

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS
Drº HAMILTON CIDADE, RIO PRETO DA EVA - AM**

Luana dos Reis Silva

Pelotas, RS - 2015

Luana dos Reis Silva

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr. Hamilton
Cidade, Rio Preto da EVA - AM

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - UFPEL/UNASUS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ailton Gomes Brant

Pelotas, RS - 2015

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

S586m Silva, Luana dos Reis

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr. Hamilton Cidade, Rio Preto da EVA - AM / Luana dos Reis Silva; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Aos meus pais e irmão, por sempre apostarem em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada. Irmão, você que nunca mediu esforços para resolver minhas pendências.

Ao meu noivo, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais viva. Obrigada pelo carinho incansável, pela paciência e por sua capacidade infinita de me trazer paz na correria de cada semana.

Agradecimentos

À minha grande amiga Thalita, que dividiu comigo todos os dias de trabalho e estudos. Pessoa linda e de muitos valores, com quem eu aprendi bastante e para quem eu desejo todo o sucesso que quero pra mim mesma. Amo você!

À enfermeira Mariana, pela sua imensa bondade em me apoiar nos mais difíceis momentos de conciliação do trabalho com os estudos. Por não medir esforços para me ajudar, sempre com seu belo sorriso no rosto. Que Deus a ilumine sempre na sua trajetória profissional e pessoal.

Ao meu orientador Ailton, pessoa mais que dedicada e responsável com seus alunos, coautor desse lindo trabalho realizado. A ele eu devo todo o mérito de ter conseguido chegar ao fim dessa jornada, pois quando o barco estava afundando, foi ele quem fez o resgate.

À coordenadora pedagógica Fernanda, pessoa mais que maravilhosa, também deu muito apoio e ajuda nos momentos difíceis durante o curso, guiando-me sempre no caminho certo para chegar até o fim.

Por fim, agradeço a toda equipe da Unidade Básica de Saúde Drº Hamilton Cidade, pois sem essas pessoas jamais teria alcançado excelentes resultados nesse projeto de intervenção. Que sempre continuem pessoas trabalhadoras que conheci e adorei conviver todos os dias de trabalho.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.....	52
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.....	52
Figura3	Gráfico indicativo da proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	54
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.....	55
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa.....	57
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa.....	57

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	09
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS em 04/04/2014.....	10
1.2 Relatório Situacional em 30/05/2014.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional.....	16
2 Análise Estratégica.....	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	19
2.2.2 Objetivos específicos.....	20
2.2.3 Metas.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	30
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	41
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	48
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	49
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	49
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discussão.....	60
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	62
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	64
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
6 Referências	70
Anexos.....	71

RESUMO

SILVA, Luana dos Reis. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr. Hamilton Cidade, Rio Preto da EVA - AM.** 2015. 75f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A doença cardiovascular (DCV) é a maior causa de mortes no Brasil, causada por duas das comorbidades mais incidentes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM), sendo o número estimado de brasileiros portadores de ambas 23.000.000. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC). O diabetes e suas repercussões podem gerar neuropatias e risco de amputações, especialmente, em membros inferiores. Um adequado controle dos níveis pressóricos, seja profilaticamente, seja já na fase de tratamento, exige mudanças no estilo de vida, alimentação adequada, controle do peso, prática regular de atividade física. Pensando nisso, foi realizada a intervenção nessa ação programática nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Drº Hamilton Cidade, município de Rio Preto da Eva - AM, durante 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Foram identificados 632 pessoas com hipertensão e 156 com diabetes na comunidade, dos quais 535 com hipertensão e 145 com diabetes foram contatados e sujeitos do estudo, perfazendo uma porcentagem de, respectivamente, 83,1% e 92,9% de cobertura de atenção a esse grupo de usuários da área de abrangência. Os motivos que levaram aos excelentes percentuais de cobertura foram a seriedade e presteza da equipe, o envolvimento e dedicação de cada um para que pudéssemos alcançar esse resultado com a população. As ações que facilitaram a melhoria desse indicador foram visita domiciliar, buscas ativas, palestras na recepção e para a comunidade. Os usuários receberam avaliação clínica, orientação nutricional, sobre atividade física, tabagismo e foi realizada estratificação de risco. Em geral, o projeto proporcionou uma grande melhoria tanto no atendimento ao doente, quanto nas atividades desenvolvidas na UBS e na relação interpessoal dos seus funcionários.

