não temos escadas nem degraus. Para descer para a rua foi criada uma pequena rampa para os usuários e para cadeiras de rodas que podem descer sem problema só que ela está um pouco desgastada, mas como é baixa (pouco íngreme) não tem muito problema (Figura 4).

No consultório médico, tem mesa tipo escritório, cadeiras, tanto para o paciente como para o médico, cesto de lixo, escadas de dois degraus, esfigmomanômetro e estetoscópio que são meus, já que os da UBS estão na triagem, pois é lá onde se verifica a pressão dos usuários que chegam para as consultas e também ficam as balanças antropométricas. O negatoscópio está em bom estado e cada consultório têm um, só que são de 220V e as tomadas são de 110V e por isso nunca foi usado na minha consulta. Temos apenas um otoscópio para toda a UBS, o qual é usado por quem precise usar no momento. O glicosímetro está na sala dos técnicos de enfermagem, os quais fazem a medição de glicose caso seja necessário.



Figura 4 - Rampa de acesso à UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré, AM.

Não temos foco de luz na consulta, só utilizo a luz natural das janelas detrás da minha mesa, que por sorte é boa. Somente há foco de luz na consulta de enfermagem para a realização de exame preventivo, também não tenho armário vitrine, nem balde cilíndrico, porta detritos, biombo, nem mesa auxiliar e de exame, (no caso de exame ginecológico temos que ir ao consultório da enfermeira), também não temos réguas antropométricas, só temos fita métrica na parede para os adultos e para as crianças só tem na triagem.

No consultório odontológico da UBS não tem amalgamador, tem cadeira de odontologia, aparelho fotopolimerizador, compressor do ar, equipo odontológico com pontas, com instrumental para urgências, dentística, e exame clínico. Não tem

instrumental para instalação e manutenção de prótese, para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade, também para os procedimentos periodontais básicos. Tem mocho odontológico, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspeira e/ou terminal sugador. A autoclave é só uma que é usada para todos os serviços da UBS.

Existe sistema de manutenção e reposição de equipamentos, mobiliários e instrumentos, mas é insuficiente. O sistema de reposição de materiais de consumo é suficiente. Dentro dos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática temos três computadores, só um com conexão a internet, a qual é usada para o Programa Telessaúde, tendo caixas de som e câmara fotográfica e digital. Temos uma impressora na recepção e outra para o uso da administradora da UBS, todas com estabilizador. Médicos, enfermeira, administradora, pessoal da recepção tem acesso aos computadores que são usados para agendamento, marcação de consultas e exames, cadastramentos de usuários e famílias, controle de estoques, digitação de documentos, recepção e acolhimento, registro de ações programáticas, de atendimentos, telessaúde, etc. Temos 8 agentes comunitários de saúde dos quais só 4 tem balança para crianças, não tem sido distribuído filtro solar e nem material para o trabalho, eles que compram, do mesmo jeito acontece com a locomoção na área de abrangência.

Dos materiais de consumo que temos mais dificuldade é o receituário comum, muitas vezes temos que usar folhas em branco para as receitas, às vezes falta o receituário para medicamentos controlados e não temos caderneta da saúde do idoso. Vamos iniciar o cadastramento do Programa Bolsa Família na UBS e dispomos de formulários suficientes, o restante dos formulários, materiais e insumos estão em quantidades suficientes para o trabalho na UBS. Dos medicamentos, têm muitos deles que não chegam à nossa UBS, como os psicoativos que são dados no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de nosso município. Temos outros que chegam em quantidades insuficientes como, por exemplo, os antibióticos e medicamentos para doenças crônicas, e como nossa UBS é de referência para as populações do interior, a quantidade de usuários é muita e às vezes não há o suficiente para todos.

Na sala de vacinas temos todas as vacinas propostas no questionário em quantidade suficiente, só que não temos vacina tetravalente e sim a pentavalente, a vacina contra pólio têm via oral e intramuscular e também a vacina contra o HPV

para as meninas de 10-13 anos. Também é feita a glicemia capilar, teste rápido de HIV, teste rápido de sífilis e vai iniciar o teste rápido para Hepatite B e C para as gestantes, e para algum paciente com alta suspeita de ter hepatite crônica.

Têm muitos dos exames que são feitos no hospital (somente os essenciais), outros são feitos em hospitais especializados em Manaus e demora muito o agendamento deles. Temos ultrassonografia de mama, abdominal, transvaginal, obstétrica, mas ainda não temos vascular nem ecocardiográfica, só em Manaus ou Porto Velho. Pela mesma causa as consultas com especialistas são difíceis porque o agendamento é feito no hospital, mas não temos outras especialidades em nosso município, só cirurgia. Psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia, quando solicitadas, são encaminhadas para consultas em Manaus, demorando às vezes, mais de um mês.

Dentro dos protocolos que não existem na UBS estão a avaliação/classificação do risco biológico, doenças respiratórias, vigilância de saúde da esquistossomose, e do tracoma. Não temos livros didáticos para as áreas clínicas das UBS, só alguns protocolos de atuação em algumas doenças. Dentro das limitações observadas, encontra-se a situação de não ter na UBS um espaço para as reuniões que lá deveriam ser feitas, como atividades de educação em saúde.

Na Secretaria Municipal fizeram um plano para a remodelação dos espaços das UBS do município para ter inclusas as salas de reuniões. Outro problema visto foi o fato de não ter almoxarifado e os insumos que chegam serem guardados em estantes na cozinha, tendo o cuidado de ter os produtos de limpeza longe dos de alimentação. Outra situação que temos também é o espaço onde se realiza o processo de esterilização, que não é dividido como preconizado pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), ocorrendo todas as etapas em uma única sala, desde a recepção dos materiais até a esterilização propriamente dita. Já vem sendo tomadas medidas para que cada etapa seja feita em seu próprio espaço, ainda não conseguimos resolver pela UBS, mas já foi notificado para seja resolvido pela secretaria de saúde.

Outro problema está nas barreiras arquitetônicas que se encontram às vezes dificultando a situação dos usuários portadores de deficiências, em nosso caso, a situação do banheiro que não tem as condições requeridas para a comodidade que precisa este tipo de paciente, já sendo de conhecimento da SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde) como tínhamos falado, e a solução dada foi ampliar as portas

de um dos banheiros que temos para os usuários. Nos corredores não tem corrimãos e também precisa ser melhorada a situação da rampa que sai à rua em frente à UBS, a qual não tem gerado muito problema, mas se torna mais complexa a entrada para usuários com deficiências.

Já se tem centralizados os medicamentos psicoativos no CAPS que não chegam à UBS e são dados para todos usuários, de igual jeito tem os medicamentos fitoterápicos, que são dados na Farmácia Verde por estratégias do município que não chegam às unidades. Dos problemas na sala de odontologia às vezes o instrumental que não tem na nossa UBS tem em outra, sendo encaminhados os usuários para fazerem o tratamento que necessitam.

Pela dificuldade para a realização de exame de detecção de hepatites B e C, nosso município iniciou a realização de teste rápido para estas doenças nas gestantes e no caso de se detectar positivo, recomenda-se fazer a confirmação em Manaus e determinar a presença ou não das doenças. Se tiver algum paciente com sintomas sugestivos também são submetidos aos exames.

Dentro das atribuições dos profissionais da saúde, nossa UBS poderia dizer que a territorialização e mapeamento de nossa área de abrangência é feita todos os anos, na qual participa médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, dentista; levando assim à identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; identificação de grupos de agravos com diabetes, hipertensão arterial, tuberculoses, hanseníase etc. Se fazem também o controle dos comércios locais, igrejas, escolas. Ainda não participei do mapeamento, pois no ano passado eu ainda não fazia parte da equipe. O cuidado dos usuários é feito na casa deles em caso que precisem ou não possam se mobilizar até a UBS, também é feita nas consultas, só que às vezes é pouca a frequência das visitas domiciliares. No momento são realizadas ações de saúde feitas em escolas, igrejas, praças, envolvendo a participação dos usuários, levando temáticas importantes para o cuidado da sua saúde, temas de promoção e prevenção em saúde e ensino para a multiplicação das informações.

Dentro da busca ativa de usuários faltosos, temos usuários com doenças como tuberculoses, hanseníase e outras que precisam de um acompanhamento além do tratamento que fazem, o qual em caso de não comparecerem à UBS são procurados e acompanhados em sua casa, tanto pelo enfermeiro, médico, dentista se precisar. É importante dizer que, nas visitas feitas aos lares dos usuários são feitos curativos, orientações de saúde, acompanhamento do problema de saúde,

consulta médica, odontológica ou de enfermagem (por exemplo, usuários que por ter certa doença não podem ir até a UBS), se levam medicamentos pelos agentes de saúde para quem precise, aplica-se medicamento tanto oral como injetável, tendo em conta o estado do paciente, troca de sondas urinárias, entre outras atividades.

Para o encaminhamento dos usuários a outros níveis da atenção, se respeitam fluxos de referência e contra-referência, usando protocolos para fazer isto, para os atendimentos das especialidades fora de nosso município tem um protocolo a seguir, dentre outro, e se é urgência/emergência, outro protocolo para a internação hospitalar. Para o usuário com internação domiciliar é um pouco mais difícil, pois às vezes os usuários têm alta do hospital e não dão uma contra-referência e, além disso, não temos como fazer todos os dias visitas ao mesmo paciente, só tendo contato pelos agentes de saúde.

Nossa UBS faz busca ativa de doenças de notificação compulsória, como a hanseníase, AIDS, sífilis nas gestantes, leishmaniose tegumentar, sendo feita tanto pelo enfermeiro como pelo médico. Na comunidade tem grupos de diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar e pré-natal, participando enfermeiros, dentistas, médicos às vezes, nutricionista, assistente social e enfermeiros com os ACS.

No nosso município são oferecidas atividades de qualificação profissional mais para os enfermeiros, agentes de saúde, desde que chegamos na unidade não tem nenhuma atividade desse tipo, sendo a maioria de qualificação de atenção em saúde, com melhoria na atualização técnica. Também participam profissionais do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS como a gerente e a enfermeira. São feitas reuniões, mas sem periodicidade definida, das quais eu nunca participei, por que nem sei quando foram feitas.

Dentro dos problemas encontrados na UBS não é só visitar os usuários, o que é feito, só que a frequência com que se faz não basta em alguns momentos, isso torna difícil o acompanhamento nos domicílios, assim temos que fazer o melhor planejamento para as visitas domiciliares com mais frequência na semana, dando mais importância para aqueles que tenham acompanhamento de doenças graves e mais aqueles que têm internação domiciliar. Outra situação que tem ser avaliada é a participação dos médicos nas capacitações, mais ainda nas de atualização técnica, tanto pelo programa telessaúde ou de forma presencial.

Para o encaminhamento dos usuários para o nível mais complexo da atenção, se respeitam todos os protocolos, mas se faz muito difícil para o acompanhamento dele dentro do hospital, e às vezes quando sabemos que alguém esteve internado vamos visitá-lo, mais muitas vezes não sabemos por que as contra-referências não chegam a nós. Falarei com nossa gerente da UBS sobre a situação das reuniões para saber o cronograma e para participar delas.

Temos 2.355 usuários na população atendida de nossa área de abrangência. O número de equipes para o atendimento está de acordo, o problema não é a área de abrangência, é o fato da ausência de médico nas outras comunidades, que traz um excesso da demanda espontânea na nossa UBS e já se estão tomando estratégias para dar solução a esta situação. Temos um predomínio da população feminina, com maior número na população entre a faixa etária de cinco até 24 anos. De cada cem usuários, mais de treze são idosos. Temos 34 menores de um ano, razão pela qual temos que reforçar as ações para a realização da puericultura.

Nosso problema é que a UBS é o centro de referência para o atendimento da população das comunidades que se encontram no interior do município, tendo por isso um excesso da demanda espontânea e já estão sendo providenciadas estratégias para dar solução a esta situação. Existe o acolhimento do paciente ao chegar na recepção, é o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde, onde ele fala sobre sua situação no momento, encaminhando o paciente para a consulta que precisa ou para que seja agendado. Por exemplo, os usuários para atendimento do hiperdia (hipertensão e diabetes), grávidas, puericulturas etc., vão direto para sua consulta. Após ser atendido na recepção, o usuário passa para sala da triagem, onde também diz seu problema e depois para as suas consultas respectivas.

Desde sua chegada, é atendido pelo pessoal da recepção, por agentes de saúde ou por técnicos de enfermagem. Isto é feito desde que a equipe inicia o trabalho às 07 horas da manhã até às 7:30h, terminando a triagem de todos os usuários às 09 da manhã. A tarde demora mais menos o mesmo tempo que pela manhã, só que inicia às 11 da manhã. Como na nossa UBS tem uma equipe que trabalha à tarde, cada uma delas faz a recepção e acolhimento dos usuários que chegam. Nossa UBS tem muita demanda espontânea, aumenta mais no final do mês, sendo que os usuários agendados já vêm muitas vezes trazidos pela enfermeira.

Quando é um caso de urgência/emergência que chega à UBS é atendido com caráter prioritário pelo médico, já que pode ter complicação para sua vida. No caso de chegar uma prioridade e o médico não estar no momento, o usuário é referenciado para o hospital. Quando a demanda está aumentada para um dia e há a chegada de mais usuários que não tenham nenhuma situação considerada de urgência, pode ser orientado a retornar no próximo turno (sem que comprometam sua vida). Muitas vezes os usuários solicitam consultas, tanto para demanda espontânea, como para pronto-atendimento com a enfermeira, só que se está dentro da competência e resolutividade dela, é feito, se não está ela encaminha para os médicos. Também os médicos têm alta demanda espontânea, só que é avaliada a situação particular de cada usuário e, se ele pode esperar orienta-se a voltar no outro turno, se não consegue ou pode esperar é atendido com prioridade. Os dentistas também têm muita demanda, mais ainda que os médicos e as enfermeiras, o que leva a agendar muitos usuários para outros dias.

Nossa UBS tem até o momento um número de 32 crianças menores de um ano, com uma cobertura de 64% segundo o número que gera o caderno de ações programáticas. Para a realização da consulta de puericultura temos protocolo do atendimento das crianças do Ministério da Saúde (2012), pelo qual é feito o acompanhamento. A enfermeira é quem se responsabiliza pelo acompanhamento, arquivo de prontuários e revisão periódica, já que a unidade tem um excesso de demanda espontânea, tanto de adultos como crianças de nossa e de outras áreas que tem como referência esta instituição. Não temos nenhum grupo para controle e avaliação dos serviços prestados para esse fim.

No momento da consulta a criança passa inicialmente pela triagem, depois para a consulta da enfermeira onde se faz tanto o interrogatório como o controle da alimentação dela, a atualização das vacinas, desenvolvimento, exame físico e as orientações dadas à mãe para prevenir acidentes, garantir uma boa alimentação, como deve ser o desenvolvimento delas, quando deve voltar para manter um ótimo acompanhamento e agendar a próxima consulta.

Em minha opinião temos algumas situações na unidade que devem ser consideradas. Primeiro quem faz o atendimento das puericulturas é a enfermeira, em vista da demanda espontânea ser muito alta não permitindo ao médico fazer o acompanhamento das crianças saudáveis. Acho também que pela falta de planejamento da agenda individual dos médicos só é encaminhado para nós, as crianças que já

têm alguma doença e precise de nossa avaliação e acompanhamento direto. Outra situação que temos é o fato de que o acompanhamento de crianças que moram fora de nossa área de abrangência aumenta ainda mais o número de crianças e da população que vem nas consultas, muitas moram muito longe, dificultando a sistematicidade e assistência das consultas.

Dentro dos indicadores da qualidade, a maior preocupação está na triagem auditiva ou teste da orelhinha o qual era para ter feito na etapa neonatal preferivelmente antes do primeiro mês ⁽¹⁾, mas que aqui nunca é feita e a avaliação bucal da criança, às vezes as mães não acham importante fazê-la e por isso não é feita em todos os casos. Muitas crianças não são trazidas às consultas no dia agendado e às vezes vem depois da data agendada. Sempre que vêm, as mães são orientadas para a vacinação da criança, sobre o desenvolvimento do filho e das orientações que tem de seguir para uma boa amamentação e alimentação saudável. Se precisar de uma avaliação da nutricionista para o caso de baixo peso, obesidade ou sobrepeso, a criança é avaliada pela nutricionista que trabalha no NASF.

Dentro dos processos que poderiam ser melhorados, primeiro eu acho que o acompanhamento pelo médico e pela enfermeira deve ser feito de maneira alternada. Para que isso seja feito têm que se planejar as ações que vão ser feitas no mês em curso, fixando os dias para o atendimento das consultas de puericultura para não atrapalhar as outras ações programáticas da UBS; também devem ser registradas nos prontuários todas as ações estabelecidas ou feitas no acompanhamento da criança, estabelecendo também os dias para o atendimento pelo dentista, assim, as mães não terão que lidar com o excesso de demanda para este serviço.

