

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turmanº 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS
Samira Barroso, Ipixuna/ AM**

Jorge Ernesto Rojas Concepción

Pelotas, 2015

Jorge Ernesto Rojas Concepcion

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS

Samira Barroso, Ipixuna/ AM

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

Orientadora: Daiane dos Santos Borges de Paula Barros

Pelotas, 2015

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

C744m Concepción, Jorge Ernesto Rojas

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS Samira Barroso, Ipixuna/ AM / Jorge Ernesto Rojas Concepción; Daiane dos Santos Borges de Paula Barros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 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. Barros, Daiane dos Santos Borges de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o meu Trabalho de Conclusão de Curso para todos aqueles que fizeram do meu sonho real, me proporcionando forças para que eu não desistisse. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos meses, mas graças a vocês eu não fraquejei. Obrigado por tudo família, esposa, orientadora, amigos e colegas.

Agradecimentos

Agradeço inteiramente a Deus por ser o dono dos meus pensamentos e o mestre das minhas ações.

“A HONRA PELO SUCESSO SEJA DADA AO VERDADEIRO VENCEDOR: JESUS!”

A minha esposa Anett não simplesmente agradeço, mas amo a cada dia, pela sua companhia, compreensão e carinho em todos os momentos. EU TE AMO! Obrigado pelo seu amor.

A minha mãe Maria Victoria, agradeço por todo o amor e confiança que sempre depositara em mim durante toda minha vida. Agradeço pela ajuda nos momentos difíceis longe de casa.

A orientadora Daiane, agradeço pela sua orientação e colaboração para que este trabalho resultasse em sucesso, e por toda a paciência nos momentos de ansiedade e preocupação. E desculpe pelas dores de cabeça. Obrigado pela oportunidade de crescimento profissional.

A família Oliveira da Silva, muito obrigado pela amizade, pelo carinho, pelas tardes de descontração, pelos jantares em que “perdíamos” tempo conversando ou num excelente jogo de dominó.

Aos amigos e colegas, obrigado pela força durante a condução da intervenção, e pelos momentos em que compartilhamos o conhecimento.

A todos que direta ou indiretamente estiveram comigo durante estes meses e compartilharam as emoções, alegrias, sorrisos, tristezas, angústias e até desespero, muito obrigado por estarem ao meu lado.

O resultado final é a suma da colaboração, de alguma forma, de cada um de vocês. Obrigado.

Que Deus abençoe a todos.

Resumo

CONCEPCION, Jorge Ernesto Rojas. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS Samira Barroso, Ipixuna/ AM.** 2015. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família)-Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus são fundamentais para um ótimo controle das doenças, proporcionando um índice menor de complicações. O trabalho de conclusão de curso (TCC) mostra a experiência vivenciada mediante intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Samira Barroso Araújo no município Ipixuna, estado Amazonas, no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. O foco da atuação foi na qualificação da atenção e assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, tendo como guias os Cadernos de Atenção Básica produzidos pelo Ministério da Saúde. Mediante Análise situacional criteriosa, constatou-se que havia necessidades de melhoria da cobertura, pois eram acompanhados 23 (16,4%) usuários com hipertensão e apenas 3 (9,37%) com diabetes. Após a intervenção, houve melhorias importantes, como a implantação da ficha espelho, ampliação da cobertura de atenção a usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, alcançando 100% de cobertura para ambas as doenças, com 140 hipertensos e 32 diabéticos acompanhados. Além disso, o desenvolvimento dessa intervenção proporcionou melhoria nos indicadores de qualidade relativos à coleta de exames laboratoriais, atendimento de saúde bucal, realização de busca ativa, avaliação de risco, dentre outras. Acreditamos que a intervenção possibilitou a formação de um vínculo maior com a comunidade e melhoria da qualidade e acessibilidade do serviço de saúde. Conclui-se que há ainda necessidade de melhorias no serviço e maior envolvimento e comprometimento da equipe, gestão e usuários, promovendo a incorporação e continuidade da intervenção no serviço, alcançando um excelente trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do Hipertenso na UBS Samira Barroso Araújo.	45
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde do Diabético na UBS Samira Barroso Araújo.	45
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.	46
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.	47
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.	48
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.	48
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Samira Barroso Araújo.	49
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Samira Barroso Araújo.	49
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Samira Barroso Araújo.	50
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Samira Barroso Araújo.	50
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Samira Barroso Araújo.	51
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Samira Barroso Araújo.	52
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Samira Barroso Araújo.	53
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Samira Barroso Araújo.	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos do Brasil
OS	Pronto Socorro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USG	Ultrassonografia

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório da Intervenção	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	42
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	43
4 Avaliação da intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão.....	55
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	64
Referências	66
Anexos	67

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde dos hipertensos e diabéticos no município de Ipixuna, AM, intitulada: “Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da UBS Samira Barroso, Ipixuna/Am.”

O trabalho está organizado em sete capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Avaliação da Intervenção, Relatórios para Gestão e Comunidade e Reflexão sobre o processo de aprendizagem. A Análise Situacional apresenta uma breve Análise inicial da Situação da ESF/APS em nosso Serviço. Em seguida, faz uma Análise mais aprofundada e sistemática da unidade de saúde onde se desenvolve o trabalho, em relação ao sistema de saúde do município, às características da população, à estrutura da unidade, o processo de trabalho da equipe de saúde e o engajamento público, apresentada no Relatório de Análise Situacional. Por fim, apresenta o Comparativo entre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional, identificando as mudanças ocorridas com o processo de Análise do funcionamento da unidade.

A Análise Estratégica compreende o projeto de intervenção, com a justificativa da escolha do foco de intervenção, os objetivos e metas traçados, a metodologia (ações detalhadas, indicadores e logística) e o cronograma do projeto, o qual foi tomado como base para o desenvolvimento da intervenção.

O relatório de intervenção foi escrito ao final das 16 semanas de intervenção, fazendo o balanço entre as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades encontradas e o grau de implementação da intervenção à rotina da UBS. A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados obtidos com a intervenção e a discussão desses resultados. Em seguida são apresentados os relatórios que foram apresentados à gestão e à comunidade. Apresenta também a Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem. Por fim, colocamos as referências e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Ipixuna possui uma área territorial com quase 13,631 km² e está localizado no interior do estado Amazonas, com distância de aproximadamente 1380 quilômetros em linha reta de Manaus, capital do Amazonas. As principais atividades econômicas se baseiam na atividade madeireira e na pesca. Não possui indústrias, o comércio local é fraco e a única instituição empregadora é a prefeitura. Devido à enorme distância existente entre Ipixuna e Manaus, o município enfrenta muitos problemas, como a logística, que eleva os preços dos produtos industrializados. Sua população estimada em 2014 é de 22 867 habitantes.

O município possui um hospital que tem sala de atenção da criança, mulher, homem e gestantes. Além disso, possui raios-X, ultrassom, mamógrafo e tele-saúde, esses dois últimos, não estão em funcionamento. Existe também uma ambulância, um laboratório no hospital, um centro epidemiológico, Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e trabalho social.

Eu trabalho no centro de saúde da família, e a infraestrutura do centro é composta por uma área de recepção, consultório médico/enfermagem, consultório odontológico o qual não está em funcionamento, sala de atividades coletivas, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de curativos.

Acredito que a estrutura física seja adequada para uma atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população. Nessa unidade, há duas equipes básicas de saúde composto por: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A população também recebe atenção especializada pelo Hospital Maria da Glória com a especialidade de cirurgia, mas também há transferência dos casos graves, já que o hospital local não tem condições para tratar complicações.

Eu trabalho na zona urbana, mas atendo a população rural e comunidades do interior. Segundo dados estatísticos do final do ano de 2013, temos 140 usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, 32 usuários com Diabetes Mellitus, 49 crianças menores de 2 anos e 235 idosos maiores do 60 anos.

Acho que uma das dificuldades enfrentadas pela população rural é a acessibilidade aos serviços de saúde devido à distância que tem que percorrer para chegar ao centro de saúde por via fluvial. Contudo, é interessante destacar o trabalho que vem sendo feito pela administração para impulsionar a qualidade no atendimento dessa população, através do Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB). Além disso, na unidade de saúde realizam-se atividades de promoção e prevenção de saúde através de palestras promovidas pela equipe de saúde, as quais são planejadas, segundo as necessidades de saúde da população.

Também são realizados na minha Unidade Básica de Saúde (UBS): Visitas domiciliares a usuários idosos e deficientes físicos que precisam do atendimento, consultas de pré-natal, puericultura, consultas planejadas ou emergenciais a pessoas com doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), epilepsia, entre outras.

É garantido assistência a demanda espontânea, mas acho que temos que melhorar as pesquisas ativas destas doenças crônicas, para prevenir complicações maiores.

As ações referentes aos programas são registradas nos prontuários de cada usuário e são realizadas sempre que o usuário vem para consulta. Estes prontuários permanecem no arquivo, no qual é realizado o controle de agendamento das consultas programadas. Os prontuários são levados durante as visitas domiciliares, com objetivo de registrar as ações realizadas.

Os usuários recebem medicação sem custo, após as consultas. Também são realizadas viagens a comunidades do interior, para garantir atenção básica a pessoas que não tem acesso a transporte como a comunidade de Santa Catarina e Boca do Puca.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Ipixuna está localizado no interior do estado do Amazonas e possui de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cerca de 22 254 habitantes para o ano de 2014.

No aspecto saúde, a atenção primária de Ipixuna/AM apresenta duas UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais são unidades urbanas e adaptadas. Já a atenção terciária é representada pelo Hospital Maria da Glória. No município não há policlinicas oferecendo atendimento especializado, e existe somente um médico cirurgião como o único especialista.

A UBS não tem vínculos com as instituições de ensino e cada UBS é formada por duas ESF. Cada equipe de saúde é composta por: 8 ou 9 ACS, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 médico geral. A saúde bucal só está lotada na UBS Ivaneide Cordeiro, pois, a outra UBS foi criada há seis meses e ainda não tem as condições necessárias para instalar a equipe bucal, sendo este a Unidade de Saúde Samira Barroso de Araujo, unidade onde eu trabalho.

A cidade tem aproximadamente 10.452 habitantes na zona urbana e 11.802 que moram na zona rural, onde estão inseridos três UBS. Além disso, existem outras comunidades que não tem unidade de saúde e não tem acesso a esses serviços e muitas delas demoram até quatro ou cinco dias de canoa que é o principal meio de transporte.

No hospital está o único laboratório clínico da cidade. Entre os exames complementares que temos hoje no município estão: ultrasonografia, raio X, química sanguínea (apenas o básico), urina e fezes. Há poucos dias estão realizando o teste para sífilis. Então, percebe-se que há grandes problemas com os seguimentos de doenças, assim como, pesquisas de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites B e C. Também não há uma equipe de eletrocardiograma (elemento fundamental na área clínica).

A UBS Samira Barroso de Araujo é um local adaptado (uma casa alugada). Tem uma estrutura grande, com: 3 consultórios sem banheiros (2 para médicos e 1 para enfermeira), 01 farmácia, onde também são armazenados os medicamentos, sala de vacina, sala de procedimentos de enfermagem (no mesmo local para nebulizações, curativo e outros procedimentos de enfermagem), cozinha, sala da coordenação, sala de recepção com capacidade para aproximadamente 20 pessoas,

na qual são arquivados em ordem alfabética os prontuários. Não há sala para a odontologia.