PALAVRAS CHAVE: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso trata da descrição de uma intervenção realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em saúde da família. Está dividido em Análise situacional, que descreve qual era a situação da UBS Drº Hamilton Cidade antes da intervenção; Análise Estratégica, que descreve a justificativa da escolha em trabalhar com usuários com Hipertensão e Diabetes, e os caminhos metodológicos e cronológicos que foram necessários para serem alcançadas as metas e conseqüentemente os objetivos que nortearam todo esse trabalho.

Em seguida, há a parte do Relatório da Intervenção, parte extremamente importante por avaliar o caminho percorrido ao longo das 12 semanas de intervenção, considerando nisso a viabilidade das ações pactuadas, os obstáculos e limitações enfrentadas, as facilidades e os cumprimentos das ações, de forma integral ou parcial ao longo desse período. Posteriormente, tem-se a Avaliação da Intervenção, em que os resultados obtidos estão devidamente elaborados e analisados, a partir dos gráficos. Na seqüência, uma discussão é proposta para os mesmos, na tentativa de significar esses resultados para a comunidade, para o serviço e para os profissionais envolvidos.

Dando seqüência ao trabalho elaborado, dois pequenos relatórios foram confeccionados, um para a comunidade, outro para os gestores. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa.

Na última parte do conteúdo desse trabalho a autora faz uma análise, uma Reflexão Crítica sobre a caminhada desde o início do curso até a finalização da intervenção. Uma análise sobre os aprendizados e significados dos diversos frutos colhidos por meio dessa especialização.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 04/04/2014

A estrutura física da Unidade Básica de Saúde Dr^o Hamilton Cidade é muito boa, disponibilizando de climatização em quase todos os ambientes. Alguns profissionais da UBS não tinham conhecimento da existência da carta de direito dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), muito embora sigam a maioria dos preceitos estabelecidos por ela. Na verdade o que acontece é que a organização da minha UBS pela enfermeira gerente é extremamente rigorosa, com isso a funcionalidade ocorre de acordo com os princípios da carta, sendo que alguns funcionários os cumprem sem ao menos lembrar a origem deles.

Outro ponto importante da minha UBS é a incansável boa vontade e disponibilidade no serviço, a equipe sempre atenciosa com a população, fazendo informes na recepção. Eu mesma já falei aos usuários, dando orientações e explicações sobre as formas de atendimento, prioridades, importância de uma boa continuidade nos tratamentos das doenças crônicas, dicas de alimentação, etc.

Detalhando a estrutura física, contamos com sala de triagem, farmácia, sala de pequenos procedimentos, sala de nebulização, sala de vacinação, sala de reuniões, cozinha, banheiro para funcionários, sala de atendimentos de enfermeiros e médicos, além da recepção com cadeiras para todas as pessoas e bebedouro. O problema que estamos passando no momento são as várias goteiras ao longo da UBS, com o usuário sendo atendido ou examinado bem ao lado. Além de esteticamente desagradável, fica propício à ocorrência de acidente.

Quanto ao corpo de funcionários, temos 12 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 auxiliar administrativo, 3 dentistas, 2 enfermeiros, 1 médico, 1 nutricionista, 2 recepcionistas, 2 serviços gerais e 3 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de saúde bucal. O serviço de fisioterapia não é fornecido na UBS, ficando alocado em outros centros de atenção primária à saúde. Percebo que entre os funcionários há muita harmonia no trabalho, sendo tudo isso repassado para os usuários.

A relação de toda a equipe com os usuários é muito boa, com isso o vínculo deles com a UBS torna-se mais forte e a resposta é apenas uma: um melhor controle na atenção primária, desafogando as atenções secundária e terciária. O princípio de acesso da saúde a todos os cidadãos é muito bem cumprido, como no exemplo do atendimento à demanda espontânea, vagas separadas para atendimentos emergenciais do turno e realização das visitas domiciliares para população da área adstrita da unidade.