O número das grávidas que estão no momento em acompanhamento do pré-natal é 19 para um 54% do total a ser gerado pelo caderno de ações programáticas que seria 35. Pra isto em nossa UBS se utiliza o protocolo de atendimento para o pré-natal segundo o Ministério da Saúde do ano 2012 com as consultas estabelecidas⁽²⁾, tem a particularidade de atender as gestantes de nossa área de abrangência e todas as que vêm para fazer o acompanhamento delas do interior do município, o que dificulta muito o controle destas em frequência, já que só comparecem quando tem possibilidades reais de vir à consulta, em alguns momentos não tem dinheiro para isto, ou ainda quando estão no final da gravidez que ficam para ter um parto hospitalar. Em outros casos somente vem para

cadastrar a criança no registro da SEMSA do município pela falta de cobertura nas suas comunidades. Temos ainda muitos casos de gestantes que estão dentro da nossa área de abrangência e que apesar de estar perto da unidade às vezes vem e outras não. Quando são faltosas a enfermeira realiza a visita domiciliar e faz o acompanhamento, fornecendo orientações importantes.

Outra coisa que está nos afetando é que tem muitas gestantes que estão na comunidade, mas não vem para fazer o pré-natal e não são identificadas pelos agentes de saúde, só quando decidem vir à consulta. O maior problema para o acompanhamento delas é a falta de assistência às consultas, uma vez que não consideram ainda como importante o acompanhamento do pré-natal logo no primeiro trimestre, a maioria inicia o acompanhamento depois de segundo trimestre de gestação. Tudo isto faz com que seja muito difícil avaliar de maneira satisfatória o acompanhamento no sentido geral, pois muitas gestantes só buscam a consulta quando estão com algum sintoma. Soma-se a isso a característica de nossa unidade que tem um número elevado de atendimentos (80 no total).

A solicitação de exames e a atualização das vacinas sempre são feitos sem nenhum problema. A prescrição do ferro e o ácido fólico é feita só que muitas vezes não é registrado no prontuário, já a saúde bucal não é feita da forma preconizada, pois temos uma grande demanda deste serviço, o que torna muitas vezes difícil, mas ainda assim temos muitas gestantes com atendimento realizado.

Ainda temos muito para mudar, como registrar todas as ações que são feitas e as orientações que tem ser dadas nas consultas de pré-natal, investir na busca ativa das gestantes da comunidade, para que comecem o pré-natal o mais cedo possível, dar cobertura de atendimento nas comunidades para não sobrecarregar o atendimento na UBS, melhorar as consultas de nutrição e de odontologia durante a gravidez e criar um grupo para a avaliação do processo, planejamento e execução do pré-natal em nossa unidade.

Referente ao acompanhamento da prevenção do câncer de útero e mama, temos um protocolo para o atendimento destas mulheres as quais em 100% delas é realizado o acompanhamento no caso da prevenção de câncer de colo e um 22% na prevenção de câncer de mama. Na prevenção do câncer de colo de útero, sempre é registrado no prontuário quando é feito o exame preventivo e também existe um livro onde é registrada a realização do exame, mas não tem uma lista de todas as mulheres que teriam que fazer o exame a cada ano, ficando muito difícil saber com

segurança quantas estão faltando e quantas estão com o exame atrasado. Além disso, também atendemos a população das outras comunidades tornando ainda mais complexo este controle.

As mulheres que passam pela consulta médica ou de enfermagem são sempre examinadas e quando é feita a entrevista médica, se pergunta sobre os riscos para neoplasias em sentido geral, tabagismo, álcool, não uso de preservativo nas relações sexuais, menarca, gravidez e outros. É realizada sempre uma avaliação de risco para aparição de neoplasias e encaminhada para a realização da coleta do preventivo, já que é a única forma para detectar lesões de colo, tanto lesões neoplásicas como lesões inflamatórias e/ou infecciosas da vagina ou colo, e no nosso município não tem.

Podemos dizer que a cobertura para estes casos é boa, o problema é a assistência da usuária à consulta e a realização do exame depois de solicitado. É com certeza difícil dar uma opinião de como está a qualidade, porque não sabemos quantas mulheres tem que fazer o exame a cada ano, já que não há controle, se aproveita o momento da consulta para a solicitação do exame. Leva-se tempo sem fazer o exame pela irregularidade que elas vêm às consultas e por isso não temos o controle desses atrasos.

Sobre avaliação do risco, todas as mulheres são avaliadas no momento da consulta e todas são orientadas para sua realização e sobre a prevenção das DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Em nossa comunidade ainda tem muito preconceito, tanto pelas mulheres como pelos homens. Realizamos mais de cem exames que foram registrados em um livro de controle com os resultados de cada um deles, dos quais alguns são de usuários de fora de nossa área de cobertura. Na nossa UBS as mulheres são orientadas para o uso de preservativos e efeitos negativos do tabagismo, são feitas ações para a realização periódica do exame preventivo nas mulheres, tendo coleta em todos os dias da semana pela enfermeira, mas solicitado tanto por elas como pelos médicos, e são atendidas também mulheres fora da área de cobertura.

O tipo de rastreamento é oportunístico, às vezes se programam ações para a realização planejada de coletas de preventivos. O protocolo é levado pela enfermeira e os médicos da área, investigando sempre no momento de fazer o exame dos fatores de risco de cada mulher fazendo a avaliação dela; os resultados do preventivo chegam de Manaus (onde é analisada a amostra) e são guardados em

um arquivo, na recepção, onde é entregue na medida a usuária venha a procurar o resultado, este arquivo não tem periodicidade na sua revisão.

Eu acho que inicialmente temos que ter o controle das mulheres com o exame alterado, falando de lesões pré-malignas ou malignas já que também depende de um bom acompanhamento delas, um melhor prognóstico, tendo encaminhamento ao ginecologista de maneira adequada e seguimento na sua casa e com exames posteriores. Em nossa área, de três anos até agora, só tivemos duas usuáries com essa situação, há um tempo vem sendo acompanhadas satisfatoriamente. Mas desde o momento que comecei a trabalhar, ainda não tive nenhuma usuária com exame alterado.

Para a prevenção do câncer de mama só é realizado pelo médico e pela enfermeira o exame de mama das mulheres que precisam, sem ter como mandar avaliar as mulheres que estão em idades de risco para tê-lo. A avaliação dos indicadores não é boa, mas não depende de nosso trabalho nesse caso, depende também de uma infraestrutura que ainda não temos, já que não temos mamógrafo disponível, o que torna mais difícil o acompanhamento das mulheres em idades de risco, porque elas não vão a Manaus só para fazer o exame anual sem uma justificativa clínica, já que o custo para a viagem é alto. Temos apenas um aparelho de ultrassonografia no hospital e por esse motivo não temos vagas suficientes e nem está dentro do programa fazer ultrassonografia para detectar as lesões. Ainda que seja necessário em algum caso, fazemos a solicitação, mas só quando precisar para o diagnóstico certo, encaminhando depois a paciente para a consulta especializada. Temos que trabalhar mais com as mulheres que vão a nossa UBS na procura ativa de lesões nas mamas, e aquelas que são sintomáticas também, no caso de encontrar lesões fazemos o encaminhamento e acompanhamento delas, de maneira rápida, para evitar complicações.

Pela quantidade estimada de usuáries que deveriam ter hipertensão arterial e diabetes, em realidade só temos uma parte em acompanhamento. Referente aos usuáries com Hipertensão arterial, temos segundo o caderno de ações programáticas 68% de cobertura, já que dos 418 estimados da área no momento estão em acompanhamento somente 280 usuáries. No caso dos usuáries com diabetes o comportamento é muito parecido dos 120 usuáries estimados pelos caderno de ações programáticas, temos 67 (56%) acompanhados. Acredito que este resultado é devido a que temos um subregistro dos usuáries e por isso temos

que melhorar a pesquisa ativa deles, procurando nas visitas domiciliares, pois, às vezes, os assintomáticos não procuram atendimento médico, tornando difícil saber se eles estão somente sem serem tratados ou acompanhados.

O atendimento aos hipertensos e aos diabéticos somente acontece todas as terças-feiras (hiperdia), os quais são agendados cada vez que vão pela primeira vez. Em caso de serem procedentes de atendimentos de outras patologias agudas por estar com um alguma doença e diagnosticados serem hipertensos e/ou diabéticos, os mesmos são encaminhados para a enfermeira que fornece para eles o agendamento de cada mês, com o objetivo de renovar os remédios e fazer o acompanhamento.

Toda vez que o usuário sai das consultas estas são agendadas para a próxima vez, mas nem todos retornam, muitas vezes só fazendo isso no momento que acaba o remédio ou surge alguma complicação, mas sempre tentamos atendê-los para que não fiquem sem seu remédio ou atendimento. Também são encaminhados para as consultas especializadas, e no caso dos diabéticos ao atendimento pelo dentista, o qual é muito importante.

Dentro dos indicadores de avaliação da qualidade do processo do acompanhamento, que está estipulado pelo Ministério da Saúde (2006), nós temos dificuldades, por exemplo, para a classificação do risco cardiovascular, por não termos como mandar o paciente fazer o exame de lipídeos fracionados no município. Só fazemos o controle pelos dados clínicos, tornando difícil a estratificação do risco, os outros exames feitos no município são solicitados no momento que precisam. Os usuários são orientados quanto à prática regular de exercícios e uma alimentação mais saudável do que aquela que fazem até o momento. Percebemos que o problema não é fornecer a orientação, o problema maior está em conscientizar o usuário para cumprir as orientações que são dadas.

É necessário melhorar o planejamento das ações para o atendimento ao hipertenso e diabético e para isso é preciso ter uma pessoa responsável por avaliar os processos de trabalho que são realizados. Aumentar a pesquisa ativa dos usuários que estão na comunidade com alguma doença e que nunca tenham vindo para o atendimento na UBS, sendo difícil diagnosticar o problema. Oferecer aos usuários melhores serviços no hospital baseando-se nos exames que lá são feitos e oferecer a possibilidade de fazer outros que não podem ser realizados na UBS

devido ao aparelho estar quebrado, ainda deve-se priorizar o atendimento dos diabéticos pelo dentista.

O número de idosos nossa UBS são 130, para 91% de cobertura segundo o total dos dados do caderno de ações programáticas. Mas eles são atendidos no dia destinado ao atendimento do programa hiperdia, não tendo um dia só para o atendimento dos idosos como programa estabelecido em nossa UBS. Cada atendimento é registrado no prontuário, por hipertensão, diabetes ou alguma outra doença, independente da idade do usuário.

Realmente nossos dados são maiores que os dados do caderno de ações programáticas, só que nem todos os usuários são acompanhados na UBS e temos outros em que só são realizadas visitas domiciliares devido à condição clínica que apresentam, tornando complexa a vinda deles até a UBS para fazer o acompanhamento. Assim, tanto o ACS como a enfermeira e os médicos fazem acompanhamento deles no lar, mas nesses casos o prontuário fica arquivado em um arquivo específico (ficam na pasta da doença específica que tenham esses usuários, se for hipertensos ou diabéticos, estão na pasta dos usuários diabéticos ou hipertensos separada por agente de saúde e assim por diante). Não temos uma pasta para idosos especificamente).

A pessoa idosa é atendida a cada vez que chega pela demanda espontânea na unidade, situação esta que nós temos demais, já que atendemos além de nossa população, a população ribeirinha e das outras comunidades do município. Além disso, no programa hiperdia, são avaliados muitos usuários idosos, como estamos vivendo agora, já que o programa não funciona sozinho, mas atrelado com outros, perdendo assim os indicadores que nesse programa deveriam ser feitos, como a avaliação funcional rápida, preenchimento da caderneta de idosos e outros; logo os indicadores avaliados não são bons. Estamos fazendo atendimento aos idosos, mas faltam alguns indicadores para a realização da avaliação do paciente idoso. Na Figura 5 podemos observar uma atividade física realizada com idosos da comunidade.



Figura 5- Participação dos idosos em atividade promovida em parceria com a UBS João Pereira de Oliveira e Secretaria de Cultura e Esporte, Manicoré, AM.

Dentro das ações para mudar a situação do atendimento aos idosos, é necessário definir o responsável para o cumprimento do programa do idoso, para o planejamento e a prática dele, selecionando um dia só para o atendimento do idoso sem doença crônica. E ter em conta que no momento do atendimento do idoso portador de hipertensão ou diabetes e que são acompanhados constantemente na UBS, seja preenchida a sua caderneta do idoso e fornecidas orientações específicas para os idosos, como riscos, prevenção de acidentes e outros.

Dentro das ações de saúde bucal no posto temos ainda indicadores de qualidade baixos, tanto para atendimentos programados como não programados, sendo maior o acompanhamento nas crianças, e dando prioridade aos usuários com diabetes e hipertensão, e usuárias em acompanhamento do pré-natal, mas sem ainda ter um acompanhamento adequado segundo o estabelecido, por múltiplas situações tanto de logística, como falta de profissional o qual em ocasiões trabalha em dois postos diferentes.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

No texto inicial elaborado tentei dar um reflexo de como é o serviço na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM, mas percebi que estava totalmente incompleto, pois tinha uma falta de profundidade referente ao conhecimento sobre o trabalho e as condições estruturais da unidade de saúde. Ao longo do preenchimento dos questionários propostos pelo curso foi possível entender como se faz, o que não se faz e o que é feito, quais são as ações programáticas importantes com prioridade para o governo e como cada uma delas é desenvolvida pelos profissionais da UBS.

Com a finalização da unidade referente à análise situacional foi possível conhecer com mais profundidade toda a complexidade e o funcionamento da UBS João Pereira de Oliveira, os problemas, dificuldades e limitações, permitindo assim um diagnóstico mais preciso, mais completo e real da situação da unidade, de forma que fosse possível trabalhar as dificuldades e mudar a realidade apresentada, fazendo um trabalho de melhor qualidade envolvendo os profissionais da unidade de saúde e a comunidade atendida.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A intervenção que realizaremos terá como foco o atendimento aos diabéticos e hipertensos de nossa área de abrangência, ação muito importante, já que primeiro tentaremos ter maior controle sobre estes usuários, dando assim maior acompanhamento às complicações que podem aparecer na doença, e melhorando a qualidade de vida, a fim de implementar ações de prevenção e promoção de saúde, de hábitos de vida saudáveis, da prática regular de exercícios. Visto que a população brasileira tem uma tendência ao incremento do número das pessoas idosas pelo aumento da expectativa de vida, aparição destas doenças pode ser maior nesta faixa etária. Por isso se faz importante o trabalho com estas doenças na comunidade.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem-se dois relevantes problemas de saúde pública no mundo pois apresentam elevados índices de prevalência e mortalidade (FAJARDO, 2006;). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Em 2001, cerca de 7 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por Doença Isquêmica do Coração [DIC]), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países,

revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em nosso país, as Doenças Cardiovasculares (DCV) tem sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório e em cidades brasileiras nos últimos 20 anos tinha uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países.

Em 2005, Manaus tinha uma população estimada em 1.644.688 habitantes. Acompanhando a tendência de envelhecimento populacional, observou-se que, em 2005, 6,11% das internações hospitalares no SUS foram geradas por doenças do aparelho circulatório, um valor 1,8 vezes maior do que o ocorrido em 1995. Em 2004, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório foi de 17,8%, em contraponto aos 14,7% de 1984, o que representou um incremento de 21% (SOUZA;GARNELO, 2008).

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para

5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade.

Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% ⁽¹⁰⁾. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2013). A probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco. O público-alvo para o rastreamento do DM preconizado pela Associação Americana de Diabetes ⁽⁸⁾. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México. Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US\$ 2.108,00 por paciente, dos quais US\$ 1.335,00 são relativos custos diretos (BRASIL, 2013).

Estas doenças interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas por ela acometidas e na de seus familiares (FAJARDO, 2006). A partir dos dados de avaliações feitas, pôde-se concluir que, em todo o mundo, detecção e tratamento da hipertensão são deficientes e que a maioria dos doentes tratados tem mau controle da PA. O tratamento da HAS e diabetes baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente ⁽¹¹⁾. Esta vem sendo considerada um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica e perpassado por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (PIRES; MUSSI, 2008).

Em função disso, esforços sistemáticos devem ser realizados para a implementação, em nível comunitário, de programas de detecção eficiente tomando-se medidas que possibilitem a sua prevenção e o seu controle, encontrando-se para isso na Atenção Primária à Saúde um espaço ideal para a prática de medidas que proporcionem a prevenção e a detecção precoce da HAS e diabetes, por meio da Estratégia Saúde da Família (FAJARDO, 2006).