Em todos os ambientes podemos encontrar janelas de madeira com telas mosquiteiras, os pisos, as paredes são laváveis, de superfície lisa. Não está preparada para prestar serviços de urgência, e a pouca variedade de medicamentos disponíveis são insuficientes.

Além disso, a UBS não é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiência (além das rampas, não tem corrimões nos corredores), e não há cadeira de rodas para alguma emergência ou usuário com deficiência.

Os ACS não têm sala, também não há sala de lavagem e descontaminação, esterilização e estocagem, e não existe sistema de revisão de calibragem das balanças e esfigmomanômetros.

Em Ipixuna/AM não existe outras especialidades, apenas cirurgia, e os encaminhamentos são realizados para o município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre porque é o local mais próximo. Contudo, ainda não há a contra referência, elemento muito importante para seguimento adequado e pelo baixo nível cultural da maioria dos habitantes, pois, o município tem um alto índice de analfabetismo.

No caso específico da equipe de saúde e a área de saúde pela que somos responsáveis seguem dados referentes, assim como, avaliações dos principais problemas detectados e suas possíveis soluções.

Tabela 1: Distribuição da população por sexo e idade.

IDADE	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
0 -1 ANO	13	9	22
2- 4	24	18	42
5- 9	57	43	100
10-14	51	61	112
15-19	73	57	130
20- 24	198	142	340
25-29	159	172	331
30-34	208	137	345
35-39	114	87	201
40-44	102	108	210
45-49	98	83	181
50-54	78	97	175
55-59	87	27	114
60-64	45	53	98

65-69	48	32	80
70 e mais	31	26	57
TOTAL	1386	1152	2538

Fonte: Histórias de saúde familiar, ano 2014. Equipe de Saúde No.1, Posto de Saúde Samira Barroso Araújo.

Na tabela 1 percebe-se que o sexo feminino predomina sobre o masculino em quase todos os grupos etários e a faixa etária dos 20 aos 34 anos concentra-se o maior número da população.

Na UBS Samira Barroso de Araujo temos duas equipes de saúde da família. Na minha equipe temos um médico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito ACS.

Temos uma demanda espontânea elevada, sendo um desafio continuar nosso trabalho dia a dia, oferecendo palestras aos usuários para prevenir doenças que às vezes com poucas medidas são preveníveis. Além do elevado número de usuários atendidos pela demanda espontânea, não se apresentam grandes dificuldades, pois são resolvidas todas as necessidades dos usuários.

Infelizmente, não contamos com equipe de saúde bucal em nossa UBS. O atendimento na UBS é realizado de segunda à sexta-feira em dois turnos. Não temos dias específicos para controle dos programas e não existe trabalho organizado, pois não existe um planejamento para os diversos programas, assim como, falta de coordenação e organização nas áreas e micro áreas de saúde. Além disso, a falta de registro de controle das ações programáticas acabou afetando o preenchimento de todos os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP).

A equipe tem um dia de visitas domiciliares, na qual, pela quantidade da população, priorizamos os acamados e deficientes físicos que não são um número grande, e logo os doentes com doenças crônicas, puérperas, recém-nascidos, idosos, gestante de riscos, mulheres atrasadas com coleta de preventivo e usuários ausentes ao controle. Esse levantamento é realizado com qualidade pelos ACS.

São realizadas reuniões da equipe de trabalho regularmente uma vez na semana, mas, às vezes, isso é afetado devido às viagens para as comunidades rurais. Nestas reuniões são programadas as ações do próximo mês, identificamos de perto as dificuldades e ausências por parte dos agentes comunitários, além de avaliar a situação da comunidade e as estratégias para um melhor trabalho.

No âmbito da UBS presta-se assistência à saúde da criança de forma integral. As consultas são registradas nos prontuários e na caderneta da criança, avaliando o desenvolvimento, crescimento e alimentação. Também é agendada a próxima consulta, porém são poucos os que retornam, pois, no município a maioria das mães não sabe a importância da puericultura. Logo, são elevados os índices de doenças como verminoses, anemia e retardo no crescimento, que é favorecido pelo analfabetismo de boa parte da população, sendo ainda mais complexo nosso trabalho.

O número total de crianças cadastradas na área de abrangência é acompanhado pela equipe de saúde, seja em consulta ou visita domiciliar. Contudo, a frequência recomendada ainda não é adequada, às vezes, por viagens dos familiares e também porque muitos acham que não é importante o controle periódico do bebê.

Percebe-se que a quantidade de crianças e gestantes acompanhadas em nossa UBS é alta. Isto se deve, fundamentalmente, ao problema econômico que existe no município e o grau de desemprego, pois, nas consultas, visitas domiciliares e entrevistas realizadas, a maioria das mulheres protege-se com pílulas anticoncepcionais, sem prescrição médica.

Em resumo, para a puericultura, não existe um protocolo e apresenta-se com uma assistência baixa. Segundo dados registrados no Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos uma cobertura de 41% das crianças menores de um ano da área, visto que 22 crianças estão em acompanhamento na UBS. A falta de registros da unidade impossibilitou o preenchimento total do CAP. Nos encaminhamentos para outras especialidades, como para hospital e Pronto Socorro (PS) são seguidos protocolos. Um problema grande do município é a inexistência de um pediatra, sendo ainda mais difícil nosso trabalho, o que requer uma preparação maior de nossa parte.

Em relação ao pré-natal e puerpério, as gestantes são atendidas pela enfermeira e o pelo médico de forma alternada. Procuramos começar a primeira consulta do pré-natal antes das 12 semanas, sendo neste caso um papel importante o trabalho do ACS que são responsáveis por realizar a captação precoce das gestantes.

A equipe trabalha em prol de tentar alcançar pelo menos as sete consultas necessárias para que as gestantes cheguem com ótimas condições ao parto.

Contudo, acontece, fundamentalmente, com as gestantes das comunidades rurais chegarem ao parto, às vezes, com duas consultas.

Durante a realização do pré-natal são indicados na primeira consulta exames (hemograma, glicemia, fezes, urina, sorologia, grupo sanguíneo e fator Rh, não há acesso ao exame anti-HIV e sorologia para toxoplasmose).

Apesar do esforço da equipe de saúde, existem dificuldades na participação das gestantes nos pré-natais. São registradas no CAP uma cobertura de 60% deste programa, visto que temos 23 usuárias gestantes acompanhadas pela equipe. São realizados no âmbito da UBS e escolas, palestras sobre a importância deste controle, mas existem pessoas que não consideram importante estas ações de saúde. Depois das consultas são agendadas as próximas consultas de acordo com a idade gestacional e riscos da gestante, mas geralmente há gestantes faltosas.

Em relação ao puerpério temos uma cobertura de 41%, sendo 22 consultas de puerpério realizadas. Esse programa também precisa ser melhorado, com um trabalho em equipe e para realizar a captação precoce da puérpera, assim como, o seguimento recomendado até os 42 dias. Contudo, a falta de registros da unidade impossibilitou o preenchimento completo do CAP para o pré-natal e puerpério.

Outro elemento importante é o trabalho da equipe na prevenção de câncer de colo de útero. Em nossa unidade de saúde realizam-se exame de Papanicolaou anual, no qual são registrados nos prontuários, registro de preventivo, e a folha específica para a coleta com os dados da usuária.

A enfermeira é responsável pela coleta dos preventivos, e com a entrega dos resultados (que geralmente demora muito). A usuária é avisada para o retorno e anota-se no prontuário. Nos casos de NIC I, II e III é indicado o encaminhamento para ginecologista (porque também não contamos com especialista de ginecologia no município) e a cada 6 meses orienta-se uma consulta para a realização de nova coleta de citologia.

Apesar dos fatores negativos apresentados na população como o elevado nível de doenças sexualmente transmissíveis, não existe alto índice de câncer de colo de útero. Segundo dados do CAP, temos uma cobertura de 307 (57%) de mulheres entre 25 a 64 anos acompanhadas na UBS para essa ação programática.

Em relação ao controle de prevenção do câncer de mama, são realizados exames clínicos das mamas durante as consultas. Também são oferecidos no âmbito da UBS palestras sobre o tema e as ACS são orientadas para uma detecção

rápida de qualquer problema na mama. Temos registrado no CAP uma cobertura de 68 (54%) mulheres entre 50 a 69 anos para o controle do câncer de mama.

Quando há uma suspeita de alguma alteração, depois de um exame físico completo e tratamento, indica-se Ultrassonografia (USG) de mama e avaliação pelo cirurgião, com as consultas programadas para seguimento adequado. As mamografias só são indicadas nos casos de suspeitas malignas porque não há oferta deste exame no município (existe o equipamento, mas não está instalado), acho que pela falta de gestão municipal.

O trabalho no município não está organizado, todos os profissionais da saúde não têm o interesse que requer o nosso trabalho, sendo este o principal problema sobre o qual estamos atuando.

Com o apoio dos ACS da equipe de saúde, um programa que tem um bom trabalho é no controle dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM). São avaliados em consulta regularmente os hipertensos e diabéticos, na qual são orientadas todas as ações encaminhadas a uma melhor qualidade de vida.

Existem muitos usuários (fundamentalmente hipertensos que levam tratamento e seguimento com outros médicos há muito tempo e estão controlados) que não são assistidos com a regularidade necessária, mas são preenchidos os formulários próprios destes e os prontuários.

Infelizmente a falta de registro na unidade com um controle adequado do processo de trabalho impossibilitaram o preenchimento dos indicadores de qualidade do CAP. Apresentamos um total de 140 usuários com HAS e 32 usuários com DM. Desse total de 172 pessoas, somente 70, fazem o seguimento orientado e não regularmente, sendo um valor inferior a 50%. Além disso, a adesão deles ao tratamento e dieta não é o melhor, trabalho que é feito nas consultas e visitas domiciliares da equipe, e o alto nível de analfabetismo tem um elevado peso nesse sentido. Acho que a população precisa de mais insistência e trabalho em equipe dos gestores e profissionais da saúde para aumentar o nível de educação em saúde.

Outro aspecto relevante é a saúde do idoso. Neste caso o controle dessa população é feito nas visitas domiciliares geralmente, assim como, em consultas agendadas. Contudo, temos muitas dificuldades no acesso a UBS que se encontra distante da comunidade assistida.

Durante as consultas e visitas domiciliares aos idosos sempre são abordados os aspectos relacionados com estilos de vida, acompanhamento de familiares, e outros fatores importantes como: econômico, afetividade, relacionamento social entre outros.

A equipe possui na área de abrangência 235 pessoas de acima de 60 anos, que corresponde 9,25% da população total, o que indica que nossa área não se encontra envelhecida. Temos muito a oferecer para este grupo etário como: encontros em clubes para a realização de exercícios, encontros de dança, entre outras atividades sempre em busca de melhor qualidade de vida.

Infelizmente, não há na equipe a presença da saúde bucal em nossa UBS somente temos uma consulta com dentista na outra UBS, onde é atendida todas as pessoas que precisam deste atendimento. Não possuímos um atendimento de urgência odontológica e, às vezes, a falta de material odontológico impossibilita oferecer uma consulta odontológica com a qualidade precisa.

Resumindo, em nossa área de saúde apresenta-se um alto índice de analfabetismo, baixo nível cultural, muita pobreza e a maioria das pessoas estão desempregadas. Além disso, existe um elevado índice de agricultores e pescadores. Dentro das atividades mais comuns encontramos a assistência a igrejas e a pesca.