Talvez a maior dificuldade encontrada por mim tenha sido em relação à constante falta de medicamentos e materiais básicos de trabalho, como papeis de consultório, material de curativo, etc. Nesse ponto, a Atenção Primária à Saúde (APS) no meu serviço está prejudicada, pois não se faz saúde só com consultas e exames, é necessário o material adequado de trabalho. Eu e a equipe tentamos não deixar essas situações refletirem no bom desenvolvimento do trabalho na unidade.

Para finalizar, posso dizer que eu, juntamente com a equipe com que trabalho, conseguimos nortear os campos da Saúde da Família, com os princípios que regem o SUS e a carta de direitos dos usuários, sempre com uma ou outra dificuldade, mas nunca desistindo.

1.2 Relatório Situacional em 30/05/2014

Estou alocada no município de Rio Preto da Eva, Estado do Amazonas. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total é de vinte e seis mil, novecentos e quarenta e oito habitantes (26.948), numa área de cinco mil, oitocentos e treze quilômetros quadrados (5.813) (IBGE, 2010). No município há sete UBS, sendo três urbanas e quatro rurais, todas são Estratégia Saúde da Família (ESF), não havendo nenhuma UBS tradicional.

Estou alocada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Drº Hamilton Cidade, tipo Estratégia Saúde da Família (ESF), urbana, localizada no Bairro da Paz, fazendo a cobertura da população deste bairro e do bairro Canaã com a equipe 08 e do Bairro Carlos Braga e Coqueiral com a equipe 10. O número de usuários cadastrados na área adstrita da UBS é de 4.159 pessoas, sendo 1023 famílias. Na equipe temos 12 ACS, 1 auxiliar administrativo, 3 dentistas, 2 enfermeiros, 1 médico, 1 nutricionista, 2 recepcionistas, 2 serviços gerais, 3 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de saúde bucal.

Detalhando a estrutura física, contamos com sala de triagem, farmácia, sala de pequenos procedimentos, sala de nebulização, sala de vacinação, sala de reuniões, cozinha, sala da esterilização, sala do material de serviços gerais, banheiro para funcionários, salas de atendimentos, além da recepção com cadeiras para todos as pessoas e bebedouro. Como positivo destaca-se a estrutura da unidade, com muitos ambientes. As goteiras ao longo da unidade, o forro desabando e as paredes infiltradas e com mofo são os aspectos negativos detectados.

No que diz respeito ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posso dizer que no momento a equipe está mais envolvida com palestras, não trabalhando ativamente na UBS, mas fornecem o apoio necessário a qualquer situação que for solicitada. O único membro do NASF que trabalha ativamente na minha UBS é a Nutricionista nos dias de terça-feira pela tarde, sendo os demais de acordo com as necessidades. No momento não contamos com os serviços do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O serviço de fisioterapia não é fornecido na UBS, ficando alocado em outros centros de atenção primária à saúde. Não há nenhum vínculo com instituições de ensino e/ou pesquisa, além de não haver nenhum estudo adequado do perfil demográfico da população da área adstrita.

Em relação às atribuições das equipes, como aspectos positivos destaco a boa vontade de trabalho e de obter melhorias no que está deficiente. Como dificuldade, destaca-se no momento o excesso de demanda para atendimento clínico de apenas uma médica, justamente por ainda não ter chegado a médica da equipe 08. Estou há três meses atendendo pelas duas equipes. Com isso o impacto sobre a população é muito negativo, uma vez que muitos usuários não conseguem seu atendimento com

maior rapidez, alguns até desistem. Infelizmente, nesse momento, é necessário priorizar alguns usuários em detrimento de outros, afinal apenas uma médica não consegue dar conta de duas áreas. Mas os que não são priorizados, por serem atendimento de rotina, por exemplo, são agendados.