A melhora da atenção à saúde do hipertenso e do diabético deverá ser implementada na nossa UBS, mas com algumas dificuldades, mas o importante para a sua realização nós contamos, que é o envolvimento da equipe básica de trabalho. Dentre as atividades que serão realizadas, as mais difíceis serão tentar implementar um atendimento programado aos usuários hipertensos e diabéticos não só pela enfermeira, como também pelo médico; e também a realização da avaliação de risco cardíaco, já que nosso hospital não tem exames para a realização de HDL colesterol e LDL, essenciais para a saúde da população alvo de nossa intervenção.

A intervenção com foco na atenção à saúde do hipertenso e diabético será implementada nesta unidade devido ao fato de termos um grande sub-registro dos usuários hipertensos e diabéticos, segundo o caderno de ações programáticas, que estabelece um número de pacientes em cada ação programática pelo total da população. Neste caso o sub-registro dos hipertensos é maior que para os diabéticos (280/418 e 67/120 respectivamente). Sendo assim, decidimos tomar como tema de nossa intervenção o atendimento a estes usuários, visando uma melhoria desta ação programática em saúde.

Minha UBS chamada João Pereira de Oliveira, fica no centro do município Manicoré/AM, onde o horário de atendimento é de 07h às 17 horas. Dentro de nossa área de abrangência a população se encontra no centro do município, mas temos também muita população ribeirinha que mora muito perto do Rio Madeira, na ribeira deste e uma população que mora perto da mata. No total, a comunidade está constituída por 2.355 pessoas, compostas por 688 famílias, de acordo com a última atualização que foi feita. A população chega até a unidade de várias formas, caminhando, de moto, bicicleta, etc. Esta UBS também é o lugar de referência da população que mora no interior do município, que para vir à cidade passa às vezes três, quatro e até mais horas em barcos pequenos e lentos para chegar e serem atendidos.

A UBS João pereira de Oliveira é uma UBS com modelo de atenção com ESF (Estratégia de Saúde da Família), tem uma equipe de saúde da família e encontra-se na cidade, pelo qual poderia se catalogar como urbana. Dentro da estrutura tem uma sala de recepção/arquivo de prontuários com espaço suficiente para eles; tem sala de espera onde se podem acomodar mais de 16 pessoas, mas temos mais outras cadeiras espalhadas pela UBS perto das consultas aonde vão ser atendidos os usuários, porém vemos muitas pessoas da população do interior do município que ainda não tem médico nessas comunidades, ficando em alguns momentos pessoas em pé, pelo excesso de demanda e falta de acomodação na unidade. Não existe sala para administração e gerência, já que é pequena a estrutura e somente tem uma equipe trabalhando, além disso, também não tem sala para ACS, pois a estrutura não consta com espaço suficiente para ter-lhe.

Não temos uma sala para reuniões e educação em saúde, mas está em projeto a reforma para acrescentar esta sala à estrutura das UBS's do município. Não tem sala de almoxarifado, as coisas que chegam lá, tanto de alimentação como de limpeza, são guardadas em estantes na copa e/ou cozinha que temos no final da unidade. Tem dois consultórios médicos em que trabalham dois médicos na mesma estrutura, mas sem sanitários somente com lavatórios. Também tem um consultório de enfermagem e outros espaços para realização de teste de HIV, sífilis e dengue. O banheiro para funcionários é só um e com as condições que precisam. (Tem uma sala de vacinas, de curativos, de nebulização, de farmácia onde ficam todos os medicamentos, a qual é abastecida uma vez por semana e todo medicamento que chega à UBS vai direito para a área para serem fornecidos à comunidade).

Para recepção, lavagem, e descontaminação de material, e de esterilização encontra-se tudo no mesmo lugar, não estão em ambientes separados. Tem também sala de odontologia com uma dentista, com equipo odontológico e o compressor fica em uma área específica fora da sala. Tem depósito para o lixo não contaminado e resíduos sólidos na parte externa da unidade, onde tem seu espaço resguardado com portas, e ninguém tem acesso. Nestes ambientes que temos, tem janelas que possibilitam a circulação do ar, com iluminação natural, as paredes são laváveis, de superfície lisa, pisos lisos, laváveis, de superfície estável, e antiderrapante; incluindo as portas e as janelas que são de alumínio e vidro, sendo laváveis também. Temos a cobertura impermeabilizante e com telhas.

Os arquivos ou armários são de estrutura lavável, de fácil limpeza. E todos os ambientes estão sinalizados em cada porta com texto, não tem figuras ou sistema Braille. A estrutura permite a entrada de pessoas com deficiências, não tem tapetes na sala de espera nem nos consultórios que produzam quedas ou acidentes, não tem degraus em nenhuma parte dele, permitindo a mobilidade de pessoas em cadeira de rodas facilmente pela unidade. Como estamos no piso térreo, não temos escadas nem degraus, e para descer para a rua foi criada uma pequena rampa para os usuários e para cadeiras de rodas que podem descer sem problema.

Pela quantidade de pessoas que moram na área, estima-se que tenhamos 418 usuários que deveriam ser diagnosticados com hipertensão, mas na realidade só temos 280 (67% em acompanhamento) e 120 usuários, que deveriam ser diagnosticados com diabetes, mas na realidade só temos 67 (56% em acompanhamento). Acredito que como em muitos lugares, temos um sub-registro dos usuários, seja por que temos que melhorar a pesquisa ativa deles, procurando nas visitas nas casas, ou por que os usuários às vezes sem sintomas não procuram atendimento médico, o que torna difícil termos o conhecimento se eles estão somente sem serem tratados ou acompanhados.

Os usuários que estão em acompanhamento têm um agendamento mensal, pelo fato de vir procurar remédios mensalmente com a enfermeira, tem também acompanhamento com o tempo estipulado pelo Ministério para seu acompanhamento anual. Mas muitos que não vem no tempo correto, ainda que estejam agendadas suas consultas, tem solicitação de seus exames, ainda que nem todos sejam feitos no hospital, se encaminham para o atendimento de odontologia, o que não conseguem fazer nem todas as vezes já que tem um aumento da demanda espontânea ao serviço. Com eles se fazem atividades de prevenção e promoção de saúde, na rua, em igrejas, na unidade, promovendo cafés da manhã, em que participam os usuários hipertensos e diabéticos e os idosos.

Devido à importância deste tema no país, estado e nosso município se decidiu fazer uma intervenção com nossos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência tentando mudar a realidade que ainda tem o comportamento da diabetes e hipertensão.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Garantir a cobertura dos hipertensos e diabéticos no atendimento na UBS João Pereira de Oliveira.
2. Garantir a Qualidade da Atenção aos Diabéticos e Hipertensos na UBS.
3. Manter a Adesão dos pacientes nas consultas segundo o protocolo estabelecido.
4. Registrar adequadamente os pacientes e seus dados nos documentos estabelecidos.
5. Realizar a avaliação do risco cardiovascular segundo o estabelecido pelo Ministério da Saúde dos diabéticos e hipertensos.
6. Garantir a realização de Promoção de Saúde na UBS João Pereira de Oliveira.

2.2.3 Metas

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Será realizada uma intervenção no período de 4 meses do ano 2014, na Policlínica João Pereira de Oliveira, do município Manicoré, Estado Amazonas, Brasil.

O universo de trabalho serão todos os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, maiores de 20 anos, cadastrados no programa HIPERDIA ou não (aqueles que ainda não tem sido cadastrado por não fazer acompanhamento no posto de saúde), pertencentes à área de abrangência da Policlínica João Pereira de Oliveira. Considera-se critério de exclusão todos aqueles que não cumpram com o antes exposto. Os aspectos éticos vão ser preservados.

Para a análise dos dados será utilizada estatística descritiva, sendo calculados como frequências absolutas, e relativas, os quais passarão para tabelas e gráficos diretamente, feitos todos em programa EXCEL desenhado previamente para o cálculo automático.

2.3.1 Ações

Objetivo 1 - Cobertura

1.1_1.2 Cadastrar 80% dos hipertensos e 70% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

- No eixo de Monitoramento e avaliação para obter essa meta se cadastrarão todos os hipertensos e diabéticos que se encontram na comunidade e ainda não tem acompanhamento pelo HIPERDIA na nossa UBS, tendo já os dados de todos os que já foram cadastrados e que estão

em acompanhamento, melhorando a procura ativa pelos agentes de saúde nossa área de abrangência.

- No eixo de Organização e gestão do serviço vai se garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados em cada consulta e melhorar o acolhimento para eles na UBS, além de fazermos tomada de pressão pelo pessoal da triagem na UBS, e os agentes de saúde realizarão teste de glicemia capilar.
- No eixo de engajamento público se informará à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para Diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes feito em palestras, atividades que vão ser feitas em grupo.
- Na qualificação da prática clínica vamos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e fazer adequadamente as glicemias capilares.

Objetivo 2 - Qualidade

2.1_2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

- No eixo de monitoramento e avaliação vão se monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos em cada uma das consultas estabelecidas pelo Ministério, sabendo o que cada membro da equipe tem que fazer para o atendimento do paciente, sendo isto monitorado pela enfermeira ou médico, para isso vamos dispor da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Organização e gestão do serviço serão feitos o exame físico adequado a todos os hipertensos, na UBS, na visita domiciliar, segundo a frequência

em controle estabelecida pelo Ministério, duas vezes ao ano, procurando assim complicações e a prevenção destas.

- No eixo de engajamento público vamos orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabéticas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado segundo a competência de cada um em cada consulta que corresponda ao paciente, estabelecida pelo programa de atendimento.
- Na qualificação da prática clínica teremos que se capacitar e treinar os ACS (Agente Comunitário de Saúde), com as complicações que podem acontecer no hipertenso nas visitas domiciliares e como orientar o paciente no caso de algumas complicações que podem acontecer no diabético, na tomada adequada da pressão arterial e da glicemia capilar, nas visitas domiciliares e como orientar o paciente no caso de alguma complicação. Será capacitada a equipe para a realização de exame clínico apropriado segundo a competência de cada um em cada consulta que corresponda ao paciente.

2.3_2.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações

- Para o monitoramento e avaliação das ações solicitaremos a realização dos exames complementares na frequência estabelecida pelo Ministério no programa de atendimento, sempre orientando nas consultas para sua realização pelo menos duas vezes ao ano a cada paciente, avaliando a realização destes e quantos não fizeram.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Na organização e gestão do serviço tem que dar se prioridade aos pacientes que estão em acompanhamento na UBS, garantindo no hospital os exames que teriam que ser feitos e que sejam solicitados sempre segundo o estabelecido, que sua realização seja pelo menos duas vezes ao ano.
- No eixo de engajamento público deve-se orientar aos pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.
- Na qualificação da prática clínica tem que se capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares com a frequência estabelecida, e para que eles monitorem o cumprimento da realização destes pelos pacientes.

2.5 - 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Para o monitoramento e avaliação das ações vai se controlar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, realizando o controle de estoque pela farmacêutica para termos o conhecimento dos medicamentos que dispomos mensalmente, dando prioridade aos medicamentos dos pacientes cadastrados no programa de hipertensão e diabetes, por meio dos registros observaremos os medicamentos que eles consomem, fazendo sempre os pedidos, para que nenhum fique sem remédios, desassistido.
- Na organização e gestão do serviço, teremos o controle de estoque para ter os medicamentos solicitados, além de solicitar os medicamentos que se requer mensalmente.
- Dentro do engajamento público orientaremos os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Na qualificação da prática clínica se realizará a atualização do profissional no tratamento da hipertensão, iremos capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, mais ainda pelos agentes de saúde que estão fazendo visitas domiciliares assim orientando os pacientes da disponibilidade dos medicamentos na UBS.

2.7- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações

- Para o monitoramento e avaliação deve-se procurar nos prontuários dos pacientes quais estão precisando de atendimento com o dentista, e assim com os agentes de saúde e o médico e enfermeira, orientar-lhes para seu controle pelo dentista.
- Na organização e gestão do serviço têm que agendar as consultas dos pacientes hipertensos e diabéticos com o dentista, em dias fixos para assim termos o controle dos pacientes que vão e garantir que tenham uma vaga segura para o atendimento odontológico.
- Dentro do engajamento público orientaremos aos pacientes, em todas as oportunidades que tenha a equipe, sobre o acompanhamento pelo dentista, para a prevenção de muitas complicações, ainda mais nos usuários diabéticos, e que os agentes de saúde, possam monitorar o cumprimento disto, por parte dos usuários da sua área.
- Dentro da qualificação da prática clínica, tem que se capacitar a equipe para detectar os usuários que ainda não tem avaliação pelo dentista, e que sejam capazes de orientá-los para fazer-lhe.

Objetivo 3. Adesão

3.1– 3.2 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

- No eixo de monitoramento e avaliação será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolo. Isso será feito através da análise do prontuário de cada um dos usuários e das fichas-espelho.
- No eixo de organização e gestão do serviço serão realizadas visitas domiciliares para busca de faltosos do programa ou fora da periodicidade recomendada por parte dos agentes de saúde, e na UBS organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- No eixo de engajamento público serão feitas ações para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, e esclarecer os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A orientação será feita através de palestras, grupos, que serão desenvolvidos na própria UBS com o público da comunidade. Dar ênfase a esses assuntos durante as visitas domiciliares dos ACS e do restante da equipe. Esclarecer desde o início do acompanhamento dos programas sobre a periodicidade dos exames e consultas e da importância de se seguir os protocolos.
- Na qualificação da prática clínica serão treinados os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Registro

4.1.- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Para o monitoramento e avaliação tem que se monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde fazendo revisões quinzenais dos prontuários dos usuários, e

manter atualizadas as informações do SIAB, para isso utilizando os prontuários e as fichas espelhos, tendo um responsável pela estatística na UBS.

- No eixo de engajamento público, orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário aproveitando os espaços onde se compartilham informações com eles.
- Na gestão e organização do serviço realizaremos o preenchimento e uso adequado dos prontuários em cada consulta estabelecida para os usuários tanto como os registros específicos das consultas e das fichas espelhos.
- Dentro da qualificação da prática clínica, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento do hipertenso e diabético, para ter um registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas tanto pelo médico, enfermeira, nas visitas dos agentes de saúde, o preenchimento dos prontuários e as fichas espelho deve ser adequado.

Objetivo 5. Avaliação do risco

5.1.- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Para o monitoramento e avaliação tem que se monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, feita pela enfermeira e o médico, priorizando o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Na gestão e organização dos serviços de saúde tem que se organizar a agenda para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos e fazer em todos a avaliação do risco cardiovascular, tendo um maior

controle, para isso tem que se orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- No engajamento público tem que se esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) em espaços como palestras, cafés da manhã e em todas as ações feitas pela equipe com os usuários.
- Na qualidade da avaliação clínica tem que se capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e sobre a importância do registro desta avaliação, também quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promoção de Saúde

6.1– 6.8. Garantir orientação sobre alimentação saudável, da prática regular de exercícios, do tabagismo e a higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ações:

- Para o monitoramento e avaliação tem que se monitorar a realização de orientação nutricional, da prática regular de exercícios, do tabagismo e a higiene bucal aos hipertensos e diabéticos em cada uma das consultas.
- No engajamento público organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável, sobre as consequências do tabagismo, a importância do cuidado da saúde bucal deles e da prática de exercícios físicos de maneira regular. Demandaremos junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nossa nutricionista nesta atividade, tem que se orientar aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre o não uso do cigarro pelas consequências que podem ter.
- Na organização e gestão do serviço vão se realizar palestras na UBS, ou em outros espaços onde possa se dar orientações aos usuários sobre os tópicos falados.

- Na qualificação da prática clínica tem que se capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de exercício, para falar sobre os efeitos do tabagismo e sobre a saúde bucal, orientando os usuários nas visitas domiciliares pelos agentes de saúde, pelo médico e enfermeira, e pelo restante do pessoal da UBS.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são cálculos que indicam a situação de uma população em um determinado período. Na intervenção proposta para a unidade de saúde João Pereira de Oliveira, os indicadores mostrarão se as ações implementadas estão evoluindo de acordo com as metas propostas durante a elaboração do projeto. Os indicadores de saúde são calculados a partir de dados coletados durante as ações da intervenção, dados registrados de forma padronizada e transcritos para uma planilha de coleta e avaliação de dados. Os indicadores utilizados na intervenção a ser realizada na Unidade João Pereira de Oliveira em Manicoré/AM são:

Meta: 1.1. Cadastrar 80% 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.

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.

Meta 1.2: Cadastrar 70% 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.

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.

Meta: 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta: 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.4: 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.

Meta: 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Os protocolos a serem utilizados serão o Caderno da Atenção Básica nº 15 – Hipertensão Arterial Sistêmica e nº 16 – Diabetes Mellitus, preconizados pelo Ministério da Saúde em 2006.