Encontram-se no dia a dia doenças próprias de um povo carente como anemia e verminoses. Além disso, são consultadas frequentemente usuários com dermatites, doenças alérgicas pela constante mudança de clima, malária, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por aumento de tabagismo, tanto nos homens como nas mulheres.

Existe um alto índice de doenças ginecológicas infecciosas e são realizadas palestras abordando todos os temas referentes às doenças mais abrangentes, assim como, promoção de atividades físicas, evitar o tabagismo e etilismo, importância das consultas de controle para todos os programas.

As visitas domiciliares são realizadas com periodicidade semanal onde também seguimos insistindo na eliminação de fatores de risco e cumprimento nos tratamentos, sejam farmacológicos ou não farmacológicos. Mudar estilos de vida às vezes é o elemento fundamental para obter excelentes resultados.

É preciso trabalhar ainda mais. Orientar as mulheres sobre a importância de realizar preventivos e autoexame de mama, alcançar um aumento significativo no

número de controles para evitar doenças, pois, esse é nosso principal objetivo. Afinal, a melhor medicina não é a que cura, a melhor medicina é a preventiva.

Nesse sentido, está sendo realizado o trabalho da equipe de saúde e não estaremos tranquilos, sempre que o trabalho exija ainda mais de nosso esforço. Na UBS temos que trabalhar muito, aumentar o número de reuniões entre as equipes de saúde, conhecer opiniões, trocar idéias para melhorar a situação de saúde do município e saber como estão os indicadores. Temos que trabalhar com os serviços de vigilância em saúde e assistentes sociais, pois aqui isso não acontece.

Promover ações de saúde utilizando a rádio (de recente aquisição no município), colocação de cartazes promovendo saúde, continuar oferecendo palestras com temas como ferver a água, cumprir com as imunizações entre outras medidas de prevenção e promoção.

Os conhecimentos obtidos no curso foram os pilares fundamentais para conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), fazer com que a minha equipe trabalhasse melhor, e melhorando os indicadores de saúde. Ainda temos muito para fazer, temos que avançar, levando saúde até os lugares mais remotos. O trabalho é difícil mais não impossível. Confiemos em um mundo melhor que é possível.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Realizando uma comparação sobre a situação na unidade antes e depois, embora os resultados fossem positivos para todos os programas de atendimento, ainda temos muito a oferecer.

O curso de Especialização em Saúde da Família e os seguimentos foram elementos muito importantes. Nos estudos e tarefas foi possível implantar ou resolver problemas que ainda não eram identificados, e nesse momento passam a ter uma maior relevância.

Através das atividades e dos relatórios realizados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, não só aprendi, mas também ajudei e incentivei os demais profissionais da equipe para desenvolver melhor o trabalho na UBS, sempre por uma maior satisfação dos usuários do SUS.

No meu ponto de vista, com a ajuda do curso, meu trabalho ficou mais organizado e consegui muitas coisas junto a minha equipe de saúde. Além disso, obtive mais conhecimento sobre o SUS e seus programas e pude repassá-los aos meus companheiros de trabalho como também as funções de cada trabalhador que não eram conhecidas por muitos pela pobre comunicação que existia na UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são condições muito prevalentes que contribuem para efeitos adversos à saúde, incluindo mortes prematuras, ataques cardíacos, acidente vascular cerebral, entre outras. A prevalência do DM está aumentando, aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema e lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação. A cada dia aparecem novos casos de usuários que apresentam valores elevados de pressão arterial, a maioria das vezes, motivadas por causas que podem ser preveníveis. Existem pessoas com limitações físicas e motoras, secundárias a patologias primárias (HAS e/ou DM) com um controle e seguimento inadequado (BRASIL, 2006).

A UBS Samira Barroso apresenta duas equipes de saúde, trabalhamos em um local adaptado que possui 3 salas para consulta, uma para enfermeira e as outras duas para atendimento médico. Nossa equipe N°1 tem uma população adstrita de um total de 2.538 usuários. Contamos na equipe com um médico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito ACS.

Além disso, apresentamos um total de 140 usuários com HAS e 32 usuários com DM. Desse total de 172 pessoas, somente 70, fazem o seguimento orientado e não regularmente, sendo um valor inferior a 50%. Nosso projeto foi apresentado na UBS convidando a outra equipe de saúde para fazer parte e obter melhores resultados.

Na UBS não existem todas as condições necessárias para um atendimento de alta qualidade pela falta de recursos (realização de complementários como glicemia de urgência, eletrocardiograma). Além disso, são oferecidas consultas e palestras com elevado nível e a cada dia vai melhorando. Em conjunto toda a

equipe planeja a cada semana as estratégias de intervenção para uma comunidade mais saudável.

Acho que com esta intervenção alcançaremos em conjunto com toda a equipe, uma melhoria na qualidade de vida de nossos usuários. Percebo muita motivação em todos os integrantes da equipe com o projeto. Ainda temos dificuldades, principalmente com a realização dos exames complementários. Contudo, já conseguimos acompanhar 2 hipertensos e 1 diabético dos que não tinham seguimento.

No projeto espero ter todos os usuários cadastrados e acompanhados. Deste modo, fazendo saúde dia a dia, teremos um povo mais saudável.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Samira Barroso, Ipixuna/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção será realizada em um período de 16 semanas, que se propõe desenvolver ações na UBS Samira Barroso, do município de Ipixuna/ AM, no sentido de melhorar a atenção a saúde dos usuários portadores de HAS e/ou DM da sua área de abrangência.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para alcançar os objetivos propostos nesta intervenção as ações correspondentes a cada objetivo foram organizadas em quatro eixos estruturais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Ações para o objetivo de COBERTURA

Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento: Nossa equipe com o apoio da comunidade tem a tarefa fundamental de cadastrar os 100% dos usuários com HAS e/ou DM, tarefa que vai ser protagonizada pelos ACS e avaliada pela enfermeira com periodicidade mensal.

Organização, Gestão e serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento: Contaremos com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de nosso município, pois temos a proposta de garantir todo o equipamento necessário, assim como, o material para coleta de dados para ter um controle eficiente dos usuários que apresentam HAS e/ou DM. Nesse objetivo teremos um encontro com o Secretário de Saúde e com a administração de saúde de nosso município. Além disso, teremos encontros com os ACS para capacitação no uso dos equipamentos, sendo responsabilidade do médico da equipe.

Engajamento Público

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

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

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

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

Detalhamento: Ofereceremos palestras semanalmente no âmbito da UBS para comunicar a comunidade da existência do programa e também nas escolas e igrejas. Essas atividades serão desenvolvidas pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Neste sentido realizaremos uma capacitação dos ACS sobre preenchimento das folhas do cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM, uso adequado das equipes para aferição de PA, verificando o conhecimento de cada um e facilitando a solução dos erros e dúvidas. Ainda não temos glicosímetro na UBS, questão que foi pleiteada ao secretário de saúde para fornecer a equipe.

Ações para o objetivo QUALIDADE

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Nosso trabalho visa oferecer uma saúde de qualidade e nesse sentido estamos caminhando. Semanalmente será revisado os prontuários dos usuários com HAS e/ou DM para verificar as indicações dos exames, assim como, a realização dos mesmos. Esse trabalho será monitorado pela enfermeira. Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA teremos controle adequado dos medicamentos por cada usuário, assim como, um estoque de medicamentos para casos novos incorporados. Será monitorada semanalmente a existência dos medicamentos e as dificuldades por carência de alguma medicação em conjunto com a coordenação do posto de saúde e Farmácia Popular/HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta com os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde.

Detalhamento: Teremos um encontro com a diretora do hospital, funcionários do laboratório, e também com toda nossa equipe para garantir os complementários e resultados em tempo. Orientaremos aos funcionários do laboratório para encaminhar para consulta médica no mesmo dia os usuários que apresentarem alteração nos resultados laboratoriais. O responsável pela reunião será o médico da equipe.

Além disso, semanalmente será avaliado em conjunto (enfermeira e funcionários da Farmácia Popular/HIPERDIA) a existência e quantidade de medicamentos para usuários com HAS e/ou DM, data de vencimento, e as necessidades das medicações em trabalho de equipe (enfermeira e ACS de cada área) através da prévia consulta dos prontuários individuais.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

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

Detalhamento: Nas consultas os usuários serão orientados sobre o controle ideal, fatores de risco e medicações. Nas escolas, igrejas e no âmbito da UBS serão oferecidas palestras no mesmo sentido pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Mensalmente temos uma proposta de fazer um encontro para capacitar e avaliar o desenvolvimento de nossa equipe na prática clínica. Esse encontro será supervisionado pelo médico e enfermeira da equipe, convidando os membros das outras equipes de saúde de nosso município.

Ações para o objetivo ADESÃO.

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: Semanalmente será revisado o caderno de programação de consultas dos usuários com HAS e DM pela enfermeira para verificar o cumprimento da periodicidade.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Aos usuários faltosos a consultas planejadas serão realizadas pelos ACS visitas domiciliares para agendar e recuperar uma nova consulta, sendo supervisionado pela enfermeira da equipe.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nas palestras e consultas oferecidas proporemos estratégias, explicaremos a importância das consultas assim como a periodicidade, sendo responsáveis médico, enfermeira e ACS.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: Nas reuniões da equipe semanalmente serão controlados os usuários faltosos por todos os ACS, assim como, serão discutidas as tarefas para o resgate das consultas.

Ações para o objetivo de REGISTRO

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Semanalmente serão revisados pela enfermeira os registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade básica de saúde procurando erros no preenchimento ou omissões.

Organização e gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

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

Detalhamento: Semanalmente na reunião da equipe serão discutidos os acompanhamentos de usuários com HAS e/ou DM, sendo responsáveis todos os ACS pelo usuário da sua área, supervisionado pelo médico. Também serão oferecidas capacitações aos ACS nos registros e preenchimento das planilhas com antecedência.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Nas consultas, palestras e visitas domiciliares serão orientados todos os usuários sobre os direitos dos usuários do SUS.

Qualificação da Prática Clínica.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

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

Detalhamento: Semanalmente nas reuniões da equipe serão esclarecidas dúvidas no preenchimento das planilhas e registro dos usuários com HAS e/ou DM. No primeiro contato serão capacitados todos os ACS para o preenchimento das planilhas.

Ações para o objetivo AVALIAÇÃO DE RISCO

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Anualmente os usuários que apresentam HAS e/ou DM serão avaliados pelo cardiologista para estratificar os riscos de doença cardiovascular, com solicitação da Inter-consulta.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Na UBS serão oferecidas as vagas dos atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM pelo médico da equipe, de acordo com as prioridades nos atendimentos.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Nas consultas e palestras, os usuários serão orientados para um ótimo controle das doenças (HAS e DM), assim como a importância dos controles periódicos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Mensalmente ofereceremos (médico e enfermeira) encontros para capacitar aos ACS sobre os fatores de risco modificáveis e estratificação de risco ou lesões de órgãos alvo. Realizando, além disso, estratégias para um melhor controle.

Ações para o objetivo PROMOÇÃO DE SAÚDE

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Semanalmente serão revisadas as atividades dos ACS e também os prontuários dos usuários com HAS e/ou DM em busca de atrasos ou falta de orientações necessárias. Esta revisão vai ser feita pela enfermeira e pelo médico da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários (hipertensos e diabéticos).
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Ofereceremos com apoio de professores de educação física, odontólogo, técnico de nutrição, ACS; palestras com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e/ou DM.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos, assim como seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar os hipertensos/diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Teremos contato contínuo com a secretaria de educação assim como outras entidades para juntos trabalhar por uma comunidade saudável. Ofereceremos palestras nas igrejas e escolas sobre hábitos prejudiciais a cada quinze dias que serão realizadas pelos ACS.