Por haver excessiva demanda espontânea, é impossível para apenas uma médica atender, com isso há muita reclamação da população, principalmente quanto à demora em marcação de consultas. Comumente eu atendo até 20 usuários por turno, nunca além disso. Nesse contexto, o ponto positivo é que conseguimos resolver logo o problema de um usuário que necessita de ajuda, mas o ponto negativo é que aqueles que não conseguimos atender rapidamente saem reclamando e muitas vezes falando mal dos profissionais, inclusive na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

Outra situação complicada é a questão da insuficiência de medicamentos e de equipamentos de trabalho, além da ausência de manutenção dos poucos que existem. Nesse ponto posso destacar a ausência de calibragem da balança e do esfigmomanômetro, a ausência total de qualquer tipo de equipamento de comunicação e informática.

Em relação ao quadro de atendimento de médicos especialistas, no município houve uma melhora significativa. Há três semanas iniciaram os atendimentos de Ortopedia, Ginecologia e Ultrassonografia. Por outro lado, a estrutura do Hospital Estadual de Rio Preto da Eva encontra-se numa situação complicada, uma vez que só fica um médico de plantão para atender toda demanda hospitalar. Com esse sistema precário, está muito difícil trabalhar corretamente a referência e contra referência.

Também há outra situação agravante em relação ao hospital, a demora para se marcar e realizar exames complementares, além do fato de que muitos nem são realizados no município. Nesse ponto, o maior problema tem sido em relação aos exames das gestantes e dos diabéticos, pois muitos deles acabam ficando sem a rotina propedêutica necessária, afinal não tem acesso pelo Sistema Único da Saúde (SUS) e muito menos condições de pagar pela realização particular dos exames.

As consultas na UBS são agendadas e há o cronograma com o dia de atendimento de cada programa base do MS. Entretanto isso não impede que ha atendimento de outro tipo de demanda, logo, se faltar usuário agendado para o dia, sua

vaga automaticamente será destinada a outro que tenha aparecido buscando atendimento, independente desse atendimento ser ou não do programa específico da agenda do dia em questão.

Na puericultura os atendimentos realizados são concernentes ao crescimento e desenvolvimento, vacinação e diagnóstico e tratamento de problemas de saúde agudos. Os problemas quanto à média procura para esse tipo de atendimento tem sido resolvido vagarosamente, à medida que os ACS estão estimulando às mães a levarem seus filhos para o atendimento de rotina, para as campanhas de vacinação e orientam quanto aos casos de saúde agudos que podem ser resolvidos na UBS. Além disso, estão sendo realizadas palestras na recepção da unidade, afim de aumentar essa demanda. O protocolo adotado é do Ministério da Saúde. Não há registro específico e/ou monitoramento regular das ações. Percebi nesse mês de Maio uma maior procura para os serviços de puericultura. O total de crianças menores de um ano e residentes na área e acompanhadas na minha UBS corresponde a apenas 27% do previsto, em números são 24 crianças cadastradas de 88 previstas. Recentemente tivemos a campanha de vacinação contra Influenza, que teve grande procura pela população. A equipe também vacinou nas residências os impossibilitados de ir a UBS. .

Nas consultas de pré-natal são solicitados todos os exames e prescritas as medicações necessárias, além disso os exames físico, ginecológico e a estratificação de risco são realizadas em todas as gestantes. Orientações como realização de atividade física regular e alimentação adequada são feitas para todas. O protocolo adotado é do Ministério da Saúde. Não há registro específico e/ou monitoramentos das ações de saúde com as gestantes. A adesão da população de gestantes é grande, por outro lado, as consultas de puerpério são quase inexistentes. Tenho conseguido uma melhora de retorno das puérperas, nesse mês de Maio. Em relação aos itens do caderno de ações programáticas posso dizer que o total de gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS é de 50, correspondendo a 80% do previsto, o que é um excelente índice.