As informações que precisamos para o monitoramento das ações feitas no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos serão escritas nos prontuários, cada vez que tenham consulta, sendo estes colocados em pastas, separados por cada agente de saúde, para ter maior organização e controle da informação e dos usuários cadastrados.

Entre os dados que cada prontuário tem incluso, está a ficha de cadastro dos usuários, onde estão todos os dados gerais para essas doenças. Também é utilizada a ficha para o acompanhamento da hipertensão e diabetes, a qual contém todos os dados que precisam se conhecer dos usuários no momento da consulta, com as mudanças que tem tido no tratamento, os complementares que tem feito, etc. Já que estes dois documentos não contém todos os dados acrescentaremos mais um para trabalhar paralelamente chamada ficha espelho, a qual será utilizada

uma por cada usuário complementando os dados da planilha de acompanhamento ao hipertenso ou diabético.

Todos os dados vão ser transcritos para o software excel em um documento chamado *Planilha de Coleta de Dados* subdividida em várias seções, dados gerais do usuário, idade, se é hipertenso ou diabético, medicamentos que toma e de onde são esses medicamentos, exame físico em tempo e boa qualidade, assistência a consulta em tempo, se foi procurado ou não pelos agentes de saúde da sua micro área, se tem feito os exames complementares estabelecidos pelo Ministério, se recebeu orientações sobre o tabagismo, sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, sobre higiene bucal, se tem feito a avaliação do risco cardiovascular. Tudo isso subdividido por mês da intervenção para observar mudanças que vão acontecendo nos dados dos usuários durante os 4 meses das ações na UBS.

As primeiras fichas serão providenciadas para todas as UBS sem ter problemas para sua procura, pois são parte do trabalho diário, tanto as que são individuais como as fichas de cadastro, como aquelas para o uso da enfermeira como a ficha de acompanhamento dos usuários; o último documento (a ficha espelho fornecida pela especialização da Universidade Federal de Pelotas - UFPel) vai ser providenciado com a administradora do posto e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMED) para garantir sua impressão, e ter a quantidade necessária para cada usuário cadastrado e em acompanhamento.

Nossa unidade de saúde não está informatizada, só temos um computador na recepção e outro para o uso do programa Telessaúde, pelo qual os dados serão obtidos dos prontuários e das fichas espelho.

Para a execução deste registro, a enfermeira e o médico irão revisar todos os registros de usuários da UBS, além de localizar os prontuários para a revisão da ficha espelho que tem cada um deles, bem como o registro de trabalho de acompanhamento.

Para as ações a realizar, começaremos com o cadastro, registro, procura de todos os dados, capacitação de todos os ACS, e ter em conta que semanalmente a procura ativa dos faltosos na comunidade e dos usuários novos deve ser feita para conseguir o cadastro de usuários que ainda não tenham sido cadastrados no programa.

Para obtermos um bom acolhimento na UBS, manter-se-á como atualmente estamos trabalhando, fazendo o acolhimento pela triagem, e passando com prioridade para a consulta do hipertenso/diabético nos dias priorizados para eles, e no caso de problema agudo, viabilizar o atendimento com o médico pela demanda espontânea.

Para manter as ações de controle de pressão arterial e teste de glicemia capilar, tem que se capacitar aos agentes de saúde para o controle de pressão na comunidade e controle de glicemia capilar, mais a capacitação da equipe para fazer esta ação na mesma UBS com os usuários que chegam pela demanda espontânea, no caso de se precisar (para a pesquisa de diabetes) e sempre para a pesquisa de hipertensão.

Temos que sensibilizar a comunidade para o conhecimento sobre as doenças que fazem parte de nossa intervenção, para isso vamos fazer palestras, cafés da manhã tanto na UBS como em outros ambientes, que sejam propícios para levar até eles essas informações, além disso, teremos que capacitar o pessoal que fará estas palestras, principalmente a enfermeira e o pessoal do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Para a realização do atendimento adequado aos usuários, no caso dos diabéticos e hipertensos, serão agendados três dias na semana para o atendimento, tanto pela enfermeira ou médico em cada consulta em que se orientará sobre a presença de complicações das doenças, para isso dispomos do protocolo de atendimento impresso na UBS, além de fazer o exame físico adequado.

Para a realização dos exames complementares, se faz solicitação dos mesmos duas vezes ao ano, pelo médico ou enfermeira, em menos tempo no caso que for preciso a sua realização, mas no hospital temos no momento somente hemograma, colesterol, triglicerídeos, glicemia, urina, creatinina, ureia. Esta situação não está na nossa governabilidade de mudança, pois já é de conhecimento das autoridades pertinentes do nosso município, o que torna também difícil a avaliação do risco cardiovascular.

Para a realização do risco cardiovascular avaliaremos a cada seis meses, nos usuários que tenham feitos todos os exames que se precisa, já que não temos outra opção, (que quase sempre são feitos em Manaus, ou outro município), mas vão se ter em conta em cada consulta os fatores de risco, que vai ser feito mensalmente, já que o usuário será atendido mensalmente .

Para a prescrição dos medicamentos, nas farmácias populares das UBS, também será feita mensalmente cada vez que o usuário tenha sua consulta, uma vez seja cadastrado, procura seus remédios. Na farmácia se sabe os medicamentos que mais precisam, baseado nisto e nos usuários cadastrados e quais medicamentos usam, priorizaremos os pacientes que fazem o acompanhamento no posto de saúde, e sempre deixando medicamentos em estoque para os casos novos.

Para a necessidade de atendimento odontológico, se estipula um dia da semana para o atendimento aos usuários cadastrados no programa, e a todos são fornecidas recomendações para sejam acompanhados pelo odontólogo pelo menos duas vezes ao ano, e caso precise, poderão ser encaminhados.

Para ter em conta os pacientes faltosos, a enfermeira terá que revisar os prontuários quinzenalmente, e os ACS deverão buscar usuários que estejam faltosos nas áreas de cada um deles. Assim, se agendará a consulta novamente a conveniência da enfermeira.

Para conseguir o registro dos usuários estão os prontuários, as fichas espelhos, o cadastro individual preenchido na primeira vez que é cadastrado o usuário e o acompanhamento (cada vez que os usuários vêm) pela enfermeira, na consulta do programa de hipertensão/diabetes. A secretaria de saúde fará a gestão da impressão das fichas espelhos.

Em relação às orientações sobre a realização de atividade física, se disponibilizarão dias para fazer caminhadas, com o pessoal da UBS e NASF, em parceria com o pessoal da secretaria de esporte, pelo menos uma vez ao mês, por que o grupo que está formado de nossa área faz caminhadas semanais.

As orientações para saúde bucal, tabagismo e nutrição saudável são dadas mensalmente nas consultas individuais a cada usuário, ou em palestras programadas, pelo menos uma vez ao mês, sejam nos cafés da manhã, ou nas igrejas.

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção foi realizada na UBS/ESF João Pereira de Oliveira, Manicoré/AM, tendo como objetivo melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde. Foi desenvolvida no período de 08 de setembro de 2014 a 09 de janeiro de 2015, totalizando 16 semanas de trabalho. O projeto contemplou a realização de ações nos quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. A intervenção dentro das ações previstas nestas 16 semanas foi, em sua maioria, cumprida respeitando o previsto no cronograma estabelecido pelo projeto de intervenção, apresentando algumas limitações.

Dentre as ações a serem realizadas, a capacitação do pessoal da UBS sobre o protocolo do Ministério da Saúde para acompanhamento da hipertensão e diabetes foi cumprida na primeira semana para que o pessoal da UBS soubesse o que ia ser feito nas semanas seguintes; sendo estabelecido nesse momento o papel de cada profissional no cumprimento do protocolo, explicando para os profissionais que integram a nossa equipe de saúde, qual seria o seu papel ao longo da intervenção, o qual foi cumprido e estabelecido.

A capacitação da equipe para verificação da pressão arterial, realização do teste de glicemia capilar, identificar sinais e sintomas da hipertensão e diabetes, e para detectar os usuários, que ainda não tem avaliação pelo dentista e dos ACS para a procura dos usuários faltosos e sem exames complementares, também foi realizada com muito sucesso e participação de toda a equipe.

No eixo de organização e gestão do serviço as ações previstas foram realizadas em quase 100%, só não alcançamos este índice porque não conseguimos cadastrar todos os usuários como era esperado, no entanto, foi

realizado registro específico no programa e os casos novos foram registrados e atualizados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

O atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos foi realizado de maneira estável e com os dias estabelecidos, o qual era cumprido sem problemas, mas às vezes o material de trabalho que eles tinham era limitado, o que implicou na não realização de alguns procedimentos, tendo os usuários que aguardar a chegada do material ou procurar atendimento privado. A demanda espontânea foi e ainda é muito alta, e às vezes chegavam usuários para atendimento além dos que já estavam agendados, levando a um número alto de atendimentos por dia.

A partir da 14ª semana da intervenção começamos a ter problemas no funcionamento habitual devido à quebra da autoclave que mantém a esterilização do material de trabalho. Isto coincidiu com o final do ano (que sempre fica difícil resolver os problemas), e até a primeira semana do outro ano se manteve assim, mas se estabilizando na segunda semana do mês de janeiro, retornando ao atendimento normal, mas já tinha acabado as 16 semanas de intervenção.

Nestas semanas que tivemos problemas com a esterilização de materiais, foram implementadas estratégias como as visitas domiciliares e procura ativa de usuários com doenças bucais. Caso alguém tivesse sido detectado problemas bucais em algum usuário, o mesmo era avaliado em casa e caso não pudesse se resolver, era encaminhado para outra UBS para realizar o procedimento que fosse necessário.

Cada vez que o usuário comparecia à consulta se fazia o atendimento clínico completo, tanto o exame clínico completo quanto a solicitação dos exames complementares, mas o difícil foi e tem sido a estratificação do risco cardiovascular, mas não pela parte clínica, e sim pelo fato dos exames complementares não serem feitos no município e os que são feitos demoram muito para o agendamento. A demora dos resultados dos exames tem sido motivo de queixa dos usuários quando chegam à consulta de retorno sem ter ainda o resultado dos exames. No município abriram um laboratório privado o qual está complementando a realização dos exames que não são realizados no hospital, mas nem todos têm condições para pagar pelos exames complementares (que deveriam ser feito pelo SUS), o qual ao longo da intervenção afetou a qualidade do atendimento oferecido.

A busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos e a realização da visita domiciliar foram feitas semanalmente, até a semana 13 da intervenção, já

que existe um dia (que são as quintas pela manhã) para fazer isto, programando assim a visita aos usuários faltosos à consulta que tínhamos conhecimento por parte da equipe.

Depois da semana 14, coincidindo com o final do ano onde alguns profissionais da equipe saíram de férias, ficando só um médico trabalhando, ficamos impossibilitados de sair para fazer as visitas domiciliares e a procura dos faltosos, além disso, os agentes de saúde estavam liberados também do trabalho até o final do mês de janeiro e tivemos também feriados, o que gerou mais uma limitação no cumprimento desta meta no final da intervenção. Tem sido organizada a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos que são procurados nas visitas domiciliares, que estão faltosos e que podem se deslocar até a unidade de saúde, de forma que o tratamento tenha continuidade e não seja interrompido pela falta às consultas.

A revisão dos arquivos e a disponibilidade de medicamentos têm sido feitas nos momentos estabelecidos, entretanto tivemos na semana 15 alterações no fornecimento de um dos medicamentos que ainda se mantém até hoje, os demais medicamentos estão sendo recebidos e distribuídos aos usuários sem problemas.

O monitoramento dos usuários que tem pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular ao ano é feito cada mês, mas só uma paciente teve todos os parâmetros requeridos para isto. Todos os usuários cadastrados foram orientados em cada consulta quanto ao tabagismo, higiene bucal, prática de exercícios físicos semanais, a importância das consultas e quanto ao uso regular dos medicamentos. As fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram devidamente preenchidas, atualizando os dados dos usuários semanalmente. O grupo de HIPERDIA tem se reunido frequentemente, com exceção de algumas semanas já no final da intervenção, devido às chuvas e aos feriados.

A conversa com a comunidade sobre a existência e a importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes aconteceu sem problemas, não conseguimos seguir o cronograma previsto, mas foi possível observar a participação da comunidade nas ações oferecidas e nas ações solicitadas, promovendo gradativamente a formação de vínculo com os profissionais da UBS e a comunidade, de forma a estabelecer uma parceria mais fortalecida.

Quanto às ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, na semana dois se conversou com a comunidade sobre a existência e importância do

Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, mas na sexta semana por questões de coordenação da atividade e elevado número de atendimentos não conseguimos fazer esta atividade, sendo realizada na semana seguinte. Tivemos dificuldade também com o serviço de dentista nas últimas semanas da intervenção devido ao defeito apresentado no equipamento de esterilização. A procura pelos usuários faltosos e as visitas domiciliares no final do ano foram reduzidas devido ao número reduzido de profissionais, que se encontravam de férias.

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, nem no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores até este momento, os dados finais da intervenção foram consolidados sem dificuldade e repassados para a planilha final de coleta de forma satisfatória.

Inicialmente as ações não foram fáceis de incorporar em nossa rotina, pois as pessoas estavam acostumadas a trabalhar de um jeito, e por mais simples que fosse incorporar outras ações para o que já estava estabelecido, foi um pouco difícil, mas com a revisão semanal, uma interação maior de toda a equipe comigo, as ações foram sendo incorporadas aos poucos até ficarem acostumadas com a nova forma de trabalho. Outra dificuldade que tivemos desde o início de nossa intervenção foi a troca de enfermeiros, uma de licença maternidade, ficou outra que já conhecia o trabalho da intervenção, mas quase ao final saiu de férias, atualmente temos um enfermeiro, o qual tivemos que explicar como é o processo, para ter uma boa parceria de trabalho.

Dentro das outras preocupações que temos está o atendimento odontológico (independentemente do problema da autoclave quebrada que já foi resolvido) que tem os dias estabelecidos para a realização do atendimento a população alvo, o qual é cumprido sem problemas, mas às vezes o material de trabalho que eles têm é limitado e pode comprometer uma das ações da intervenção.

Outra limitação que ainda temos e que se mantém sem uma solução é o fato de não fazer no hospital exames laboratoriais como HDL, LDL, VLDL, hemoglobina glicosada, plaquetas, creatinina, transaminases. Nem todos são importantes para nossa intervenção, mas o lipidograma fracionado no sangue sim, para a estratificação de risco cardiovascular, não temos podido fazê-lo, só quando o paciente já vem com os exames feitos em outro município, que são pagos, o que nem todos têm condições para realizar. Atualmente apenas uma paciente fez todos

os exames em Porto Velho/RO. Já foi falada esta situação na Secretaria de Saúde mais sem resposta ou solução.

Outra preocupação é o fato que já no final da intervenção, o número dos usuários hipertensos acompanhados que compareceram a consulta espontaneamente não foi muito, sendo um pouco maior este número nos usuários diabéticos. Ou seja, temos muitos usuários cadastrados, mas nem todos vêm às consultas na UBS, muitos são atendidos em consultas especializadas ou simplesmente não comparecem e ficam em casa sem atendimento, tem outros que pelo excesso de trabalho e os que trabalham no interior do município também não comparecem às consultas. Este é um dos problemas que não pode deixar de ser considerado uma vez terminada a intervenção.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Nesses quatro meses de intervenção com foco na atenção à saúde do hipertenso e diabético, realizada na nossa Unidade de Saúde, foram atendidos no programa de atenção ao hipertenso, 144 usuários de um universo de 418, que corresponde ao número total de hipertensos com mais de 20 anos residentes na área de abrangência (segundo os dados que deram como estimativa de população hipertensa no caderno de ações programáticas), totalizando uma cobertura de 34,4% (144/418) no último mês de intervenção. Foram atendidos 42 usuários no programa de atenção ao diabético, dentre 120 pertencentes à área de abrangência da unidade (segundo os dados que deram como estimativa de população diabética no caderno de ações programáticas), o que totalizou no último mês das ações, uma cobertura de 35 % (42/120). Estes resultados ainda são baixos se comparamos eles com resultados de outros estudos como o que feito em UBS do distrito Sanitário Planalto, Santa Rosa (RS) 2006-2007 onde tem uma cobertura alcançada maior do 50% tanto para hipertensos como diabéticos sendo maior o número nos usuários diabéticos ^(12,13).

- 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Essa meta foi definida em 80% pela necessidade de conscientização dos usuários hipertensos da região para o comparecimento e acompanhamento de sua saúde na unidade. Sabe-se que a hipertensão traz sérias consequências ao usuário descompensado, e que não tem acompanhamento regular feito por profissionais de saúde, logo estabelecemos essa meta, a fim de garantir que uma maior

porcentagem da população da área fosse atendida pelo programa de atenção ao hipertenso.