Qualificação da Prática clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e orientação bucal do usuário hipertenso e/ou diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Serão oferecidos pela equipe multiprofissional (Odontologista, Médico e Enfermeira), aos ACS, aulas de capacitação em temas importantes para um excelente controle dos usuários que apresentam HAS e/ou DM.

2.3.2 Indicadores

Para cada meta estabelecida há indicadores para monitorar a intervenção, conforme a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 2: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia.

Denominador: Número de diabéticos 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 com prescrição de medicamentos.

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.

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.

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 saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular**- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional.

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

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

Numerador: Número de hipertensos orientados sobre prática regular de atividade física.

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

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

Numerador: Número de diabéticos orientados sobre prática regular de atividade física.

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

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

Numerador: Número de hipertensos orientados sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Numerador: Número de diabéticos orientados sobre os riscos do tabagismo.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos orientados sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos orientados sobre higiene bucal.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde dos usuários com HAS e/ou DM utilizaremos as fichas espelho para HAS e DM (ANEXO C) fornecidos pelo Curso de Especialização. Também será utilizado como referência para o desenvolvimento dessa intervenção o protocolo de atendimento do Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Série Cadernos de Atenção Básica No.15, 1ª edição 2006; Cadernos de Atenção Básica No.16, 1ª edição 2006).

Além disso, serão inseridos junto às fichas espelho, as folhas suficientes com a ordem do exame físico e requisitos próprios para realizar um seguimento adequado, deixando também espaço para colocar as visitas domiciliares pela equipe de saúde, obtendo assim o aspecto psicossocial de onde moram os usuários.

Para realizar a Impressão destas fichas contaremos com ajuda da coordenação da UBS. Confeccionaremos o número suficiente em relação aos usuários com HAS e/ou DM que estão inscritos no programa e outro número na espera dos casos novos e incorporados.

Em nossa UBS não há computadores, dessa forma, estamos confeccionando um caderno onde incluiremos os dados recolhidos: usuários que se ausentaram nas consultas planejadas, riscos e programação de atendimentos, que acontecerá após cada atendimento. Também temos que avaliar o caderno todos os dias, seja pelo médico ou pela enfermeira.

Temos uma meta ambiciosa, mas não impossível. Trabalhando em equipe poderemos obter os resultados esperados. Não podemos falar de dificuldades quando se trata de saúde.

Existem algumas dificuldades no município de Ipixuna/AM, referente a alguns exames como o exame oftalmológico, fundamental na detecção precoce das retinopatias hipertensivas ou diabéticas. Além disso, quando precisarem, os usuários são encaminhados oportunamente para avaliação oftalmológica.

Contamos com uma ferramenta muito importante, a palavra e o poder de levar até o usuário o conhecimento sobre a sua doença, oferecendo palestras no âmbito da UBS quinzenalmente, obtendo assim um maior controle das doenças.

Temos definidos dias específicos para o atendimento agendado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. No início podem-se apresentar dificuldades, que no transcurso do tempo tudo vai mudar.

Este trabalho contará com a equipe de saúde composto pelo médico, a enfermeira e 8 ACS, teremos o apoio dos profissionais da saúde da UBS, coordenador e o Secretário de Saúde do município, além do apoio dos moradores e lideranças da comunidade.

Para a realização dessa intervenção serão utilizados as fichas espelho e caderno de registro com dados dos usuários, programação das consultas e das visitas domiciliares.

Será realizada uma reunião com todos os funcionários da UBS. Assim, iremos propor o atendimento dos usuários com HAS e/ou DM com frequência de duas vezes na semana. Os elementos importantes desta reunião serão: conhecimento dos profissionais sobre o trabalho da equipe, importância dos registros elaborados, os quais serão preenchidos ao final de cada consulta e cada visita domiciliar.

Dessa forma, as atividades elaboradas em cada semana da intervenção, assim como, a sua frequência serão discutidas abaixo:

Frequência- Semanal.

Em relação à **cobertura** temos como meta cadastrar todos os usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência, ou seja, atingir uma cobertura de 100%. Este trabalho vai ter uma sistematicidade contínua, pois, podem aparecer usuários novos a cada momento.

Frequência – Semanal

Na **qualidade**, as metas propostas são realizar exame clínico apropriado e a realização de exames complementários em tempo aos hipertensos e/ou diabéticos. Nosso trabalho será oferecer aos usuários uma consulta com qualidade, que às vezes podem acontecer atrasos nos exames. Porém, teremos contato com os funcionários do laboratório para evitar atrasos neste sentido.

Frequência - Semanal

Um das metas da **qualidade** é prescrever medicamentos que possam ser obtidos na farmácia da UBS e garantir o atendimento odontológico aos usuários que assim precisarem. Neste sentido teremos contato com os dois odontólogos da cidade para não ter obstáculos e oferecer uma consulta integral aos usuários.

Frequência - Semanal

No objetivo referente à **adesão** temos como meta realizar busca ativa em todos os usuários faltosos aos controles programados com a periodicidade

requerida. Para isso teremos todo o apoio dos ACS, exercendo um papel importante para um ótimo desenvolvimento do trabalho em equipe.

Frequência - Semanal

Para o objetivo referente ao **registro** temos como meta manter 100% das fichas de acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM. Neste sentido será a ficha espelho confeccionada para essa finalidade.

Frequência - Semanal

Na **avaliação do risco** temos que estratificar o risco cardiovascular dos 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde. Neste aspecto teremos vários fatores para avaliar as condições do usuário hipertenso e/ou diabético de forma periódica.

Frequência - Semanal

Na **promoção de saúde** temos metas encaminhadas a uma qualidade de vida melhor. Conhecer sobre hábitos saudáveis como nutrição, exercício físico, riscos do tabagismo e saúde bucal. Neste aspecto contaremos com o apoio nas palestras dos ACS e líderes da comunidade preparadas previamente no tema pelo médico e/ou enfermeira que dialogaram com o auditório e será o ambiente ideal para esclarecer dúvidas.

Frequência - Semana 2 e 7 – Palestra sobre nutrição saudável.

Semana 3 e 8 – Palestra sobre prática de exercício físico.

Semana 4 e 9 – Palestra sobre risco do habito de fumar.

Semana 5 e 10 – Palestra sobre saúde Bucal.

Semanas 6 12 e 15 – Palestra nas igrejas sobre HAS e DM, hábitos saudáveis de vida, importância dos controles aos usuários com HAS e/ou DM.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O objetivo fundamental da Intervenção foi cadastrar e acompanhar a todos os 100% dos usuários que sofrem de HAS, assim como o 100% dos usuários que sofrem de DM da área de abrangência da equipe N° 1, motivando assim as outras equipes de saúde, sempre com a proposta de um povo melhor atendido e saudável.

Começamos as ações da intervenção na procura de líderes informais (pessoas com liderança e aceitação dentro da comunidade) da comunidade para nos ajudar de forma voluntária na divulgação sobre a intervenção para a comunidade.

Em outro momento, fizemos uma reunião na UBS, para que o nosso projeto fosse conhecido por todos os profissionais e trabalhadores da UBS, oferecendo um relatório sobre a importância de resgatar as consultas de HAS e/ou DM, assim como, conseguir acompanhar a todos os usuários que sofrem de HAS e/ou DM cadastrados na unidade.

Assim, foram discutidas cada ação a ser desenvolvida pela intervenção, sendo determinado as terças e quintas-feiras para a realização das consultas e visitas domiciliares aos usuários com HAS e/ou DM. Nessa reunião convidamos a equipe odontológica que trabalha na outra UBS para conseguir uma atenção de maior qualidade.

As consultas de HAS e/ou DM foram muito boas, desde o começo da intervenção. No início tive muitas dificuldades pelo desconhecimento dos usuários com HAS e/ou DM, aspecto foi revertido no final da intervenção. Todavia, onde há dificuldades, a satisfação do trabalho aumenta.

Com as fichas espelho tivemos um ótimo controle dos usuários assistidos, influenciando positivamente no sistema de informação, mapeando os hipertensos e/ou diabéticos com risco de doença cerebrovascular com realização de exames.

Um elemento fundamental foi o trabalho de prevenção com as palestras oferecidas, as consultas e visitas domiciliares. Este importante trabalho continuará nos meses posteriores, pois a intervenção foi incorporada à rotina da unidade e com isso motiva o trabalho em equipe.

Durante as visitas domiciliares, resgatamos muitos hipertensos e/ou diabéticos que não eram acompanhados. No início começamos a intervenção com o cadastro e acompanhamento de 23 usuários com HAS e 3 usuários com DM preenchendo as fichas espelho e planejando as consultas e visitas domiciliares. Depois de concluído as 16 semanas de intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar 140 usuários com HAS e 32 usuários com DM.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

No transcurso da intervenção, encontramos algumas dificuldades, como na carência por atendimento odontológico que foram supridos em outras ocasiões, quando a minha UBS passou a ter a uma equipe de saúde bucal; equipe que começou o trabalho na semana 5 da intervenção, e antes disso este tipo de atendimento era realizado na outra UBS.

Outra dificuldade está na realização dos exames complementares, pela presença de somente um laboratório de exames no município e localizado no hospital, retardando frequentemente a realização dos exames e seus resultados.

Aconteceram eventos adversos, como o atraso no pagamento do salário das ACS, as quais, não trabalharam por um bom tempo, por esse motivo. Todavia, o trabalho continuou. E para suprir a falta dos ACS nesse período foram oferecidas palestras na UBS junto com a enfermeira com excelentes resultados. Posteriormente, este trabalho foi realizado pelas ACS na UBS, e também nas igrejas e escolas, com ótima qualidade, sendo desenvolvido o restante das ações.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Inicialmente tivemos algumas dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fundamentalmente no fechamento dos primeiros meses por omissões fundamentalmente nas fichas espelho, pois a maioria dos

usuários não tem cartão do SUS, dado coletado nesta ficha. Depois de Análise e ajuda oferecida pela orientadora, foram realizados os cálculos e correções oportunas, evitando erros.

No final da intervenção, com relação à planilha final de coleta de dados (Anexo B), apresentamos dificuldades no cálculo dos indicadores, situação que precisou no momento ajuda da orientadora, assim como, do apoio pedagógico para corrigir os resultados. Felizmente realizamos o fechamento da planilha sem erros para posterior Análise e discussão de resultados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Atualmente incorporamos as ações previstas na intervenção à rotina do serviço. Definimos dias específicos para as consultas de HAS e/ou DM, assim como, levaremos nossa experiência em outros programas (pré-natal e puericultura), não entanto, serão atendidos todos os usuários que assim precisem independentemente do dia da semana. Em todo momento contamos com o apoio da coordenação da UBS. Apresentamos dificuldades ocasionalmente, sobre tudo, com a disponibilidade do material de consumo; situação que às vezes dificultou nosso trabalho.

Em parceria com a Secretaria de Saúde do município, disponibilizaremos os recursos necessários para a realização dos exames complementares (glicemia fundamentalmente), na unidade de saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção referente à Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS Samira Barroso, Ipixuna/AM foi realizada no período de 16 semanas sendo iniciada em 28 de setembro de 2014 e finalizada em 13 de fevereiro de 2015.

Os resultados qualitativos e quantitativos alcançados serão apresentados abaixo, com base nos indicadores que serão comparados às metas propostas, examinando a evolução da intervenção.