O rastreamento do câncer de mama e de colo uterino são realizadas rigorosamente na UBS. Há coleta da colpocitologia oncótica 4 dias da semana nos dois turnos. O agravante é o tempo que demora para chegarem os resultados, em torno de 3

a 4meses. As orientações sobre saúde da mulher têm sido realizadas na recepção da UBS, durante as consultas e nas residências, durante as visitas domiciliares. Em relação ao exame das mamas e realização de mamografia, posso dizer que as usuárias têm sido assiduamente examinadas e as com mais de 40 anos sempre saem com a solicitação da mamografia. O grande problema encontrado no meu município nesse aspecto também se refere à logística. Não está havendo realização da mamografia aqui, mesmo com o aparelho na cidade (mamógrafo), pois no momento não há técnico capacitado para operá-lo. O protocolo adotado na unidade é do MS e há registro específico apenas da coleta da colpocitologia oncótica, que é realizado pela apenas pela enfermagem.

Sobre o acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, destaco a assiduidade da população da área adstrita. As ações realizadas em relação aos usuários com hipertensão são atividade física em um ponto turístico da cidade e as consultas programadas na UBS, que englobam anamnese, exame físico geral e orientações quanto aos hábitos alimentares e estilo de vida saudável. O protocolo adotado pela UBS é do Ministério da Saúde. No momento tivemos uma melhora em relação à quantidade dos medicamentos, mas que não supre a demanda mensal. Não há registro específico nem monitoramento das ações.

As consultas dos idosos giram muito em torno daqueles com hipertensão e/ou diabetes, pois consulta de prevenção de doenças e promoção de saúde eles não marcam. O protocolo adotado é do Ministério da Saúde, não há registro específico e o monitoramento das ações em saúde do idoso ainda é inexistente. Todos os idosos que têm vindo consultar e ainda não possuem a caderneta do idoso já entram na minha sala com ela preenchida. A grande dificuldade da cobertura desse grupo é a baixa procura dos serviços de saúde por eles. Tentamos incentivar a busca pelo acompanhamento médico e abranger ao máximo esse grupo durante as visitas domiciliares, porém ainda estamos limitados quanto à cobertura.

Em relação à Saúde Bucal, simplesmente não foram encontrados dados registrados sobre essa parte da APS. Na UBS há consulta odontológica todos os dias da semana e nos dois turnos, são realizadas extração dentária e diagnóstico de

problemas agudos de saúde bucal. Os dentistas também realizam visita domiciliar com a equipe.

Como maiores desafios eu posso apontar a falta de ações programáticas na minha UBS. Acredito que deveria haver ainda mais palestras, campanhas, tudo no sentido de levar mais informação à população sobre promoção da saúde e prevenção de doenças. Em termos de recursos destaco a cobertura vacinal ampla e abrangente que temos no momento, inclusive sendo nossa UBS referência de vacinação no município, principalmente quando comparada às outras urbanas.

Em relação às mudanças ocorridas após o início da pós-graduação e com o preenchimento dos questionários e caderno de ações programáticas, posso destacar no momento que oriento mais durante o acolhimento (e não somente na consulta), tanto sobre a situação clínica quanto sobre o funcionamento dos serviços da UBS. Com isso, percebi que aumentou a demanda de consultas.

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

Após escrever esse relatório e reler a tarefa da segunda semana de ambientação, depreendo que minhas ideias estavam defasadas exclusivamente em relação às especificações que são solicitadas/exigidas para uma adequada estrutura de uma UBS. A UBS Drº Hamilton Cidade tem grande parte da estrutura necessária ao seu adequado funcionamento, entretanto está longe de ser completa e/ou perfeita.

Estamos agora tentando abranger toda população da área adstrita da UBS nos seus programas respectivos, deixando assim todos os usuários cadastrados no SUS e com as consultas na UBS em dias, preconizando como base os manuais do MS como referência nos atendimentos dos programas. Além disso, estamos nos estruturando para ampliar a oferta das ações à população. Esse é um diferencial em relação ao que estamos implementando agora e que não vinha sendo feito na unidade.

Antes da realização do relatório de forma sistematizada, as ações realizadas eram os atendimentos, nem sempre sendo transmitidas todas as orientações preconizadas pelos protocolos oficiais do MS; informes na recepção da UBS; agendamento das consultas sem, no entanto, ter solução para a demanda espontânea,

ou seja, simplesmente não havia acolhimento adequado, para que os usuários de prioridade fossem atendidos mais rapidamente. A equipe constatou que entro num ritmo de trabalho rotineiro sem perceber quantas ações estavam deixando de ser implementadas. Inclusive, na época em que respondíamos os questionários, a enfermeira gerente ficou surpresa com a quantidade e qualidade das perguntas acerca da unidade, mostrando tantas deficiências e ações ainda não realizadas pela equipe. Foi realmente revelador.