No decorrer de quatro meses de ações, obtivemos aumentos crescentes na cobertura aos usuários. No primeiro mês, foram atendidos seguindo o protocolo, 61 usuários de um total de 418, totalizando um percentual de cobertura de 14,6% (61/418). No segundo mês, houve um pequeno aumento no índice de cobertura, chegando a 22,5% (94/418), no terceiro mês foram atendidos 121 hipertensos, chegando ao percentual de 28,9% (121/418) e no último mês das ações, alcançamos o percentual de 34,4%, referente ao atendimento de 144 usuários (144/418). Ao longo dos quatro meses, obtivemos um crescimento na taxa de cobertura de 19,8% (Figura 6).

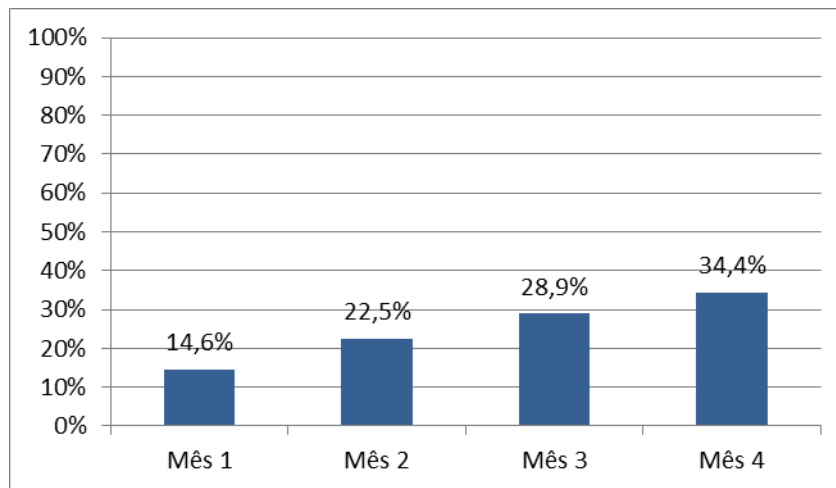


Figura 6 - Proporção de usuários cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Para alcançar este objetivo foram traçadas metas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, e na qualificação da prática clínica, para com tudo isso, aumentar o número de usuários que foram cadastrados na UBS, com o envolvimento da equipe de saúde e da comunidade.

No caso dos hipertensos, no final da intervenção tínhamos cadastrados 289 usuários, só que deles foram consultados 144 segundo o protocolo, o que denota que se estava trabalhando para melhorar o atendimento dos usuários. Estamos trabalhando nos cadastros, mas muitos usuários não estão fazendo seu acompanhamento no posto, faltam a consultas, outros são atendidos por especialistas em cardiologia ou ainda na capital do estado, outros não podem se

deslocar até o posto, salientando o papel importante que exercem as visitas domiciliares.

Dentro das dificuldades que tivemos também estão os dias feriados, que mais nos afetaram no mês de novembro e dezembro sendo dias de consultas que os usuários não foram vistos; além de que muitas das pessoas que integram a equipe de saúde saíram de férias no final do ano. O que resultou em um problema para nós, porém a intervenção já está incorporada a nossa rotina de trabalho, aumentando assim a procura e visitas domiciliares dos usuários faltosos e de aqueles com dificuldade para seu deslocamento até a unidade de saúde, dando mais divulgação a esse atendimento aos usuários tanto pelos agentes de saúde como nos demais integrantes da equipe.

1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Essa meta foi definida em 70% pela necessidade de conscientização dos usuários diabéticos de nossa área de abrangência, para o comparecimento e acompanhamento de sua saúde na unidade. Sabe-se que o diabetes tem sérias consequências ao usuário, e que não tem acompanhamento regular feito por profissionais de saúde, logo estabelecemos essa meta, a fim de garantir que uma maior porcentagem da população da área fosse atendida pelo programa de atenção ao diabético.

No decorrer de quatro meses de ações, obtivemos aumentos crescentes na cobertura aos usuários. No primeiro mês, foram atendidos seguindo o protocolo, 13 usuários de um total de 120, totalizando um percentual de cobertura de 10,8 % (13/120). No segundo mês, houve um pequeno aumento no índice de cobertura, chegando a 18,3 (22/120), no terceiro mês foram atendidos 38 diabéticos, chegando ao percentual de 31,7 (38/120) e no último mês das ações, alcançamos o percentual de 35%, referente ao atendimento de 42 usuários (42/120). Ao longo dos quatro meses, obtivemos um crescimento na taxa de cobertura de 24,2 % (Figura 7).

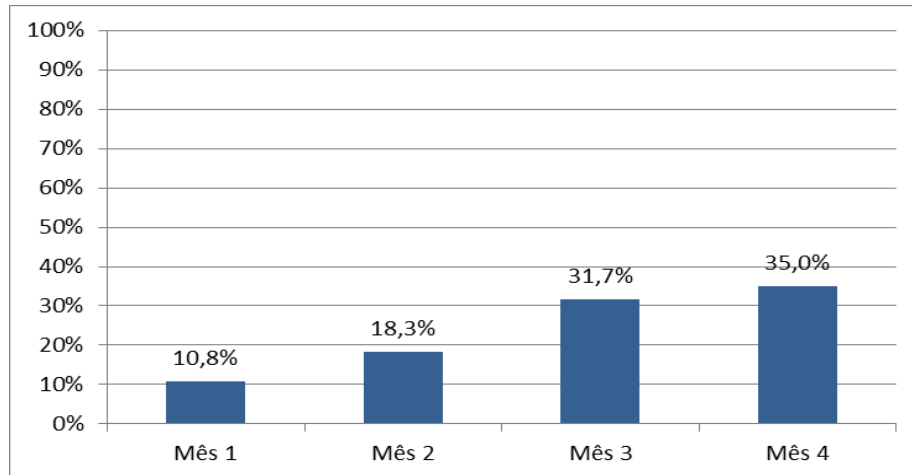


Figura 7 - Proporção de usuários cadastrados no Programa de atenção ao diabético na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Para obter este objetivo foram traçadas metas visando aumentar o número dos usuários cadastrados na UBS, com o envolvimento da equipe de saúde e comunidade. No final da intervenção tínhamos cadastrados 78 usuários diabéticos só que deles foram consultados 42 segundo o protocolo, que foi acrescentando-se ao número dos atendidos a cada mês, o que denota que se estava trabalhando para melhorar o atendimento dos usuários independentemente que a meta traçada inicialmente fosse obtida. Estamos mantendo os atendimentos de modo que se possa obter a meta desejada, melhorando assim o atendimento aos usuários.

Objetivamos também melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos e hipertensos em acompanhamento; para alcançar este objetivo traçamos metas, com as quais íamos obter uma melhoria da qualidade dos usuários que tinham sido atendidos em cada consulta.

2.1 - 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Para fazer o exame físico aos 100% dos hipertensos e diabéticos devido a importância que tem o bom exame físico nestes usuários, pela aparição de situações tanto clínicas, como laboratoriais, que podem ser sinais de risco para complicações (só detectadas no exame físico ou se necessário, por exames complementares); conscientizamos a equipe a detectar algum risco nos usuários, incluindo aparição de complicações ou alterações no exame físico. Para obter isto, se trabalhou nos eixos

de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, e na qualificação da prática clínica melhorando assim a qualidade do atendimento, o registro dos dados dos usuários, o exame físico na hora da consulta deles.

Esta meta foi cumprida adequadamente, estando com exames clínicos em dia todos os usuários que chegavam à consulta seguindo o novo protocolo, em 100% dos atendimentos, fossem usuários hipertensos ou diabéticos, comportando-se dessa forma regular todos os meses, e obtendo assim os resultados propostos no início da intervenção.

Estas metas apesar de serem cumpridas adequadamente no período da intervenção são uma das mais importantes para manter nosso trabalho diário devido à dependência dela diretamente na qualidade da atenção; tendo isto como um padrão na hora de fazer o acompanhamento do usuário hipertenso ou diabético, seja pelo médico ou enfermeira, ou pelo pessoal da triagem, agentes de saúde, etc.

2.3 - 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta é de vital importância já que muitas das complicações nestas doenças não são sempre detectadas clinicamente ou pelo exame físico somente, sendo que tem que ser complementadas com exames para diagnósticos das complicações, diga-se glicemia, hemoglobina glicada, hemograma, creatinina, ureia, ácido úrico, exame simples de urina, exame de lipídeos totais e fracionados, eletrocardiograma.

O indicador analisado foi a proporção de usuários com exames complementares em dia no caso dos hipertensos em cada mês da intervenção, tivemos os seguintes índices: 26,2% (16/61), 23,4% (22/94), 26,4% (32/121) e 30,6% (44/144), que podem ser evidenciados na Figura 8.

Neste ponto pode-se ver claramente que a realização dos exames complementares dos usuários não está satisfatória, por muitas razões, a primeira é que quando começou nossa intervenção somente estavam fazendo os exames complementares no hospital regional de Manicoré/AM (o único lugar onde fazia do município) no qual a demanda para a realização era e ainda é muito alta, assim, para marcar os exames às vezes os usuários demoram mais de um mês. A segunda dificuldade que temos é que alguns dos exames que se precisa para estes usuários

não são feitos como: hemoglobina glicada, lipídeos fracionados (HLD, VLDL, LDL), e tudo isso mais o fato da demora, ocasionava retornos dos usuários às consultas sem os exames feitos, outros desistiam e não faziam os exames muitas das vezes. Quando estava faltando poucas semanas da intervenção, um laboratório privado abriu no município, mas nem todos os usuários têm condições para pagar os exames, o que ainda não resolvia o problema.

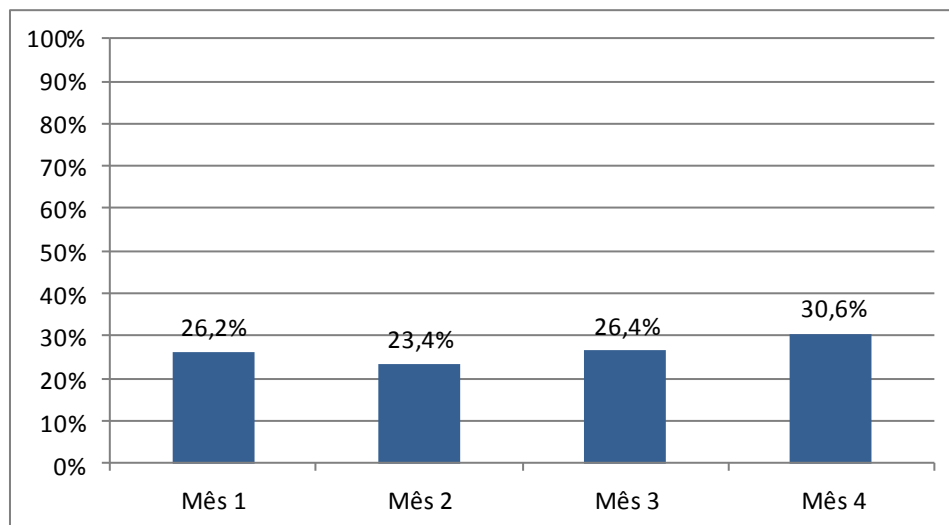


Figura 8 - Proporção de usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Também se observou no caso dos diabéticos que o comportamento desta meta específica tinha os mesmos problemas já citados na explicação para exames nos hipertensos; é um problema geral que não divide grupos de usuários, sendo que simplesmente afeta a todos por igual. Na figura 9 pode-se ver que independentemente desses problemas, tivemos um resultado de maneira ascendente na realização dos exames cada mês, com 23,1% (3/13), 31,8% (7/22), 44,7% (17/38) e 50% (21/42) respectivamente nos quatro meses de ações. Este problema se mantém, e apesar da demora, mantemos a solicitação para os exames que precisam ser feitos, tanto por parte da enfermeira ou dos médicos, e avaliamos dentro dos resultados que trazem, ainda sendo demorados, para tomar a melhor conduta clínica para esse usuário.

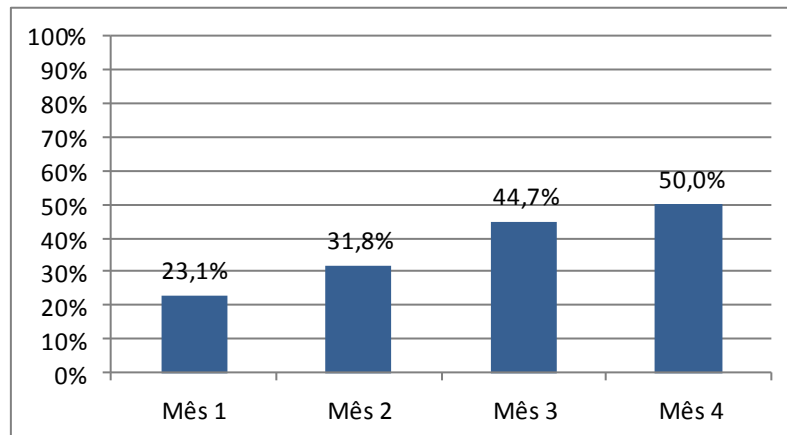


Figura 9 - Proporção de usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Diabético com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM, 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

2.5 - 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A quinta e sexta meta para medir o objetivo 2 que é a qualidade do atendimento é que 100 % dos usuários atendidos tanto hipertensos como diabéticos estivessem usando medicamentos da farmácia popular. Teve-se em conta o fato de qual tratamento/medicamento o usuário fazia uso, e se era da farmácia popular ou se estavam usando algum que tivessem que comprar na farmácia, caso no posto de saúde não tivesse. Vimos a disponibilidade dos medicamentos que chegam a farmácia de nossa UBS, e os que estavam tomando cada usuário, devidamente registrados nas fichas espelho de cada um na hora das consultas, tanto para hipertensos como diabéticos. Também tendo em conta que era feita a solicitação dos medicamentos baseada nos registros de usuários cadastrados.

Como se observa na Figura 10, nos primeiros dois meses aproximadamente 93% (sendo 56/60 no mês 1 e 87/93 no mês 2) dos hipertensos estavam usando medicamentos da farmácia popular; nos dois últimos meses um 90,8% (109/120) e 91% (131/144) respectivamente, estavam tomando só medicamentos da farmácia popular, isso denota que a maioria deles usam estes medicamentos, sendo alguns poucos que além dos medicamentos da farmácia popular usam mais outros medicamentos, que não temos no nosso estoque.

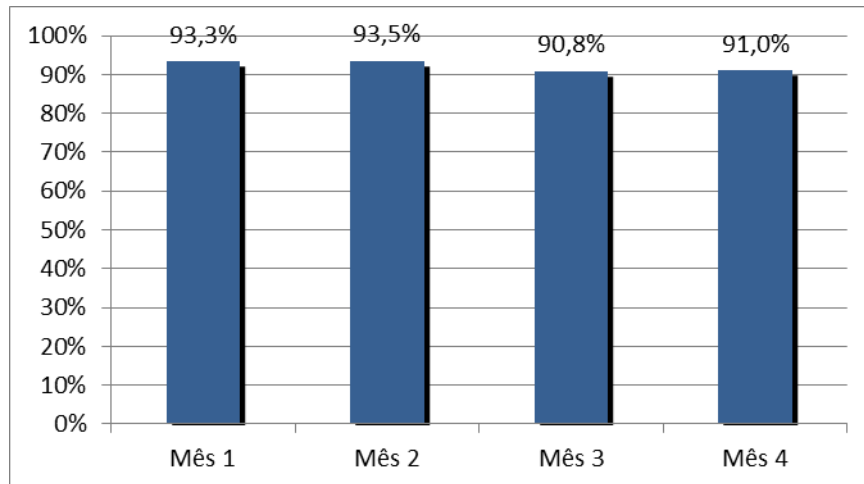


Figura 10 - Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso com prescrição de medicamentos da farmácia popular / Hiperdia priorizada, na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Tem muitos usuários que assistem a consultas com especialistas, os quais já vêm com tratamentos com medicamentos combinados em um só comprimido, eles têm recursos para manter o tratamento desse jeito e compram esses medicamentos mensalmente, outros, que com os medicamentos que temos na farmácia popular, não tem o resultado esperado no controle da doença, temos que fazer a indicação de alguns medicamentos que não temos em estoque, mas são poucos casos, a maioria dos usuários toma os medicamentos da farmácia popular obtendo um bom controle da doença. Cada vez mais é verificada a situação de ausência de algum medicamento ou não é feito o pedido de acordo com a quantidade das pessoas que estão tomando, o ideal é que os usuários não sejam afetados e possam sair da consulta com seu medicamento.