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

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

A intervenção tinha como um dos objetivos principais incorporar e acompanhar todos os 100% dos usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Nossa área tem um total de 140 usuários com HAS cadastrados e 32 com DM cadastrados, dos quais, a maioria, antes de começar a intervenção, não tinha acompanhamento na UBS.

No início da intervenção, em relação aos usuários hipertensos foram acompanhados 44 (31,4%) usuários no Mês 1, 96 (68,6%) no Mês 2, 127 (90,7%)

no mês 3 e 140 (100%) no Mês 4. Para os diabéticos foram registrados 15 (46,8%) usuários no Mês 1, 17 (53,1%) no Mês 2, 25 (78,1%) no Mês 3 e 32 (100%) no Mês 4 (Figura 1 e Figura 2).

A ação que mais ajudou alcançar este objetivo foi o cadastramento de todos os 100% dos usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência, seu acompanhamento pela equipe de saúde, e o apoio dos líderes informais da comunidade que ajudaram com a divulgação da importância dos controles periódicos e consultas programadas. Uma das dificuldades que apresentamos foi o atraso no pagamento das ACS o que ocasionou a ausência desses profissionais em muitas atividades da intervenção.

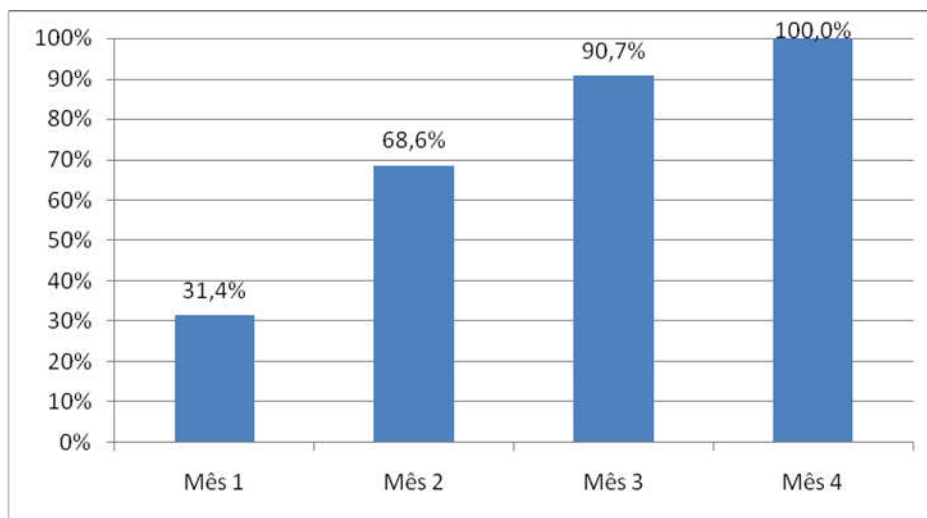


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do Hipertenso na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

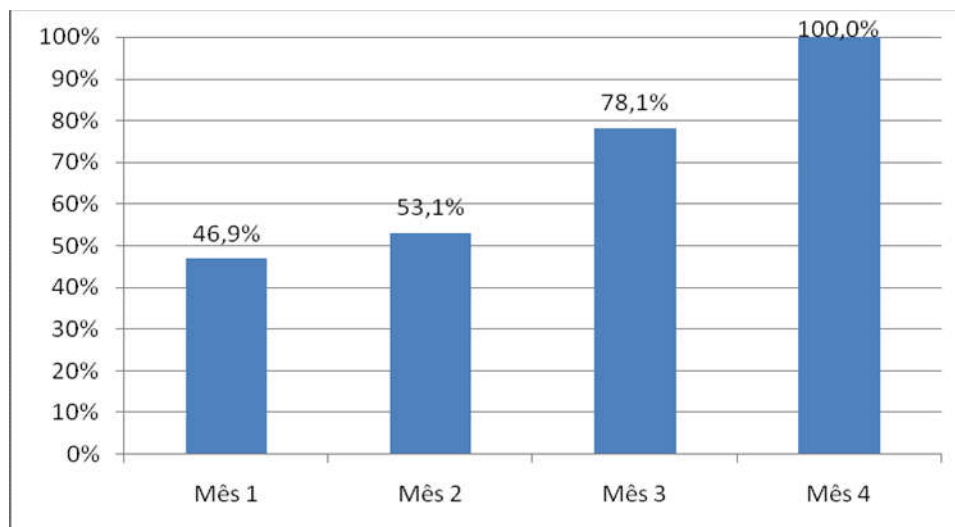


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde do Diabético na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos idoso na Unidade de Saúde;

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

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

Um dos aspectos que influíram negativamente neste indicador foi o desconhecimento dos usuários e na maioria das vezes nunca foram acompanhados na UBS, mas no transcurso da intervenção esse comportamento foi modificado.

Para esse indicador foram alcançados os seguintes resultados para os usuários hipertensos: 34 (77,3%) usuários com HAS no Mês 1, 90 (93,8%) no Mês 2, 123 (96,9%) no Mês 3 e 138 (98,6 %) no Mês 4. Para os diabéticos foram: 12 (80%) usuários no mês 1, 17 (100 %) no Mês 2, 24 (96%) no Mês 3 e 31 (96,9 %) no Mês 4 (Figuras 3 e 4).

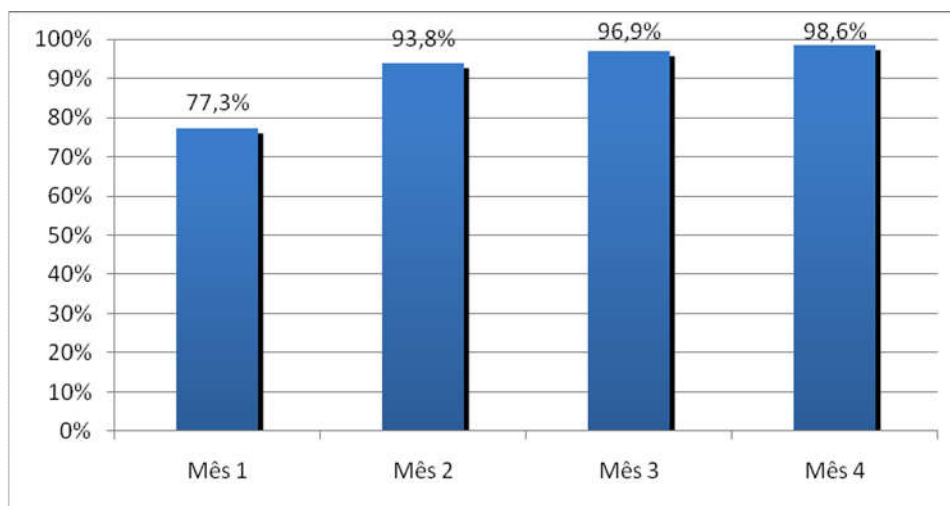


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

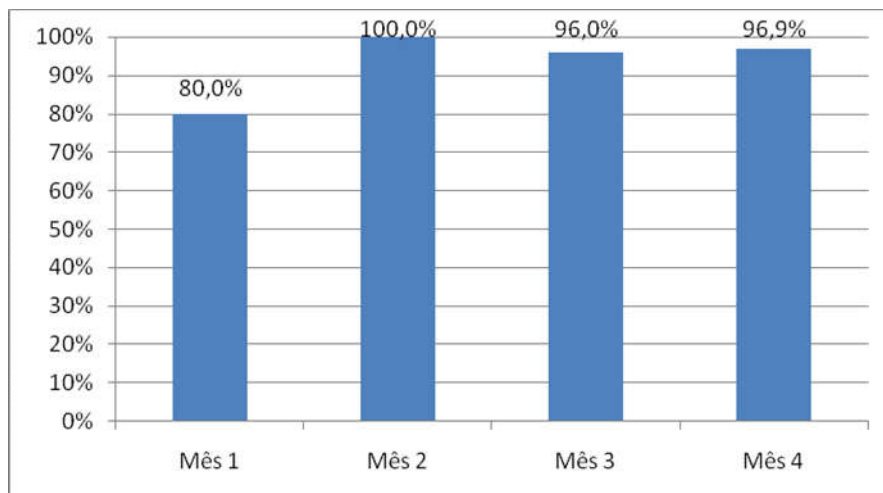


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

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

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

Outro aspecto importante foi à realização dos exames complementares. Em nosso município contamos somente com um laboratório clínico, que se encontra no hospital. Em determinadas oportunidades é um pouco complicada a situação para realizar os exames indicados e atrasa o nosso trabalho. No início apresentamos sérias dificuldades que foram superadas ao longo da intervenção. Ainda temos usuários com atraso na realização dos exames indicados, mas é a minoria, somente 18 (12,8%) usuários com HAS e 5 (15,6%) usuários com DM.

Assim, ao longo da intervenção foram alcançados os seguintes resultados para os hipertensos: 21 (47,7 %) usuários com exames complementares em dia no Mês 1, 81(84,4 %) no Mês 2, 110 (86,6 %) no Mês 3 e 122 (87,1%) no Mês 4. Para os diabéticos foram registrados: 5 (33,3 %) no Mês 1, 81(84,4 %) no Mês 2, 20 (80 %) no Mês 3 e 27 (84,4%) no Mês 4 (Figura 5 e Figura 6).

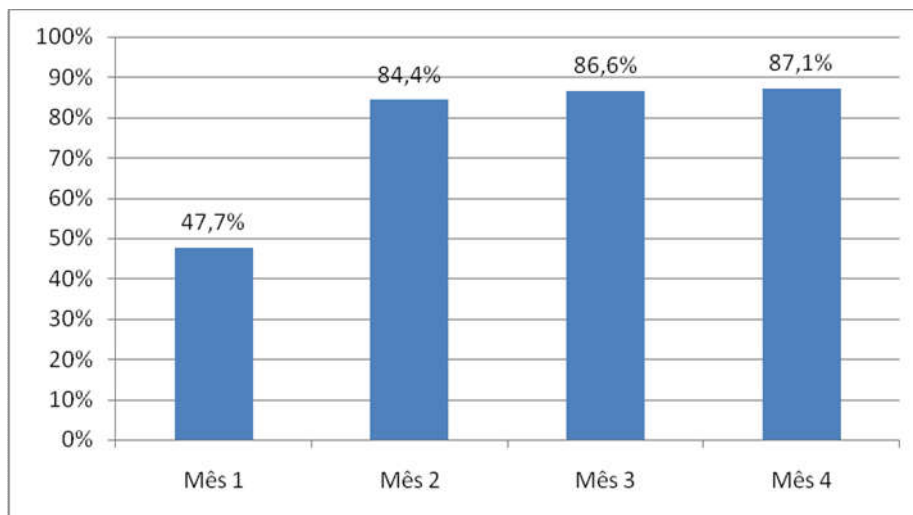


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

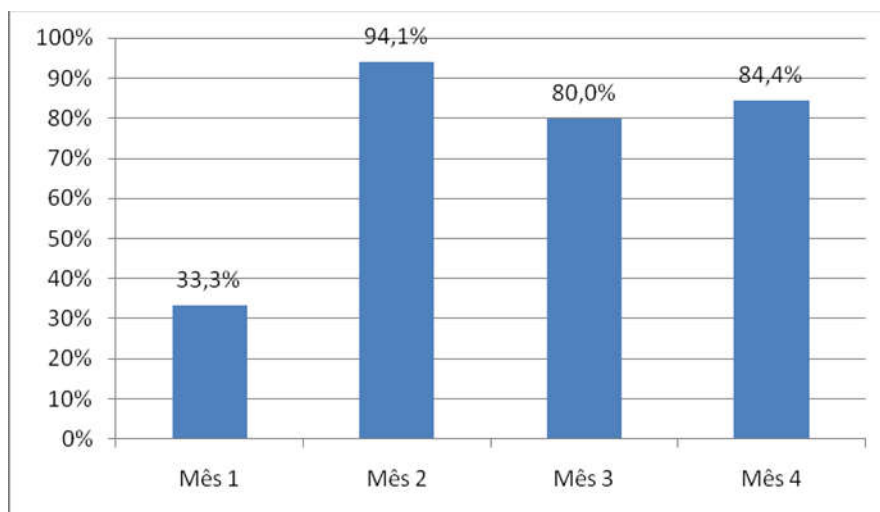


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA a 100% dos hipertensos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA a 100% dos diabéticos.