O minucioso preenchimento dos questionários deu clareza de tudo aquilo que é necessário ser modificado para se alcançar um serviço de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS). Talvez o fato da UBS ter sido adaptada em uma antiga residência, seja o problema precursor de diversas falhas na sua organização e estruturação, indo contrariamente ao que determina o Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família. Os pontos que destaco como falhas importantes para serem resolvidos, inclusive detectados após o preenchimento cuidadoso dos questionários, são ausência de (o):

- NASF atuante na UBS;
- Consultórios com sanitários;
- Escovário;
- Estrutura para receber deficiente cadeirante na UBS;
- Abrigo de resíduos;
- Ambiente destinado ao atendimento da gerência e administração;
- Depósito de limpeza e de lixo;
- Salas de esterilização, utilidades e lavagem com descontaminação de materiais;
- Iluminação natural adequada.

No mais, meu texto reflete a realidade ainda presente, que é a incansável boa vontade de trabalho da equipe, buscando as melhorias em qualidade e quantidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

A doença cardiovascular (DCV) é a maior causa de mortes no Brasil, causada por duas das comorbidades mais incidentes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM). A HAS é grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser o principal fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC). De forma isolada, HAS é responsável por 40% das mortes por AVC, 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) (Brasil, 2013a). Juntamente com o DM, atribui-se 50% dos casos de insuficiência renal crônica terminal, similarmente, o diabetes e suas repercussões podem gerar neuropatias e risco de amputações, especialmente em membros inferiores. Um adequado controle dos níveis pressóricos, seja profilaticamente, seja já na fase de tratamento, exige mudanças no estilo de vida. Tabagismo e etilismo são fatores de risco que devem ser desencorajados (Brasil, 2013b).

A UBS Dr^o Hamilton Cidade localiza-se na zona urbana e sua equipe multidisciplinar é formada por 12 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar administrativo, 3 dentistas, 2 enfermeiras, 1 médica, 1 nutricionista, 2 recepcionistas, 2 serviços gerais, 3 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de saúde bucal. De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a USF possui cadastradas 4158 pessoas, sendo 1023 famílias. De forma sucinta, essa composição de equipe não está suficiente para cobrir toda população da área adstrita da unidade. Lembrando-se do grave problema de haver apenas uma médica na unidade. No caso

dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, cujos números são muito expressivos, a dificuldade é ainda maior de ampliação da cobertura tanto com quantidade como com qualidade, embora não seja impossível.

A unidade atende a demanda de 4 microáreas, abrangendo uma população de 4158 pessoas, dos quais se estima que 632 sejam usuários com hipertensão e 136 com diabetes. O caderno de ações programáticas contabiliza que a cobertura é de 57% e 55% para os portadores de hipertensão e diabetes, respectivamente. Grande parte desse grupo de usuários tem boa assiduidade, retornando às consultas com os exames complementares, realizando dieta e atividade física de forma adequada, fazendo uso correto das medicações. Muitos consultam com a nutricionista, buscando sempre a melhor forma de acompanhamento de sua comorbidade. No momento a qualidade da atenção prestada à saúde desse grupo vem melhorando, à medida que muitas ações preconizadas pelos cadernos do Ministério da Saúde, e que não vinham sendo realizadas, começaram a ser implementadas, como exemplo, a busca ativa dos faltosos e priorização de atendimentos dos usuários de alto risco.