No caso dos usuários diabéticos tem se usado este mesmo indicador, para atingir outras metas já descritas. Um percentual de 92,3% (12/13) dos usuários no primeiro mês estava usando medicamentos da farmácia popular somente, seguido de 95,5% (21/22) no segundo mês, 94,7% (36/38) no terceiro mês e 95,2% (40/42) no último mês de ações, o que pode ser observado na Figura 11, mantendo resultado semelhante ao resultado dos usuários hipertensos, com um número alto que se encontra usando estes medicamentos da farmácia popular.

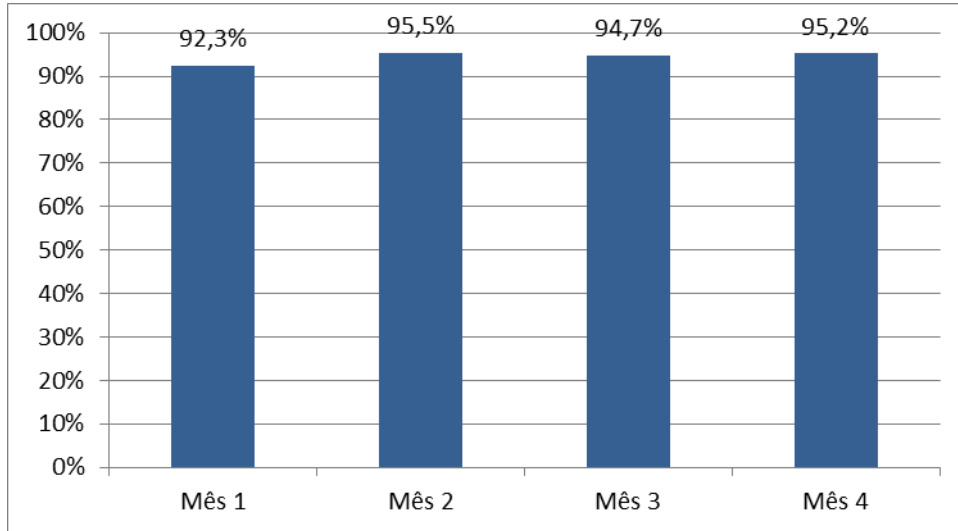


Figura 11 - Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Diabético com prescrição de medicamentos da farmácia popular / Hiperdia priorizada, UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

2.7 - 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 100% dos usuários, todos, na hora da consulta foram avaliados, observando se precisavam ou não de atenção odontológica. No caso dos hipertensos foi avaliada a necessidade na maioria dos usuários atendidos com um percentual de 98,4% (60/61) no primeiro mês, seguido de 98,9% (93/94), 99,2% (120/121) e, 99,3% (143/144) nos meses seguintes (Figura 12).

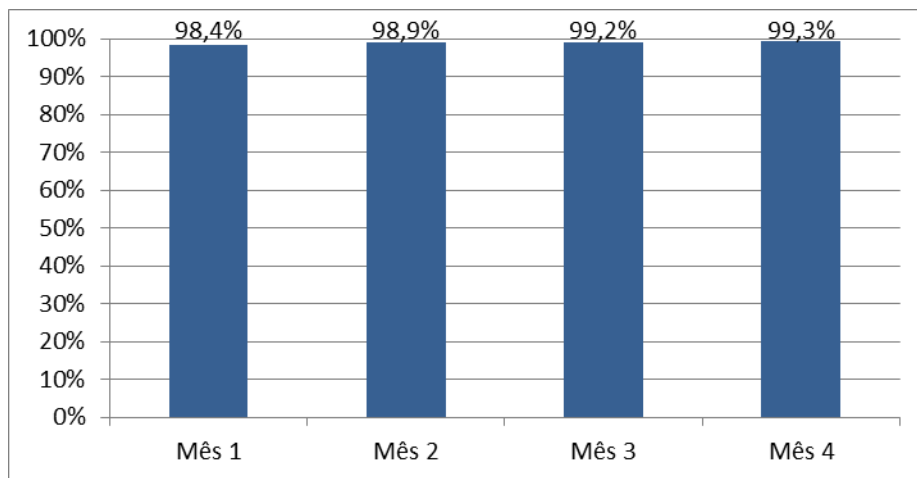


Figura 12 - Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Esta atividade foi quase cumprida na maioria dos usuários que foram consultados nesse período da intervenção, mas esse é o trabalho que fazemos sempre nas consultas, pelo qual essa meta foi inclusa dentro dessa intervenção, já que se sabem todas as afetações que trazem as lesões bucais em algumas doenças crônicas como o diabetes mellitus, podendo levar a complicações metabólicas por alguma infecção bucal, sendo isto de relevância na avaliação dos hipertensos ou diabéticos e propusemos fazê-lo em 100% dos usuários, tanto pela enfermeira como pelo médico que esteja fazendo o acompanhamento.

No caso dos diabéticos também a meta era avaliar 100% dos usuários, o que foi cumprido satisfatoriamente, devido a importância já citada sobre detectar em tempo e tratar as alterações bucais que possam descompensar o diabetes. Em todos os meses da intervenção, foram avaliados 100% de todos os diabéticos com a necessidade de acompanhamento odontológico, sendo 13 usuários no primeiro mês, 22 no segundo, 38 no terceiro e 42 usuários no quarto mês. Independentemente de alcançarmos a meta fazendo uma avaliação nossa dos usuários, temos tido dificuldades no percurso da intervenção com os atendimentos pelo dentista, o que afeta diretamente os usuários, pela alta demanda destes, depois por problemas que tiveram com os aparelhos de esterilização do material que usam.

O terceiro objetivo é a adesão ao tratamento, o qual foi estabelecido, dada à importância que tem no acompanhamento dos usuários, tanto com hipertensão como com diabetes, de se manter as consultas de acompanhamento para assim poder detectar se existem complicações e para um melhor controle da sua doença.

3.1 - 3.2 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A procura ativa dos usuários detectados como faltosos às consultas, foi feita tanto por parte dos agentes de saúde como do médico ou enfermeira; além disso, foram visitados os faltosos que por razões tanto físicas de doenças ou sociais não conseguem se deslocar até a UBS. Nas casas eram examinados os usuários, se prescrevia seus medicamentos e caso precisassem, eram solicitados exames. Para o indicador de proporção de usuários hipertensos que se fizeram busca ativa obtivemos 100% deles nas visitas domiciliares no primeiro, segundo e quarto mês, buscando 13, 19 e 29 usuários respectivamente; no terceiro mês alcançamos um

percentual de 96,2% (25/26) procurados na visita domiciliar, o restante, acredito que tenha comparecido espontaneamente à consulta (Figura 13).

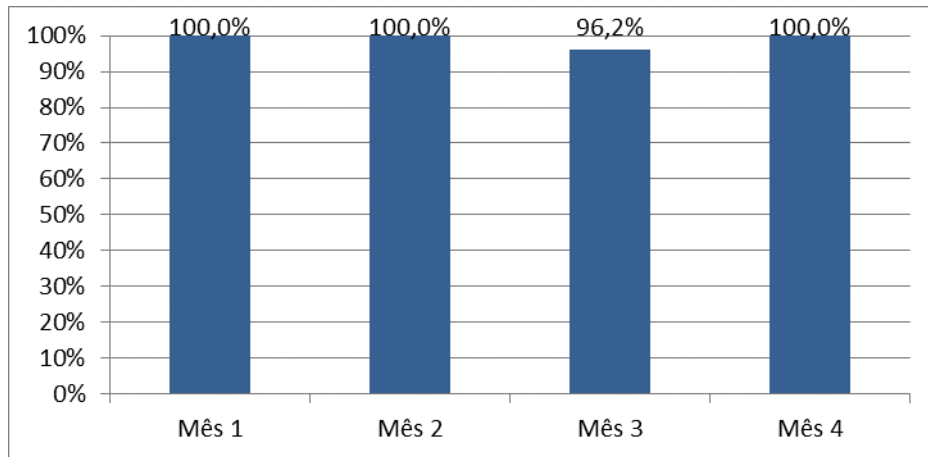


Figura 13 - Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Hipertenso faltoso à consulta com busca ativa na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Muitos faltosos não compareciam à unidade por dependerem da família, falta de transporte, complicações da saúde, etc. Outros relatavam apenas não ter tempo de ir na unidade ou porque trabalhavam no interior do município e compravam seus próprios medicamentos na farmácia, ou por fazerem consultas com especialistas, inúmeras causas. Ainda assim visitamos muitos usuários, mas estão faltando muitos outros que independentemente do número de cadastrados estão ausentes, sendo ainda um problema para a qualidade de nosso atendimento, se mantendo como uma tarefa de prioridade na unidade de saúde.

A procura dos diabéticos faltosos alcançou 100% dos usuários nos dois primeiros meses (foram buscados 3 e 5 usuários respectivamente) por meio de visitas domiciliares, mas no terceiro e quarto mês a procura decresceu para 92,3%, sendo buscados o mesmo número de usuários nestes meses (12/13) (Figura 14).

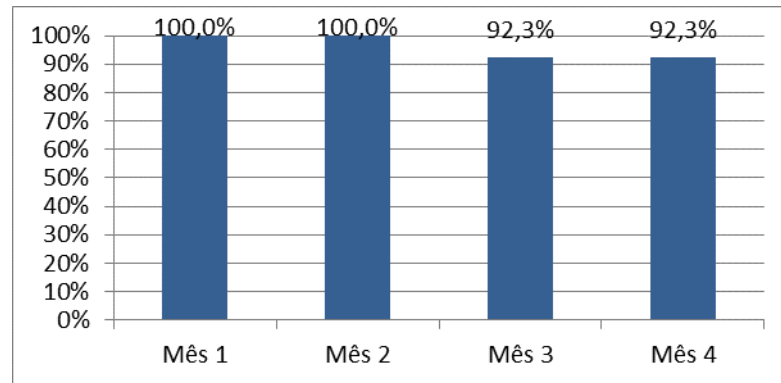


Figura 14 - Proporção de usuários no Programa de Atenção ao Diabético faltoso à consulta com busca ativa na UBS João Pereira de Oliveira, Manicoré – AM.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final.

Como no indicador de busca para os hipertensos, para este indicador tivemos basicamente as mesmas causas das dificuldades de adesão ao tratamento por parte desse grupo de usuários.

Para o quarto objetivo, que é o registro adequado dos dados dos usuários na ficha de acompanhamento, obtivemos os seguintes resultados:

4.1 - 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Esses indicadores foram pensados para que cada uma das informações do usuário fosse registrada adequadamente; já que assim pode-se dar continuidade do acompanhamento, e saber o que aconteceu com o usuário; além disso, para que outros profissionais ao lerem os dados dos prontuários já saibam qual é problema de saúde e os tratamentos implementados. No caso do registro dos dados na ficha espelho, isso garante um trabalho mais fácil quanto às informações de cada um dos usuários envolvidos na intervenção; para isso se pensou nas duas metas de conseguir 100% dos registros, tanto para a proporção de hipertensos como de diabéticos que estavam sendo acompanhados na consulta sob protocolo na nossa UBS.

Os registros adequados foram realizados para 100% dos usuários atendidos segundo a intervenção, em todos os meses de ações; sendo registrados adequadamente os dados de 61 usuários hipertensos no mês 1, 94 usuários no mês 2, 121 no mês 3 e 144 usuários no último mês de ações.

Com relação aos diabéticos, a mesma situação de registro para 100% dos usuários também ocorreu, sendo feito esse registro de forma adequada para os

quatro meses de intervenção, sendo atendidos respectivamente, 13, 22, 38 e 42 usuários diabéticos. Mantendo a meta de 100% de qualidade para este indicador.

Utilizamos a ficha espelho em cada no momento do atendimento, deixando os prontuários arquivados junto a estas para seu uso na próxima consulta de retorno. O cumprimento dessa meta foi muito importante já que assim podemos ter todos os dados que precisarmos mais organizados, o que ainda se mantém na hora do atendimento em consulta.

O quinto objetivo é sobre a avaliação do risco cardiovascular, em que obtivemos os seguintes resultados na intervenção:

5.1 - 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Esse indicador foi pensado para determinar o risco que teriam as pessoas de ter ou não doenças cardiovasculares, medidor importante de aparição de complicações desse tipo, com importância na prática clínica nos usuários diabéticos e hipertensos; para isso estipulamos a realização do risco cardiovascular em 100% dos usuários atendidos segundo o protocolo.

Ao início e meio da intervenção, falamos com os gestores na secretaria de saúde, já que para a realização do risco cardiovascular era importante realizar exames específicos no hospital, mas temos problemas para a realização da estratificação clínica-laboratorial do risco cardiovascular, já que muitos dos exames que se precisa para sua realização não estão fazendo no hospital (como lipídeos fracionados (especificamente HDL e LDL colesterol) que são necessários para a realização do teste de avaliação cardiovascular ou escala de Framingham, além de dados clínicos como a idade do usuário, presença ou não de diabetes mellitus, se o usuário é ou não fumante, quais são os níveis de pressão arterial, etc). Isso nos pacientes considerados clinicamente como de alto risco cardiovascular, o qual não é preciso em todos, mas sim em uma grande parte dos usuários vistos. Logo, o indicador de estratificação de risco considerou apenas a avaliação clínica, pois para que fosse realizada pela escala de Framingham, deveríamos ter os exames laboratoriais.

Atualmente um único laboratório que tinha o município pelo SUS está no hospital, mas depois foi criado um laboratório privado, o que não resolve o problema, pois muitos usuários não têm condições financeiras para pagar por exames

laboratoriais. Com essa situação, dependíamos de que os usuários trouxessem os exames feitos de outros municípios, o que consegui apenas com uma usuária.

Diante dessas dificuldades, o risco cardiovascular dos usuários durante a intervenção avaliou o exame clínico em dia. No indicador resultante ao final, obtivemos a meta estipulada no início das ações, que era de 100% tanto para os usuários hipertensos como para os diabéticos. Durante os quatro meses de intervenção, a proporção de hipertensos manteve o percentual de 100%, sendo estratificados respectivamente 61, 94, 121 e 144 usuários em cada mês.

Com os usuários diabéticos, os percentuais apresentaram a mesma situação, sendo estratificados quanto ao risco cardiovascular 100% deles em cada mês de ações, sendo 13 no primeiro mês, 22 no segundo, 38 no terceiro e 42 no último mês de intervenção.

Foram avaliadas as complicações cardiovasculares, os fatores de risco de lesões de algum órgão alvo, como normalmente pode acontecer nos diabéticos e hipertensos, que possuem um risco implícito (nos faltou apenas o complemento laboratorial para nos basear para uma adequada conduta e tratamento). Esse é um problema que permanece para conhecimento dos gestores, pela importância que tem esses exames para os usuários com essas doenças, para que possa haver a realização no nosso hospital. Seguiremos tentando, pois consiste em um medidor de qualidade na atenção médica dos usuários.

O sexto objetivo era a promoção de saúde sendo dividido também em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, e a qualificação da prática clínica, e para obter-lhe idealizamos metas de 100% de qualidade para os indicadores.

6.1 - 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

A primeira era a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável a qual tem uma grande importância já que depende do tipo de alimentação que o usuário esteja ingerindo, com maiores possibilidades de ter obesidade, ou transtornos dos lipídios no sangue, etc, estando altamente unido ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares etc. Para nós, as recomendações sobre uma alimentação saudável são de vital importância; neste caso a meta era que em 100% dos hipertensos ou diabéticos fossem dadas essas

orientações desde o primeiro até o último mês da intervenção. Continuamos fazendo o que já era feito em todas as consultas, dando orientações individuais a cada um, tendo em conta suas características. Isto foi desenvolvido em 100% dos hipertensos nos quatro meses de ações, sendo orientados respectivamente 61, 94, 121 e 144 usuários a cada mês.

No caso dos diabéticos o comportamento foi igual, e mais ainda com o diabetes que o controle independentemente dos medicamentos que o usuário esteja tomando, não pode se obter sem um controle alimentar. Todos os diabéticos atendidos segundo o protocolo de intervenção receberam orientações sobre uma alimentação saudável em todos os meses, totalizando 100% deles, sendo 13 usuários no primeiro mês, 22 no segundo, 38 no terceiro e 42 no quarto mês.

6.3 - 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Outra meta a desenvolver neste último objetivo era que todos os hipertensos e diabéticos que tinham sido acompanhados nas consultas e visitas domiciliares, fossem orientados sobre a prática de atividade física regular, o que pode se traduzir em caminhadas, dado que uma grande parte dos nossos usuários que estão em acompanhamento é idosa, o que tem alguma complicação cardiovascular, por isso as recomendações de exercícios vão ser específicas para cada um deles.