Um elemento importante foi à indicação dos medicamentos. A maioria dos nossos usuários apresenta indicação de medicamentos que estão presentes na relação das farmácias populares. Existem apenas 3 (9,3%) usuários com Diabetes

e 1 (0,7%) com HAS, com indicação de medicamentos que não podem adquirir na farmácia popular visualizados na Figuras 7 e 8.

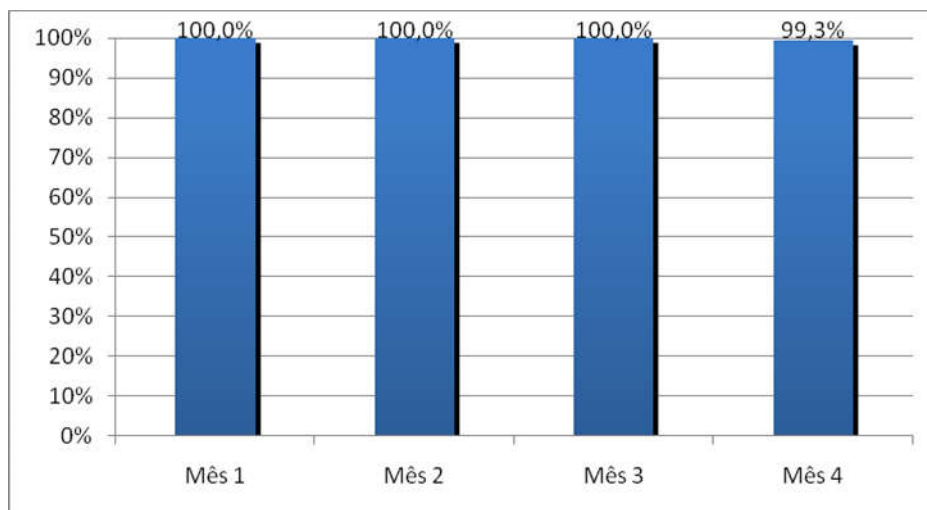


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

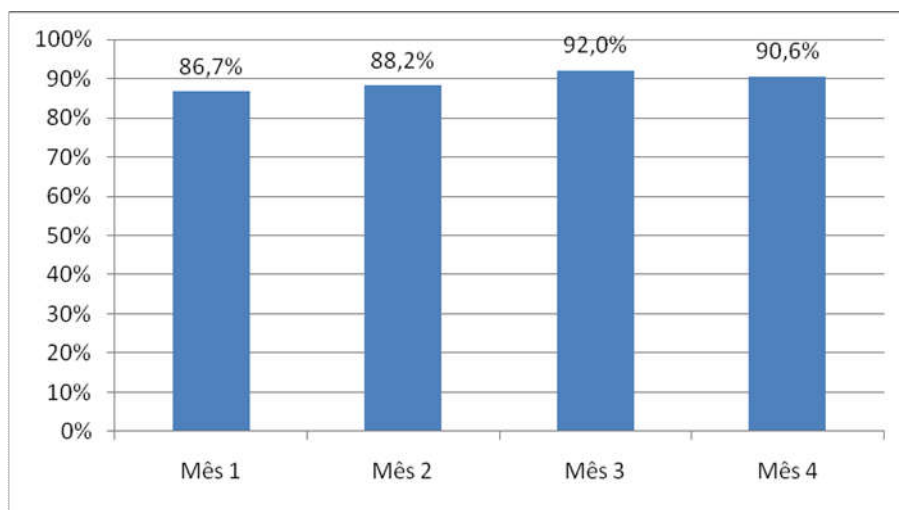


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Nesse indicador apresentamos sérias dificuldades no início da intervenção por falta de equipe odontológica na UBS Samira Barroso. No segundo mês da intervenção foi incorporada uma equipe odontológica elevando este indicador,

todavia, infelizmente ficamos no final da intervenção novamente sem o apoio desta equipe.

Ainda temos 12 (8,5%) usuários com HAS e 3 (9,3%) com DM com necessidades de atendimento odontológico, que iremos resolver nos dias posteriores. Assim, nos meses de intervenção temos os seguintes resultados para os hipertensos avaliados pela odontologia: 21 (47,7 %) usuários no Mês 1, 90 (93,8%) no Mês 2, 119 (93,7%) no Mês 3 e 128 (91,4%) no Mês 4. Para os diabéticos foram registrados: 8 (53,3%) no Mês 1, 17 (100%) no Mês 2, 119 (93,7%) no Mês 3 e 22 (88%) no Mês 4 (Figura 9 e 10).

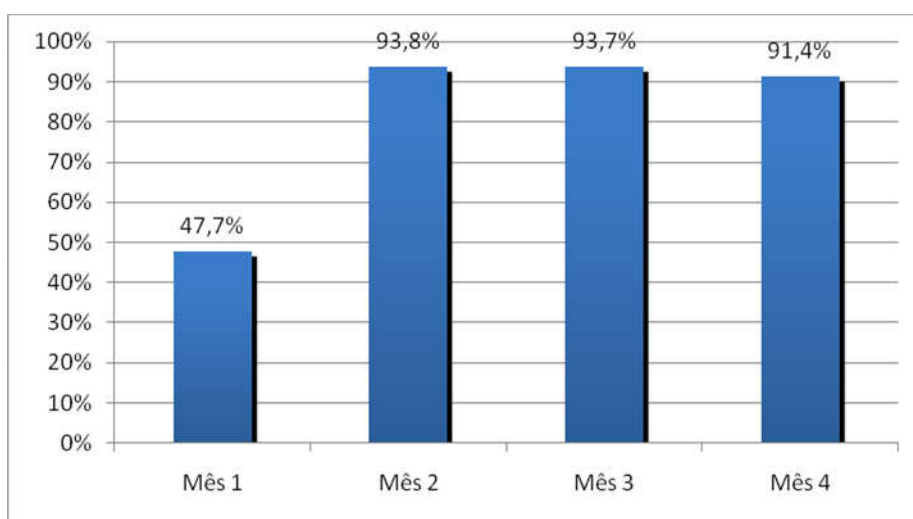


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

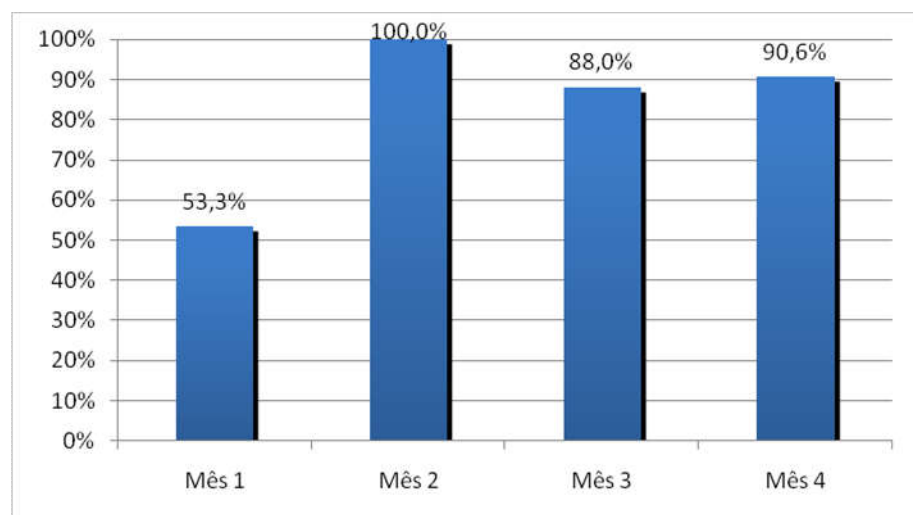


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

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

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

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

O não comparecimento às consultas agendadas foi um elemento importante da intervenção. Com um excelente trabalho das ACS diminuimos consideravelmente este elemento negativo. Sempre existem pessoas com características diferentes que precisam um tempo maior, mais conseguimos persuadir a maioria para acompanhar adequadamente seus estados de saúde.

No primeiro mês, foi realizada busca ativa para todos os usuários acompanhados com HAS e DM. Nos meses 2, 3 e 4 para os usuários com HAS foram realizadas buscas ativas, registrando 55 (98,2%) no segundo mês, 71 (98,6%) no terceiro e 79 (98,8%) no quarto mês, respectivamente (Figura 11). Para os diabéticos, foi alcançado 100% de busca ativa em todos os meses da intervenção.

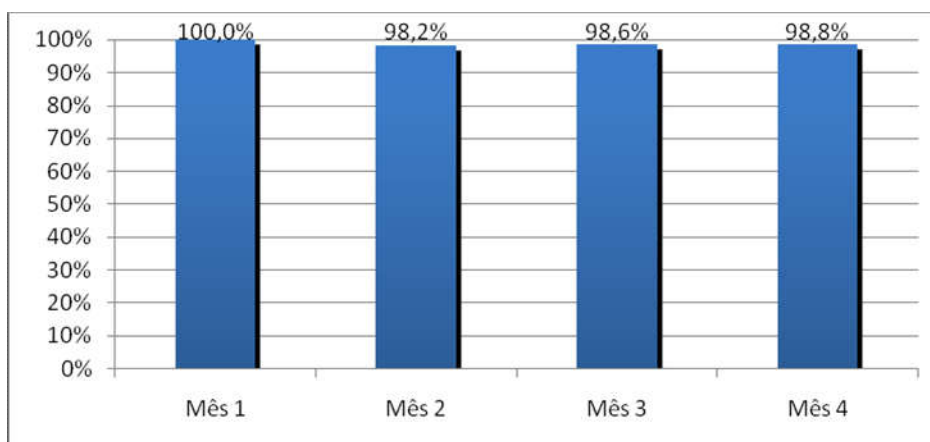


Figura 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

O registro na ficha espelho foi um elemento inovador em nossa UBS, apresentando dificuldades no início, que foi superado nos dias posteriores. Uma vez concluída a intervenção, contamos com 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, apresentando erro na ficha de apenas um usuário com HAS, com dados incompletos, situação a ser resolvida proximamente (Figura 12).