Sabe-se da importância desta atividade física para evitar o sedentarismo muito comum na população, além do que proporciona melhoras fisiológicas no corpo e ajuda no funcionamento do organismo como é o caso de diabéticos e hipertensos. Para obter isto foram orientados todos os usuários, em ambos os casos, por pelo menos duas ou três vezes na semana, desde 10 minutos até 30 minutos, dependendo de idade, condição física e saúde. Também oriento a participar dos grupos de hipertensos e diabéticos que existem na comunidade, onde fazem caminhadas em conjunto com professores de educação física e também se faz checagem de pressão arterial por parte dos agentes de saúde, antes de sair para a atividade.

A realização desta meta manteve-se regular desde o primeiro mês até o último mês da intervenção, mantendo-se em 100% dos usuários hipertensos (61, 94, 121, 144 usuários a cada mês) e em 100% dos diabéticos (13, 22, 38, 42 usuários a cada mês). Ainda hoje a realização dessa meta é importante para obter um resultado

adequado no controle do hipertenso e diabético. Mantendo-se as orientações nas consultas tanto pela enfermeira como pelo médico.

6.5 – 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

O tabagismo como um fator de risco para a aparição de múltiplas doenças, podendo agravar a evolução de muitas outras por inumeráveis efeitos que produz no corpo, não poderia ser deixado em uma intervenção onde se quer melhorar a qualidade do atendimento ao usuário.

Propusemos como meta que as orientações aos usuários tanto diabéticos como hipertensos, fossem dadas ao total deles, falando e orientando sobre o ato de não fumar e as repercussões que esse hábito vai trazer para suas doenças. Pode-se dizer que a maioria de nossos usuários acompanhados não é tabagista; mas ele sendo ou não fumante, são dadas as orientações da mesma forma, até porque quem não é tabagista ativo pode ser tabagista passivo. Por isso o total dos usuários hipertensos foi orientado ao não uso do cigarro e evitar estar expostos à fumaça de outras pessoas.

Em todos os meses da intervenção, cada um dos usuários recebeu essas orientações, tanto por parte do médico como de enfermeiras. Para os hipertensos mantivemos 100% de orientação para todos nos quatro meses de intervenção, sendo atendidos respectivamente a cada mês, 61, 94, 121 e 144 usuários. Para os diabéticos a evolução aconteceu da mesma forma, sendo 100% orientados em todos os meses, contemplando 13 usuários no primeiro mês, 22 no segundo, 38 no terceiro e 42 no último mês.

Terminada a intervenção, a orientação sobre tabagismo continua sendo um dos aspectos que deve ser mantido no trabalho diário no atendimento a hipertensos e diabéticos. Além disso, precisamos do conhecimento da comunidade para poder evitar o uso do cigarro, e que este problema seja de conhecimento da equipe de saúde para poder dar as orientações pertinentes em cada caso, seja a enfermeira, médico, agente de saúde, ou outro profissional da equipe.

6.7 - 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

As últimas duas metas a desenvolver no objetivo de levar a promoção de saúde para nossa população alvo é a orientação sobre a saúde bucal. Esse tema parece simples, mas não é, já que vemos no nosso ambiente laboral, muito usuário

que tem muitas doenças bucais desde cáries, até abscessos. Eles não vão à consulta com o dentista, somente à consulta do médico, seja pela alta demanda do dentista, ou pela desinformação, já que alguns têm um baixo nível de estudos, alguns são analfabetos, e não sabem como agir nesses casos.

Por isso não pode faltar dentro das metas a obter na intervenção, a orientação do total desses usuários sobre a saúde bucal. Assim, por exemplo, no caso do diabetes se podem evitar situações de mau controle metabólico, etc. Todos os usuários atendidos em consulta ou visitas domiciliares receberam orientações sobre a saúde bucal especificamente sobre higiene bucal.

Em todos os meses que durou a intervenção, pela importância que esta atividade de promoção tem diretamente no controle da doença, todos os usuários receberam orientação. Por isso, esse ponto é também fixo no atendimento atual dos usuários, porque somente o tratamento não evolui para que os diabéticos estejam compensados metabolicamente.

Para os hipertensos mantivemos 100% de orientação para todos nos quatro meses de intervenção, sendo atendidos respectivamente a cada mês, 61, 94, 121 e 144 usuários. Para os diabéticos a evolução aconteceu da mesma forma, sendo 100% orientados em todos os meses, contemplando 13 usuários no primeiro mês, 22 no segundo, 38 no terceiro e 42 no último mês.

Como se pode observar nos resultados, tivemos algumas metas como foi o caso da meta de cobertura que ainda não foi alcançada. Depois de terminada a intervenção, tentaremos manter como prioridade as melhorias no atendimento aos hipertensos e diabéticos na UBS, repassando aos gestores os problemas dos exames complementares e solicitando colaboração para manter o que já foi obtido positivamente com as ações.

4.2 Discussão

Com a intervenção se propôs na minha unidade de saúde, ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência, mas não conseguimos atingir a meta de maneira total. Porém cadastramos mais usuários no programa, tanto diabéticos como hipertensos nos meses da intervenção. Fizemos o registro adequado dos dados dos usuários das suas consultas (com realização do exame físico total, priorizando os órgãos alvo em cada um, a avaliação

da necessidade de atendimento odontológico, solicitação de exames complementares, ainda que nem todos fizessem os exames, mas poderiam ter sido feitos, tratamentos etc.) tanto nas fichas espelhos como nos prontuários.

A classificação de risco clínico laboratorial não se conseguiu fazer pelos problemas com os exames que não são feitos como LDL colesterol e HDL colesterol, necessários para a avaliação de risco pela escala de Framingham, devido à falta de reagente no hospital para a realização desses exames, agora o município além do hospital tem um laboratório privado, mas ainda assim nem todos os usuários podem fazer esses exames. A persistência deste problema é um ponto para falar com os gestores pela sua importância; apesar de este problema não ter impedido a realização de avaliação de risco clínico baseada no exame físico e fatores de risco do usuário.

Trabalhamos como equipe para tentar abranger todos os aspectos requeridos durante a intervenção, e mais ainda para manter essa forma de acompanhamento e atendimento aos usuários após os quatro meses de ações; tendo maior qualidade na atenção, com estreita relação no atendimento entre médicos e enfermeiros, com conhecimento dos usuários trazidos das visitas domiciliares e o acompanhamento realizado pelos agentes de saúde da comunidade.

Com as ações voltadas para a atenção ao hipertenso e diabético, passou-se a exigir que a equipe estivesse afinada com o tema, capacitada para executar devidamente as ações, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao rastreamento, prevenção, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e do diabetes.

Por parte das pessoas da recepção, após a intervenção passaram a ter o controle dos agendamentos dos usuários e organização dos prontuários deles em pastas por cada área de cada agente de saúde. O pessoal da triagem foi capacitado para realizar checagem de pressão arterial e medida de glicemia caso precisar, e comunicar para o médico ou enfermeiro as alterações encontradas. Todos passaram a compreender melhor suas atribuições: enfermeira e médico responsáveis pelas consultas e visitas domiciliares com procura de usuários faltosos e usuários com impossibilidades para se locomover, revisar os arquivos dos usuários e ver o controle dos medicamentos que são usados neste programa; o pessoal da triagem ficou encarregado de checagem de pressão arterial, glicemia, peso, altura dos

usuários, e medida de circunferência abdominal; o pessoal da recepção está encarregado dos prontuários dos usuários e de guardá-los em arquivos, em nossa UBS cada um deles é sinalizado pelos agentes de saúde para ter mais ordem; os agentes de saúde tem que ter o controle de cada um dos usuários hipertensos e a situação que tem cada um, se estão faltosos, por que o estão, quais estão falecidos, quais dos usuários que tem na comunidade são de risco para hipertensão e diabetes, e checar a pressão e glicemia dos que estão com fatores de risco. Além disso, caso comece com a doença, levar ao posto e indicar como proceder.

Com a melhor definição dos papéis de cada um dentro da equipe, pode-se observar que houve uma maior integração dos profissionais, o que certamente influencia na qualidade e eficiência do atendimento aos usuários.

Com a intervenção na unidade, pode-se conhecer mais sobre o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos de uma maneira que se pudesse melhorar o serviço na UBS (seja quanto ao rastreamento da doença, à busca dos usuários com fatores de risco; ao diagnóstico dos usuários com essas doenças já estabelecidas; e o acompanhamento e monitoramento de usuários desta ação programática).

Ao início da intervenção, os usuários eram atendidos quase sempre pela enfermeira, já que eram agendados apenas para ela no Hiperdia, pois os médicos atendiam a demanda espontânea do posto. Independentemente se ainda a maior parte das consultas a esta população alvo é dada pela enfermeira que ainda planeja as consultas três vezes na semana para ela, tem atendimentos também por parte dos médicos do posto a estes usuários. Na unidade a demanda espontânea se mantém como prioridade, já que temos atendimentos a usuários da cidade, e também do interior do município, os quais não podem retornar, esse fato atrapalha um pouco a organização da agenda de trabalho dos médicos, sendo um dos itens para ainda trabalhar e melhorar nosso serviço.

Com respeito à classificação do risco, ela se mantém na mesma situação, seguindo como um problema ainda a ser resolvido. Quando temos um usuário com uma urgência devido a sua doença que precise atendimento imediato vai ser encaminhado para o hospital sempre que possível dar solução a este problema; caso a situação que gerou a hospitalização não possa ser resolvida, este vai ser encaminhado para Manaus garantido o traslado pela prefeitura quase sempre de avião. Nos casos em que os problemas não fossem urgentes, mas o usuário precisa

ser encaminhado para outro especialista, podendo ser um cardiologista, nefrologista, endocrinologista, neurologista, etc; pode-se encaminhar para Manaus, garantindo pela prefeitura a passagem do usuário e acompanhante quase sempre de lancha ou barco e com coordenação de agendamento para o hospital.

Avaliadas as condições sociais em que vive esse usuário, dependendo de qual especialista precisa, pode ser mais ou menos demorado. A outra variante é avaliar uma segunda opinião por meio do Programa Telessaúde que temos disponibilizado nosso posto de saúde, evitando assim um traslado, já que aqui neste município só contamos com médicos gerais, cirurgiões, um psiquiatra, uma psicóloga, a nutricionista, dois fisioterapeutas e consultas de fonoaudiologia. Todas as demais especialidades são na capital Manaus, para onde é encaminhado o usuário. Tem outros usuários que preferem ir por sua conta e com planos de saúde para ser atendidos.

Os usuários hipertensos e diabéticos que estão sendo acompanhados ficaram muito gratos pelo esforço da equipe no seu atendimento, independentemente das dificuldades que tem se encontrado no percurso da intervenção. Eles sabem que ainda assim a maioria está sendo atendida, por isso vão à procura dos medicamentos que precisam, ou caso tenham algum sintoma, chegam espontaneamente à unidade, independente do seu agendamento mensal. Outros, mesmo sabendo das ações no posto, não vão à consulta, preferem fazer com um especialista nesse atendimento, mas é realizada a procura e fazemos visitas domiciliares agindo positivamente na decisão deles de ir ao posto novamente. Acredito que a comunidade de uma forma geral, aceitou bem as mudanças implementadas pela intervenção no atendimento ao hipertenso e diabético.

O que seria feito atualmente de forma diferente, se a intervenção fosse implementada neste momento, seria primeiro organizar mais as atividades de promoção de saúde para o grupo de hipertensos, ação que não fizemos todas as semanas, seja pelo clima ou por feriados, tendo sempre uma segunda opção caso tenha problema o dia estabelecido. Também tínhamos que ter insistido mais na situação dos reagentes que estão faltando para a realização dos exames que estão faltando na cidade, o que poderia obter mais melhorias para os usuários. Já estamos no final da intervenção e a equipe se encontra trabalhando de forma integrada, no entanto, após incorporação das ações na nossa rotina de trabalho, acredito que

poderemos fazer diferente diante dos pontos de dificuldade, a fim de qualificar ainda mais o serviço.

No que se refere à incorporação da intervenção à rotina do serviço na unidade, esta já está realizada, já que se mantém os mesmos dias de atendimento, e o modo de trabalho permanece da mesma forma que no período de implementação das ações, dependendo da vontade dos profissionais para a manutenção dessa prática no nosso dia a dia de trabalho. Dentro das melhorias a programar está o agendamento de dias para o atendimento dos hipertensos e diabéticos por parte dos médicos que trabalham na UBS, já que ainda não está estabelecido isso, além disso; aumentar as atividades como palestras dadas tanto pelos médicos e pelas enfermeiras ou agentes de saúde, feitas no posto mesmo aproveitando os usuários que se encontram ali, também aproveitando o grupo de diabéticos que funciona, mas sendo de um jeito mais regular. Tudo isso com foco na educação em saúde, para aumentar o conhecimento sobre a hipertensão e diabetes por parte da população da área.

Os registros dos usuários estão sendo feitos diretamente nos prontuários, escrevendo-se os dados necessários de cada consulta. As fichas espelhos nas últimas semanas não têm sido escritas em todas, o qual tem que ser retomado novamente.

No próximo mês, manteremos o acompanhamento dos usuários atendidos segundo o protocolo implementado para atenção ao hipertenso e diabético. Seguiremos com a busca ativa dos usuários faltosos ao serviço (que ainda temos), fazendo o cadastro dos usuários que estão com alguma destas doenças e ainda não estão em acompanhamento ou tem sido cadastrado aumentando assim a cobertura deles no atendimento. Temos que melhorar no serviço o atendimento aos idosos, que não temos no momento em realização, pode-se ter como motivação este projeto e pensar junto à equipe a implementação do programa para atenção aos idosos, seria um passo importante para o serviço. As outras ações programáticas, de alguma maneira, estão sendo implementadas, dando-se também prioridade ao atendimento a gravidez e puerpério o qual vai ser população alvo de outra intervenção vai ser feita desde a semana próxima por outra doutora, que também áreas essenciais de atenção à saúde.

4.3 Relatório para os gestores

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Manicoré, Amazonas

Na policlínica João Pereira de Oliveira foi feita uma intervenção tendo como objetivo melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrada na unidade de saúde, desenvolvida no período de 08 de setembro de 2014 a 09 de janeiro de 2015, durante 16 semanas de trabalho. O projeto contemplou a realização de ações em quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. A intervenção dentro das ações previstas nestas 16 semanas foi, na sua maior parte cumprida, respeitando o cronograma estabelecido pelo projeto de intervenção, apresentando algumas limitações.

A equipe foi capacitada para que cada um deles soubesse o que ia acontecer na unidade de saúde, e o que tinham que fazer para o atendimento dos usuários. No eixo de organização e gestão do serviço, as ações previstas foram realizadas em quase 100% só não o foram, pois não conseguimos cadastrar todos os usuários como esperado, no entanto, foi realizado registro específico no programa e os casos novos foram registrados e atualizados no SIAB. Ao final dos quatro meses de ações, tivemos uma cobertura de 34,4% para os usuários hipertensos, o que representa 144 atendimentos de um total de 418 hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde. Com relação ao atendimento aos usuários diabéticos, alcançamos 35% de cobertura, sendo atendidos 42 usuários de um total de 120 da área.

Nosso objetivo era melhorar a cobertura para se alcançar 80% dos hipertensos e 70% de diabéticos maiores de 20 anos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Esta unidade atende parte da população que se encontra na cidade com um número de 2815 usuários. Independentemente de não alcançarmos essas metas de cobertura como foi planejado, os resultados nos dão a medida de que o trabalho com os hipertensos e diabéticos na nossa UBS tem que ainda ser prioritário, mas o mais importante que conseguimos foi manter organizado o trabalho com este grupo de usuários de uma maneira constante, com seus dias fixos para o atendimento. Estes dados mostram que temos que trabalhar para melhorar a cobertura dos

usuários que estão sendo atendidos no posto, trabalhando mais na procura deles nas casas e aumentando o cadastro dos usuários no posto.

O atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos foi realizado de maneira estável e com os dias estabelecidos, mas às vezes o material de trabalho era limitado, o que implicou a não realização de alguns procedimentos, tendo os usuários que aguardar a chegada do material ou procurar atendimento privado. A demanda espontânea foi e ainda é muito alta, e às vezes chegavam usuários para atendimento além dos já agendados, levando a um número alto de atendimentos por dia. Tivemos problemas no funcionamento habitual devido à quebra da autoclave que mantém a esterilização do material de trabalho e foram implementadas estratégias como as visitas domiciliares e procura ativa de usuários com doenças bucais. Conseguimos atingir um índice de 99,3% (143/144) de usuários hipertensos avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, nos diabéticos atingimos 100% (42/42) de avaliação em todos os meses de intervenção.

O segundo objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos e hipertensos em acompanhamento e como meta fazer o exame físico a 100% deles, foi alcançado. Cada vez que o usuário comparecia à consulta se fazia o atendimento clínico completo, e a solicitação dos exames complementares, o difícil foi e tem sido a avaliação do risco cardiovascular, pela falta dos exames complementares que se precisa para isso.