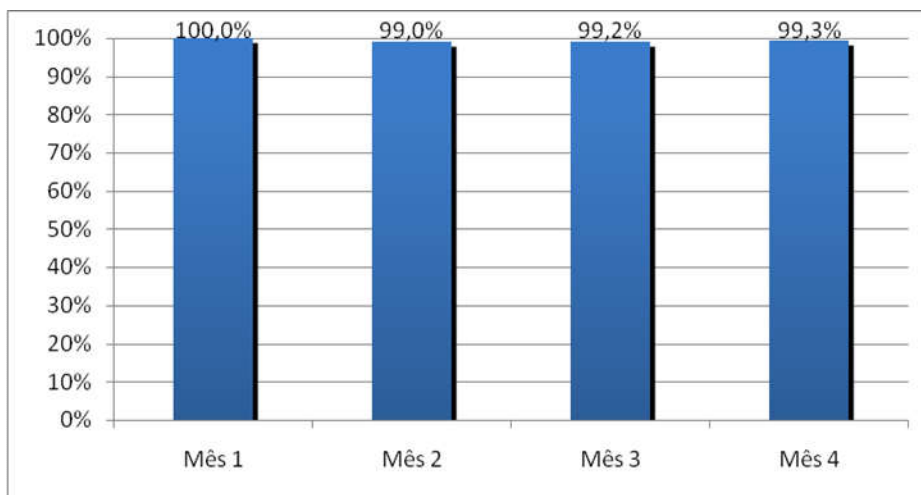


Figura 12. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Samira Barroso Araújo.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

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

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

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

A estratificação do risco cardiovascular é um indicador que se encontra influenciado por outros indicadores, como exames complementares e consultas em dia. Por isso, apresentamos dificuldades neste indicador com 12,8% dos usuários com HAS e 21,8% com DM, pendentes a serem avaliados para o risco cardiovascular. Realizamos uma análise no coletivo de trabalho para recuperar e avaliar a todos os 100% dos usuários.

Dessa forma, durante a intervenção temos os seguintes resultados para avaliação e estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos: 26 (59,1%) usuários no Mês 1, 56 (58,3%) no Mês 2, 110 (86,6%) no Mês 3 e 122 (87,1%) no Mês 4. Para os diabéticos foram registrados: 12 (80 %) no Mês 1, 14 (82,4%) no Mês 2, 19 (76%) no Mês 3 e 25 (78,1%) no Mês 4 (Figura 13 e 14).

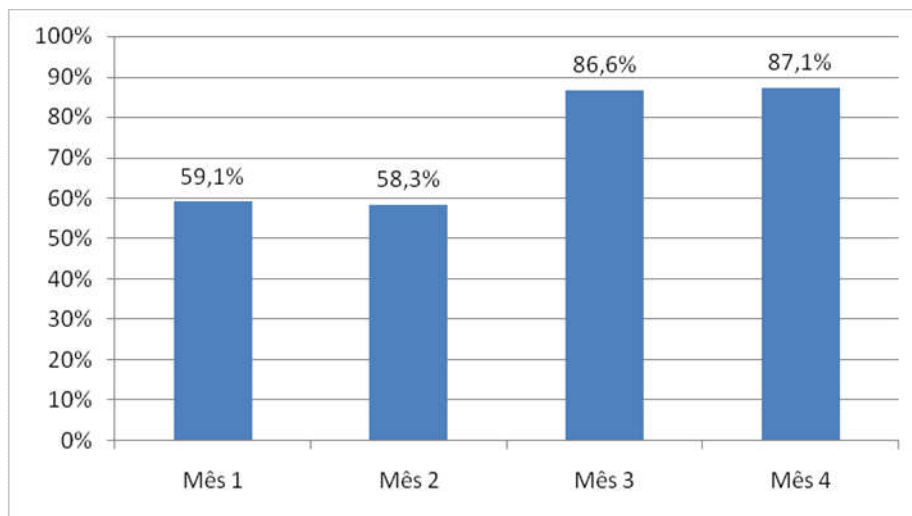


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

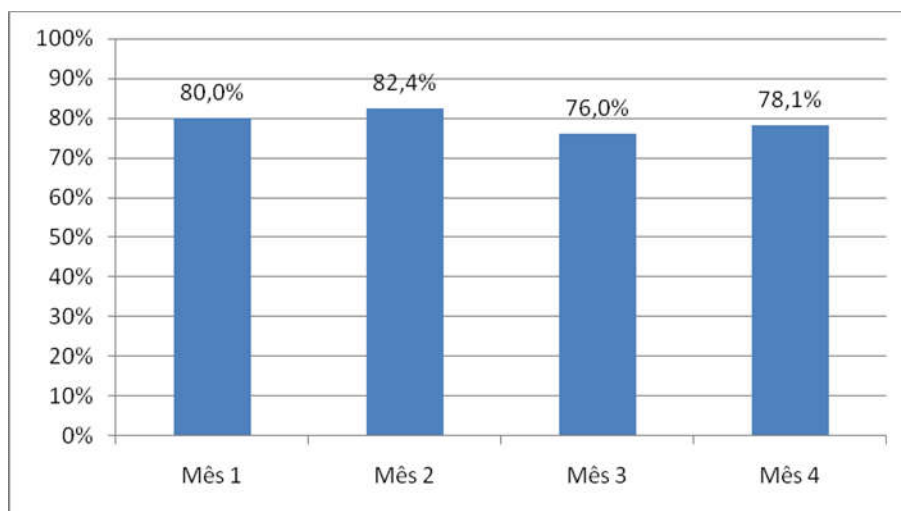


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Samira Barroso Araújo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Um elemento chave e essencial, do nosso trabalho foi a prevenção. Tanto nas consultas, assim como, nas palestras oferecidas e visitas domiciliares, abordamos temas importantes. Orientações sobre os riscos do tabagismo, uma alimentação saudável, prática de atividade física regular e higiene bucal; sempre fizeram parte em nossas consultas.

Sendo assim, para as metas de orientação nutricional, prática regular de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal foi alcançada a totalidade dos usuários (100%). Em todos os 4 meses de intervenção, todos os usuários com HAS e DM envolvidos na intervenção receberam todas nossas orientações relativas ao objetivo 6, para um melhor controle das doenças evitando assim complicações.

Por fim, ao longo das 16 semanas de intervenção, apresentamos dificuldades em determinados indicadores, aspectos a serem resolvidos em pouco tempo. Contudo, para a maioria dos indicadores os resultados foram satisfatórios, influenciando positivamente na vontade e confiança em um trabalho cada vez melhor. Superaremos os erros cometidos, em prol de um povo, mais saudável e conscientizado.

4.2 Discussão

A intervenção, na Unidade Básica de Saúde Samira Barroso Araújo, no município Ipixuna do estado Amazonas iniciou em 28 de setembro de 2014 e finalizou em 13 de fevereiro de 2015 no qual foram trabalhadas ações para a melhoria na atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos.

As ações da Intervenção propiciaram a melhora da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Após as 16 semanas de intervenção alcançamos uma cobertura de 140 (100%) usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica e 32 (100%) usuários que sofrem de Diabetes Mellitus acompanhados. Também foram observadas uma melhoria dos registros e a qualificação da atenção com a classificação de risco de ambos os grupos.

No transcurso da intervenção conseguimos aumentar a quantidade de usuários com HAS e/ou DM com exames complementares em dia de acordo com protocolo. Avaliamos com a equipe de odontologia quase a totalidade dos usuários, faltando somente 12 hipertensos e 3 diabéticos a serem avaliados por esta especialidade. Inicialmente não contamos com equipe de odontologia na nossa UBS e os usuários foram avaliados pela equipe bucal de outra UBS. Contudo, no início da semana 5 da intervenção, foi incorporada em nossa UBS uma equipe de odontologia, conseguindo alcançar uma maior cobertura e avaliação dos usuários. Já no final da intervenção (semana 14) ficamos novamente sem equipe de odontologia, sendo encaminhados novamente os usuários até a outra UBS para esse tipo de atendimento.

Uma das tarefas fundamentais na incorporação dos usuários foi à busca ativa, tarefa realizada com êxito e muita dedicação dos ACS. Inicialmente tínhamos um elevado índice de usuários faltosos, situação que foi modificada no decorrer da intervenção.

Através do uso das fichas espelho disponibilizada pelo Curso conseguimos um melhor controle dos usuários.

No decorrer das 16 semanas incorporamos hipertensos e/ou diabéticos para acompanhamento, alcançando um melhor controle das doenças e prevenindo complicações, sendo a prevenção nosso trabalho fundamental.

Nossa intervenção exigiu uma capacitação da equipe (fundamentalmente dos ACS), em aspectos referentes ao monitoramento e rastreamento. Esta atividade,

assim como, as outras atividades coletivas (palestras), promoveu o trabalho em equipe, integrando médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS como um todo. É importante ressaltar que apenas o trabalho individual não é possível alcançar resultados satisfatórios, na união está à força. Cada integrante da equipe estava comprometido com determinadas ações durante a intervenção, planejadas e com verificação do seu cumprimento. Os ACS com o cadastro, monitoramento e palestras sobre HAS e/ou DM. Pela parte médica, nosso trabalho fundamental foi oferecer consultas, visitas domiciliares de ótima qualidade; assim como, monitorar as tarefas dos demais integrantes da equipe. A enfermeira e a técnica de enfermagem ficaram encarregadas de darem seguimento aos usuários acompanhados e organizando as atividades coletivas, assim como, monitoramento dos registros individuais. Isto acabou tendo impacto em outras atividades no serviço, com melhor organização, planejamento dos atendimentos; evitando assim, uma elevada demanda espontânea de usuários com HAS e/ou DM.

Inicialmente as mudanças tiveram certa rejeição da população, sobre tudo nos usuários da demanda espontânea, mas com perseverança e explicação oportuna, mudamos a forma de pensar dessas pessoas. Aumentamos com a intervenção os atendimentos odontológicos, alcançando um maior e melhor envolvimento da equipe de saúde bucal com a intervenção. Tivemos a cooperação da assistência social, em determinadas situações que precisavam da sua intervenção, obtendo uma inter-relação com a nossa equipe.

Antes da intervenção na UBS Samira Barroso Araújo, as atividades de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, não tinham planejamento e agendamento, ficando geralmente nas demandas espontâneas os atendimentos destas pessoas. Com nosso trabalho melhorou-se o registro dos usuários; alcançando assim, um ótimo controle e diminuindo o tempo de espera para as consultas. Um elemento fundamental foi à classificação do risco dos Hipertensos e Diabéticos realizados pelo médico e pela enfermeira da equipe, priorizando os atendimentos dos mesmos.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade, aumentando o conhecimento e motivando os usuários com HAS e/ou DM para participar dos controles. Apesar da cobertura elevada de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, o trabalho ainda continua na busca ativa de usuários com valores de pressão arterial elevada ou sintomas sugestivos de diabetes. Nas primeiras

semanas da intervenção fizemos contato com líderes comunitários em busca de apoio, com resposta positiva. Nas palestras oferecidas no âmbito da sala de espera da UBS, assim como, em igrejas e escolas, conseguimos contagiar os participantes, realizando intercâmbios e sugestões para melhorar nosso trabalho.

Nossa intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início todos os integrantes da equipe ficassem integrados ao desenvolvimento da intervenção. Tivemos dificuldades na motivação das ACS no momento inicial, aspecto superado, percebendo ao final da intervenção que a equipe está integrada. Contudo, como a intervenção está incorporada na rotina do serviço, temos as condições de superar as dificuldades iniciais. Agora que concluímos a intervenção, percebemos que existem atividades que podem enriquecer ainda mais o trabalho (encontros de hipertensos e diabéticos com a comunidade, participação nas palestras; atividades educativas nas escolas, igrejas e centros comunitários); entre outras atividades encaminhadas a obter uma qualidade de vida melhor. Sempre contamos com o apoio da Secretaria de Saúde do nosso município, no desenvolvimento da intervenção. Apresentamos dificuldades fundamentalmente com os medicamentos para hipertensão, pela inexistência dos remédios, mas sempre foram resolvidas todas as necessidades buscando variantes de tratamento, e fundamentalmente coordenando com os gestores a disponibilidade dos fármacos. Neste sentido contamos também com o apoio da assistência social, que se incorporou ao nosso projeto realizando ações que contribuíram para o melhoramento da intervenção.

Nossa intervenção está incorporada (atualmente trabalhamos nesse sentido) à rotina do serviço. As informações coletadas no registro abordam os aspectos essenciais para um ótimo controle dos usuários. Devemos conscientizar a comunidade nos aspectos de organização e planejamento do atendimento na UBS, elemento que será resolvido aos poucos com informação adequada. Um elemento chave para melhores resultados seria inserir na intervenção o Conselho Municipal de Saúde, em prol da melhoria da assistência. Atualmente o Conselho Municipal de Saúde encontra-se imerso em ações preventivas e informando ao povo das medidas a serem tomadas pelo elevado índice de malária no município; mas acho uma ferramenta fundamental a sua incorporação na intervenção para alcançar melhores resultados. Em um futuro próximo contataremos com os representantes desta entidade para consolidar nossos ideais e assim trabalharmos unidos.

Para os próximos passos, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos usuários que sofrem de HAS e/ou DM. Tomando esta intervenção como exemplo, pretendemos a partir do próximo mês, implementar o programa de atenção ao Pré-natal. Temos metas e objetivos ambiciosos, mas não impossíveis. Todas as ações estão sendo encaminhadas para um povo que precisa de atenção na sua saúde, e nesse sentido seguimos andando.

5 Relatório da intervenção para gestores

Considerando as doenças crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) que apresentam uma elevada incidência nas consultas assim como complicações, na maioria evitáveis, nossa equipe de trabalho (Equipe No.1) da UBS Samira Barroso de Araújo, sentiu-se motivada para efetuar uma intervenção com o objetivo fundamental de melhorar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS e elevar a qualidade de vida dos usuários portadores de Hipertensão e/ou Diabetes.

A intervenção teve uma duração de 16 semanas, iniciando em 28 de setembro de 2014 e concluindo em 13 de fevereiro de 2015. Inicialmente, tínhamos poucos usuários que realizavam seus controles com periodicidade, assim como, desconhecimento da existência de um programa destinado ao controle e seguimento de usuários que sofrem de HAS e/ou DM.

Depois da intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar um total de 140 usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica e 32 usuários com Diabetes Mellitus. Esses dados correspondem a 100% de todos os usuários portadores de HAS e/ou DM e que são moradores da área de abrangência da Equipe N° 1.

No transcurso da intervenção realizamos diversas ações como: palestras, visitas domiciliares, consultas aos usuários com HAS e/ou DM, avaliação odontológica, visitas a igrejas, entre outras. Essas ações foram fundamentais para elevar o nível de conhecimento dos usuários, sendo ferramentas necessárias para obter um ótimo controle das doenças, melhorando a sua qualidade de vida.

Determinamos dias específicos para as consultas dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a fim de diminuir a demanda espontânea por essas causas, reduzindo o tempo de espera para as consultas. O atendimento para essa população é realizado no horário das 8 h às 12 h nas segundas e quartas-feiras.

Na UBS com a ajuda e apoio da Secretaria de Saúde, garantimos todo o material necessário para um ótimo atendimento e registro dos usuários. Nossas consultas e visitas domiciliares foram realizadas com elevada qualidade e profissionalismo.

Pesquisas realizadas depois da intervenção de forma anônima por nossas recepcionistas demonstraram uma elevada aceitação da população, referindo o elevado comprometimento na continuidade dos controles, melhorando sua qualidade de vida.

Neste sentido, ao final da intervenção e Análise de todos os resultados e indicadores estabelecidos por esse trabalho, percebe-se que ainda existem dificuldades, sobre tudo, na realização de exames e atendimento odontológico. Há uma carência de 18 usuários portadores de HAS e cinco portadores de DM que ainda não estão com exames complementares em dia. Também foi registrado um déficit de doze usuários com HAS e três com DM que necessitam de atendimento odontológico.

Como incorporamos na rotina do atendimento as experiências da intervenção, conseguimos o apoio de diferentes entidades do município (educação, assistência social, igrejas, meio ambiente, prefeitura e secretaria de saúde), com o propósito de promoção da saúde para um povo mais saudável.

Acho que as expectativas para esta intervenção foram alcançadas com mérito, pois, além de vencer as dificuldades, o principal objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde No.1 da UBS Samira Barroso, foi alcançado. Também conseguimos contagiar com nosso trabalho as outras equipes de saúde, sempre com o objetivo de uma saúde de qualidade para um povo que tanto precisa. Todavia temos trabalho a fazer, e muito a oferecer.

Nossa equipe ficou contente com os resultados obtidos, e está com vontade de continuar no caminho e reforçar a cada dia nosso trabalho educativo dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. A população sentiu-se acompanhada pela

equipe que se preocupa com o seu bem estar, e quando de saúde se trata, tudo quanto se faz não é suficiente.

Aproveitando o ensejo, gostaria de escutar propostas e dúvidas referentes à intervenção e nosso trabalho. Nossa porta encontra-se aberta a novas idéias, propostas e ações, para elevar a cada dia a qualidade na atenção da população.

Nossa equipe de trabalho está engajada e com a maior disposição para realizar ações em prol de um povo saudável. Consideramos este momento como um espaço fundamental para conquistar um futuro melhor. Muito obrigado pela sua presença.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Atualmente existem doenças que aumentam a cada dia e com isso o número de pessoas que sofrem delas. No caso da Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, encontramos aumento na quantidade de pessoas com diagnóstico de alguma vez apresentarem valores de Pressão Arterial ou exame de glicemia elevados.

Nosso município (Ipixuna/AM) não se encontra fora desta estatística. Foi este aspecto que motivou a nossa equipe de saúde (Equipe No.1 da UBS Samira Barroso Araújo), na realização de uma intervenção para um melhor controle dos usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Essa intervenção teve duração de 16 semanas, sendo iniciada em 28 de setembro de 2014 e finalizada em 13 de fevereiro de 2015.

No transcurso das 16 semanas de intervenção conseguimos incorporar usuários aos controles e acompanhar diabéticos e/ou hipertensos que antigamente não realizavam controles periódicos da doença. Para se ter uma idéia, ao final da intervenção foram cadastrados e acompanhados 140 usuários com HAS e 32 usuários com DM, o que corresponde a 100% de toda cobertura para esses usuários.

Além disso, fizemos visitas domiciliares na busca ativa de novos casos, assim como, no acompanhamento de pessoas já diagnosticadas. Durante as visitas domiciliares foi possível estar mais perto dos usuários e assim identificar seu estilo de vida, oferecendo as ferramentas necessárias para um ótimo controle da doença.

Conseguimos programar o sistema de agendamento de consultas para os usuários portadores de HAS e/ou DM, facilitando e melhorando os controles dos usuários. O agendamento dessas consultas é realizado pela enfermeira e/ou

Agentes Comunitários de Saúde e acontece às quintas feiras no horário vespertino. O sistema de consultas para os usuários portadores de HAS e/ou DM na UBS está programado para segundas e quartas-feiras no horário matutino.

Com apoio das Agentes Comunitários de Saúde, oferecemos palestras sobre alimentação saudável, tabagismo, obesidade, sedentarismo, prática regular de atividade física.

Na medida das possibilidades avaliamos os usuários com necessidade de atendimento odontológico, indicamos os exames laboratoriais de controle e seguimento necessários, assim como, orientamos uma qualidade de vida para cada dia melhor.

Esta intervenção foi algo dinâmico, pois, incorporamos na rotina do nosso trabalho as consultas dos usuários portadores de HAS e/ou DM, motivando colegas de outras equipes de saúde. Temos metas ambiciosas, mas não impossíveis. Queremos levar esta experiência a outros programas como saúde das crianças, gestantes, entre outras.

Aproveitamos este intercâmbio para convidá-los a ser parte deste processo, levando informação a todos que precisem da nossa ajuda. Trabalhando juntos os resultados serão melhores. As portas do nosso consultório estarão sempre abertas na espera de sua visita. Agradeço imensamente em nome da equipe de saúde No. 1 da UBS Samira Barroso Araújo pela atenção e convidamos aos presentes, se tiverem alguma dúvida, expressá-la para saná-la . Muito obrigado!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em minha opinião, o Curso de Especialização em Saúde da Família foi o mediador para organizar meu trabalho na unidade básica de saúde. Antes de começar, estava com dificuldades na organização das atividades da unidade de saúde, orientando meu atendimento exclusivamente na demanda espontânea, pelo elevado número de pessoas buscando esse tipo de serviço.

Foi uma nova experiência, porque anteriormente não tinha realizado curso via internet (ensino a distância), superando as expectativas. Uma das principais dificuldades foi o acesso à internet, devido a limitações do município (Ipixuna/AM), impossibilitando acessar a plataforma do curso em diversas oportunidades. Apesar disso, nosso trabalho continuava.

No primeiro momento, nas semanas de ambientação, o principal problema foi o idioma, que foi superado no decorrer das semanas. Tinha muitas expectativas que foram supridas, sobretudo nas mudanças obtidas através da intervenção no trabalho com usuários com HAS e/ou DM. Percebi na realização das tarefas orientadas muitas dificuldades no serviço, motivando a realização da intervenção em uma ação programática (Usuários com HAS e/ou DM) que precisava ser melhorada.

Captando as orientações fornecidas pelo Curso de Especialização como, por exemplo, (confecção de fichas espelho, planejamento de palestras em ambientes públicos, avaliação odontológica dos usuários) e organizando todo o trabalho, o dia a dia foi ficando melhor. Sentia-me mais orientado, soube rápido o que fazer perante as dificuldades e aprendi sobre as funções de cada trabalhador na unidade.

No âmbito profissional, me senti realizado, levando saúde aos usuários que assim precisarem da minha ajuda e orientação. Acho que todo profissional da saúde deve fazer o mesmo, e assim conhecer mais de perto os usuários onde vivem e o

que fazem; observando o indivíduo como um todo, onde não só é o homem doente ou saudável, é ver e conhecer tudo o que o rodeia.

Também foi um excelente momento para compartilhar experiências e dúvidas com colegas e orientadores do curso, utilizando dos fóruns de saúde coletiva e de dúvidas clínicas que enriqueceram o nosso trabalho diário. O grande problema foi a dificuldade no acesso a internet que limitaram a minha participação.

Na resolução dos casos clínicos e testes de qualificação cognitiva, relembramos tópicos e encaminhamos nosso estudo diário em aspectos essenciais.

No transcurso da intervenção, conseguimos formar uma verdadeira equipe de saúde. No trabalho diário, incorporamos cada integrante da equipe, que no início encontrava-se desorganizado e desmotivado. Foi esta experiência, uma ferramenta importante na unidade e motivação da equipe de saúde No. 1 da UBS Samira Barroso.

No caminho se apresentaram obstáculos, sobre tudo, no idioma , assim como, doenças pouco comuns. Esta situação requereu um maior esforço e longas horas de autopreparação e estudo. Um profissional da saúde nunca termina seus estudos, sendo o curso um relevante exemplo.

Agradeço todo o apoio e colaboração de todos quantos fizeram parte desta experiência.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica No. 15 Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília-DF 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica No. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília-DF 2006b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