Outra meta a realizar era fazer os exames complementares em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos; no caso dos hipertensos conseguimos realizar em 30,6% (44/144); nos diabéticos conseguimos realizar em 50% (21/42). Tivemos dificuldades para a realização de muitos exames complementares, dentre os problemas, está a demora na realização no hospital, às vezes de mais de um mês para marcar e fazê-los. Isso quer dizer que independentemente de nas consultas serem solicitados para todos, chegam à consulta de retorno sem o resultado dos exames muito importantes no acompanhamento deles, pois não são feitos no hospital. No município abriram um laboratório privado, o qual está complementando a realização daqueles exames não realizados no hospital, mas nem todos os usuários têm condições para pagar pelos exames complementares (que deveriam ser feitos pelo SUS), o que ao longo da intervenção, afetou a qualidade do atendimento oferecido.

Com relação à adesão dos usuários, tivemos 29 usuários hipertensos que faltaram às consultas, e 13 diabéticos; fizemos junto à equipe a busca ativa de 100% dos hipertensos (29/29) e de 92,3% dos diabéticos (12/13). A busca ativa acontece geralmente em visita domiciliar, que é um atendimento àqueles que estão com dificuldade para se deslocar até o posto de saúde por ter amputações, usuários idosos, acamados, com Acidente Vascular Cerebral, etc.

Fez-se o agendamento dos usuários faltosos que foram procurados nas visitas domiciliares, de forma que o tratamento tenha continuidade e não seja interrompido pela falta às consultas. A revisão dos arquivos e a disponibilidade de medicamentos têm sido feito nos momentos estabelecidos, entretanto tivemos na semana 15 alterações no fornecimento de um dos medicamentos que ainda se mantém até hoje, os demais medicamentos estão sendo recebidos e distribuídos aos usuários sem problemas. Esse é um ponto que precisa ser revisto.

Foi feita a avaliação clínica do risco cardiovascular em 100% dos pacientes consultados durante a intervenção no caso dos hipertensos (144/144) e no caso dos diabéticos (42/42). Mas um dos problemas detectados é que no município há dificuldade para a realização da estratificação clínico laboratorial do risco cardiovascular para os usuários que a requeiram; pois os exames que se precisa para isso, não estão sendo feitos no hospital, tais como lipídeos fracionados especificamente LDL e HDL, que são necessários para realizar esta avaliação nos pacientes que tenham um alto risco cardiovascular clínico.

Os usuários vistos em consulta foram orientados quanto ao tabagismo, higiene bucal, prática de exercícios físicos semanais, e a alimentação saudável atingindo adequadamente as metas estipuladas, usando o espaço das consultas ou visitas domiciliares para essas orientações. Também foi falado sobre o uso regular dos medicamentos em cada consulta, medindo assim a qualidade do atendimento com a meta de que 100% dos usuários atendidos tanto diabéticos como hipertensos, estivessem usando medicamentos da farmácia popular. No final da intervenção, a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada foi de 91% (131/144) e para os diabéticos esse índice foi de 95,2% (40/42).

O grupo de usuários tem se reunido frequentemente, com exceção de algumas semanas já no final da intervenção devido às chuvas e aos feriados. A conversa com a comunidade sobre a existência e a importância do Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes aconteceu sem problemas, não conseguindo seguir o cronograma previsto, mas foi possível observar a participação da comunidade nas ações oferecidas e nas ações solicitadas, promovendo gradativamente a formação de vínculo com os profissionais da unidade e comunidade, de forma a estabelecer uma parceria mais fortalecida.

No percurso da intervenção tivemos dificuldades; falamos para a comunidade sobre a existência e importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, mas em outras semanas, por questões de coordenação da atividade e elevado número de atendimentos, não conseguimos realizar algumas atividades, sendo realizadas fora do cronograma previsto.

A procura dos usuários faltosos e as visitas domiciliares no final do ano foram reduzidas devido ao número reduzido de profissionais, alguns estavam de férias. Inicialmente as ações não foram fáceis de incorporar em nossa rotina, pois as pessoas estavam acostumadas a trabalhar de um modo, e por mais simples que fosse incorporar outras ações, é sempre difícil implementar mudanças nas práticas de trabalho. Outra dificuldade que tivemos desde o início de nossa intervenção foi a troca de enfermeiros, uma de licença maternidade, a substituta conhecia o trabalho da intervenção, mas quase ao final saiu de férias, agora temos um enfermeiro, o qual tivemos que explicar como é o processo, para ter uma boa parceria de trabalho.

Outra limitação que temos e se mantém ainda sem solução é o fato de não fazer no hospital exames laboratoriais como HDL, LDL, VLDL, hemoglobina glicosada, plaquetas, transaminases. Nem todos são importantes para nossa intervenção, mas o lipidograma fracionado no sangue sim, para a estratificação de risco cardiovascular, não temos podido fazê-lo, só quando o usuário já vem com os exames feitos em outro município ou que seja feito particular, mas nem todos têm condições para sua realização. Já repassamos esta situação para a Secretaria de Saúde, mais ainda sem solução.

No final da intervenção o número dos hipertensos acompanhados que compareceram a consulta espontaneamente não foi muito, sendo um pouco maior este número nos diabéticos. Ou seja, temos muitos usuários cadastrados, mas nem todos vêm às consultas, muitos são atendidos em consultas especializadas ou simplesmente não comparecem e ficam em casa sem atendimento, outros pelo excesso de trabalho e os que trabalham no interior do município também não

comparece às consultas. Este é um dos problemas que não pode deixar de ser considerado, uma vez terminada a intervenção.

Apesar das dificuldades, queremos agradecer a equipe que foi o apoio para a realização deste trabalho, os agentes de saúde, as enfermeiras e enfermeiros, pessoal da triagem, a gerente que sempre auxiliou em qualquer dúvida ou dificuldade que tivemos e os gestores da Secretaria de Saúde, que nos facilitaram a impressão das fichas espelhos dos usuários e esclarecimentos com respeito ao trabalho. Sem a ajuda e participação de todos não seria possível a realização da intervenção e, com auxílio dos gestores tanto de nossa unidade de saúde como da Secretaria de Saúde, nos pontos citados com dificuldades de implementação; pretendemos manter o atendimento dos hipertensos e diabéticos com a qualidade que merecem e se preconiza o Ministério da Saúde, buscando atingir metas não atingidas e manter os bons índices alcançados.

4.4 Relatório para a comunidade

Carta Aberta aos usuários da UBS João Pereira de Oliveira

Em nossa policlínica João Pereira de Oliveira, pertencente ao Município Manicoré/AM foi feita uma intervenção para melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde, durante o período de 08 de setembro de 2014 a 09 de janeiro de 2015, totalizando 16 semanas de trabalho. Sendo um prazer para nós, termos participado como profissionais dessa tentativa de melhorar os atendimentos tanto aos hipertensos como aos diabéticos na nossa UBS, o que não poderia ter sido possível, sem a participação e parceria da comunidade, e da equipe de trabalho da UBS. As ações que estavam previstas para serem realizadas em sua maioria foram desenvolvidas adequadamente, respeitando o previsto no cronograma das atividades a realizar.

Nosso pessoal foi ensinado/instruído sobre as atividades que tinham que realizar, cadastramos usuários nestas semanas de ações, mas ainda não temos a quantidade que pelo tamanho de nossa população teríamos que ter cadastrados, além que os cadastrados não estão vindo direito fazer o seu acompanhamento. Por isso ainda estamos trabalhando com esses que estão faltosos à consulta e que não vem se consultar de forma regular no posto.

Estão sendo atendidos todos os usuários com pressão alta e diabetes com a dentista, semanalmente, só tivemos dificuldades no final do ano, por um aparelho que estava quebrado, mais foi consertado e resolvido esse problema, já estão se realizando as consultas normalmente. Ainda se mantém os problemas da grande demanda aos dentistas, o qual atrasa as consultas.

Nas consultas com o médico, está sendo feito o exame físico completo, avaliado se precisa ou não do atendimento odontológico; solicitando os exames ao total dos usuários atendidos, ainda que existam problemas para a realização dos exames no hospital (tem alguns que não são feitos), outros são muito demorados para serem realizados, já que tem muita demanda.

Nossa área tem muitos usuários faltosos às consultas por muitas causas, alguns que estão fora do município, outros trabalham no interior e outros não conseguem chegar sozinhos à UBS, cadeirantes, idosos, acamados etc. Pelo qual nos fizemos a procura de muitos deles, para avaliar sua condição em casa, e aqueles que podiam ir até o posto, se orientava quando fossem.

Os arquivos com os prontuários foram revisados no tempo estabelecido, e foi revisada a situação dos medicamentos ao longo da intervenção; se faltou algum na farmácia ou não e, sobretudo o uso regular dos medicamentos em cada consulta. Além disso, buscamos saber de onde são esses medicamentos que os usuários usam, se são da farmácia popular ou se precisam ser comprados pelo próprio usuário.

Todos os usuários vistos em consulta foram orientados em cada consulta quanto ao tabagismo, higiene bucal, prática de exercícios físicos semanais, e a alimentação saudável. Toda a informação das consultas dos usuários foi devidamente recolhida nos prontuários e nas devidas fichas, para não perder nenhuma informação a respeito dos atendimentos. As atividades físicas com os usuários foram desenvolvidas, mas tiveram algumas semanas que não se conseguiu realizar, seja pelo clima ou por outras causas. Mas de maneira geral, se mantém regularmente.

No percurso da intervenção tivemos dificuldades: com o serviço de dentista nas últimas semanas da intervenção devido ao defeito apresentado no equipamento de esterilização, além disso, nos dias estabelecidos para a realização do atendimento aos hipertensos e diabéticos, esse atendimento é cumprido sem

problemas, mas às vezes o material de trabalho que eles têm não dá para fazer tudo o que os usuários precisam.

A procura pelos usuários que faltavam às consultas e as visitas domiciliares no final do ano foram reduzidas, devido ao número reduzido de profissionais, alguns se encontravam de férias. Outra limitação que temos até agora e se mantém ainda sem uma solução, é o fato de não fazer no hospital todos os exames laboratoriais, nem todos são tão importantes, mas não temos como estudar mais profundamente a cada usuário, nem como medir as possibilidades de risco cardiovascular no transcurso do tempo.

Outra preocupação ainda após a nossa intervenção é que estão vindo poucos usuários à consulta, no caso dos diabéticos estão vindo mais que os hipertensos. Este é um dos problemas que não pode deixar de ser considerado, uma vez terminada a intervenção. Esta questão ainda tem que ser resolvida, pois são problemas que ficaram pendentes para o trabalho diário que temos pela frente, sempre contando com nossa equipe e a participação e parceria de nossa comunidade, sem a qual é difícil de conseguir.

A comunidade faz parte da intervenção e tem um importante papel, pois todos os usuários, inclusive aqueles que não aderem às ações da unidade, são objetos ou partes integrantes dela. Com o fim da intervenção, mas com a continuação das ações de melhoria à atenção do hipertenso e diabético na unidade, nós, como equipe de saúde, solicitamos à comunidade que continue ajudando na divulgação das ações, entre os amigos, os familiares; pois esse apoio é essencial para que os usuários hipertensos e diabéticos mantenham de maneira adequada o cuidado e acompanhamento da sua saúde.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao início do curso, estávamos há pouco tempo no Brasil, iniciando um trabalho novo que apesar de a medicina ser a mesma em qualquer parte do mundo, tem protocolos ou programas estabelecidos para todos os países, regiões, etc. Pensávamos naquele momento inicial que o curso poderia ser importante para nosso trabalho para aperfeiçoar um pouco mais a língua além do que já sabíamos. Isso aconteceu como esperávamos, mantendo-nos com atualizações sobre muitas temáticas, além das especificidades do trabalho na atenção básica de saúde.

Para isso tivemos que nos adaptar a um novo jeito de trabalhar. Com a especialização conseguimos adentrar em muitos detalhes do trabalho que ainda não conhecíamos a fundo, com os dados dos indicadores que são usados e assim vimos com outro olhar o trabalho na atenção básica. Também conhecemos os programas estabelecidos nos postos de saúde, tanto no atendimento ao pré-natal e puerpério, como atendimentos a hipertensos e diabéticos, ao idoso, e demais ações programáticas.

Vimos na unidade de saúde, desde o primeiro momento, quais eram as dificuldades referentes às ações programáticas, e fizemos uma análise da situação de saúde, o que é importante para o profissional saber onde e com o que está trabalhando. Também conhecemos quais eram as condições ideais de infraestrutura e recursos para obter um atendimento de qualidade.

Essa análise nos permitiu conhecer quais eram as maiores dificuldades, podendo assim planejar uma intervenção na unidade, uma ação específica para tentar mudar um pouco o panorama que tínhamos em um determinado foco de atenção.

Para mim o resultado foi bom, já que todos esses conhecimentos adquiridos foram registrados em diferentes relatórios que fomos enviando no decorrer do curso,

cada um com mais qualidade que o outro, na medida em que adentrávamos nas temáticas diferentes das unidades de estudo. Também foram muito úteis os estudos de casos clínicos e as revisões de temas para a atualização de muitas doenças, além dos protocolos ministeriais de trabalho na atenção básica ou geral no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nem tudo foi fácil, foram acertos e desacertos, mas tentei fazer com a maior responsabilidade possível. O maior aprendizado para mim foi a temática referente à atenção ao pré-natal e aos hipertensos e diabéticos, que se mantém no dia a dia nosso na UBS, favorecendo assim o atendimento a estes grupos de usuários, tão comuns no trabalho diário, sendo uma das ações programáticas priorizadas.

Como médica, as ações foram importantes já que estamos nos superando em conhecimentos sobre medicina, melhorando assim o olhar com relação a situações que são geradas nosso dia a dia e, além disso, as relações entre os parceiros da equipe de trabalho, quais são as competências de cada um deles nos seus trabalhos, o qual é de mais importante para obter bons resultados no trabalho com os usuários, etc.

Como pessoa o curso foi um passo importante na vida, já que quebramos a barreira da língua, da distância, das saudades para poder aumentar nosso conhecimento geral em outro país, em lugares distantes como é meu caso, costumes distintos, jeitos de pensar diferentes, interagimos com as outras pessoas que tem uma visão da vida nem sempre igual; tudo isso junto com os estudos certamente aumentaram nossos conhecimentos. Enfim, para mim foi um desafio que fico feliz em estar terminando.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica de Saúde Nº 33. Saúde da Criança. Crescimento e desenvolvimento. p 61. Brasília DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Básica Nº 32. Atendimento ao pré-natal de Baixo Risco. p 55. Brasília DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno Nº 14. Prevenção clínica de doença (Cardiovascular cerebrovascular e renal crônica). p 20-22. Brasília DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica Nº 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. Brasília, DF. 2013.

PIRES CGS, MUSSI FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva vl.13 suppl.2. Rio de Janeiro Dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900030&script=sci_arttext

FAJARDO C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de medicina de família e comunidade v.1, n.4, 2006. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/30/0>

VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. Rev Bras Hipertens vol.17(1):4, 2010. Disponível em:

http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf

SOUZA MLP, GARNELO L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S91-S99, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

International Diabetes Federation. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo 2014. Disponível em: www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf

MANFROI A ; DE OLIVEIRA FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de medicina de família e comunidade. v. 2, n. 7 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52/0>

SOUTO CO; SILHERRNANN CD, AKA GL, BENVENU LA. Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam e Com. Vol 4. (16) Rio de Janeiro. Jan/mar 2009

Apêndices

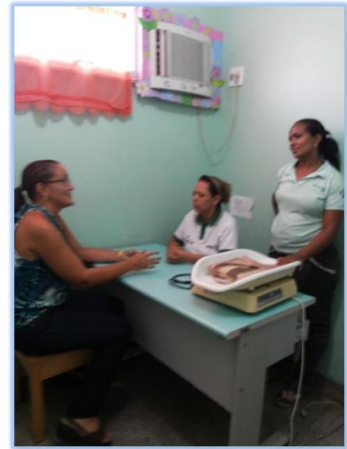
APÊNDICE A- FOTOS DA INTERVENÇÃO



Palestras com a comunidade sobre a importância do Projeto sobre Hipertensão e Diabetes.



Atividades esportivas realizadas pelos usuários de Hipertensão e Diabetes e idosos em geral com participação dos agentes de saúde e da Equipe do NASF.



Capacitação do pessoal da Equipe de Saúde sobre o tema da Intervenção



Visitas domiciliares na procura de pacientes faltosos as consultas .

Anexos

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1															
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebe orientação nutricional sobre alimentação saudável?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
4		1														
5		2														
6		3														
7		4														
8		5														
9		6														
10		7														
11		8														
12		9														
13		10														
14		11														
15		12														
16		13														
17		14														
18		15														
19		16														
20		17														
21		18														

Anexo C - Carta de Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12


Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