Dado o exposto acima, observa-se que é de suma importância que seja implementado na UBS Dr^o Hamilton Cidade um projeto de intervenção cujo objetivo seja a melhoria da saúde prestada aos usuários com HAS e/ou DM, Com isso, poder-se-ia evitar as possíveis complicações advindas dessas duas comorbidades tão incidentes no Brasil e no mundo, dada a importância das ações preventivas na APS para combater ou minimizar tais sequelas. Um dos aspectos a serem melhorados com a intervenção diz respeito ao controle da saúde bucal de forma rigorosa e de acordo com a periodicidade recomendada pela bibliografia de referência, às medidas educativas e preventivas do diabetes mellitus e hipertensão arterial e, por fim, à realização de exames necessários ao bom acompanhamento e de acordo com a periodicidade da bibliografia de referência. Além disso, observam-se outros agravos à saúde dessa população, os quais estão relacionados ao estilo de vida da comunidade, reforçando a necessidade desse projeto de promoção à saúde voltada para o público em questão.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- 1- Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 3- Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações.
- 5- Mapear os usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.2.3. Metas

Para o objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde;

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde.

Para o objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão;

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes;

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão;

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

Para o objetivo 3: melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ diabetes ao programa, as metas são:

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

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

Para o objetivo 4: melhorar o registro das informações, as metas são:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo 5: Mapear os usuários com hipertensão, de risco para doença cardiovascular, as metas são:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS Drº Hamilton Cidade;

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na UBS Drº Hamilton Cidade.

Para o Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão;

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes;

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

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão;

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes;

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão;

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

2.3 Metodologia

O presente projeto de intervenção teve como primeira ação o levantamento do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na área adstrita da UBS, através dos dados do SIAB. Além disso, foram revisados os prontuários, buscando identificar os usuários que deveriam ser excluídos do programa por algum motivo, por exemplo: mudança de área, diagnóstico inadequado, óbito. Por outro lado, novos usuários diagnosticados, que ainda não estivessem registrados no SIAB, deveriam ser cadastrados, a fim de melhorar as ações de promoção da saúde destinadas ao público portador de HAS e/ou DM. Com isso será possível qualificar a atenção preventiva no que diz respeito aos agravos secundários dessas comorbidades crônicas e degenerativas.

Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido no município de Rio Preto da Eva, à 79 km da capital Manaus. A UBS de intervenção está localizada no bairro da Paz, identificada pelo nome Unidade Básica de Saúde Drº Hamilton Cidade. Estão cadastrados na área de abrangência 632 usuários com hipertensão e 136 usuários com diabetes. A ação será realizada por toda a equipe e cada membro

receberá suas atribuições dentro do processo de trabalho, afim de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

A intervenção ocorrerá por um período de 12 semanas, em que deverão ser implementadas as ações voltadas ao monitoramento e avaliação do processo de trabalho, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações serão relacionadas a ampliação de cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Os temas abordados se referem à melhoria da adesão dos usuários ao programa, melhoria da qualidade do atendimento destinado a esses usuários, melhoria do registro das informações e promoção da saúde.

2.3.1 Ações

Para o Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

Metas 1 e 2: ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão em 80% e com diabetes em 80%, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários cadastrados no programa através de revisão das fichas-espelho e dos prontuários, através da revisão dos prontuários e fichas espelhos, uma vez por semana, após os atendimentos, preferencialmente no final de expediente da tarde.

2. Organização e gestão do serviço: Cadastrar a população de usuários da área adstrita na ficha-espelho disponibilizada pelo curso pelos ACS e técnicos de enfermagem, o que será realizado todos os dias e em todos os turnos de atendimento, necessitando de capacitação da equipe para o correto cadastro dos usuários. Priorizar o atendimento a esses usuários, buscando agendá-los, embora, seja possível a livre demanda, através da organização das marcações de consulta dos usuários desse projeto de intervenção para o mesmo dia, deixando sempre fichas disponíveis para livre demanda deles, todos os dias de atendimento e em todos os turnos.

3. Engajamento público: Informar a comunidade sobre o Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes e quais os seus benefícios com palestras e de forma individual, através das palestras realizadas na sala de recepção da

unidade de saúde e para a comunidade, usando de recursos audiovisuais sempre que possível, distribuindo ainda panfletos didáticos e explicativos na comunidade.

4. Qualificação da prática clínica: Realização de palestras/reuniões, para capacitar a equipe no acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes para padronização das ações na unidade conforme os protocolos utilizados para a intervenção os Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) e *Diabetes Mellitus* (nº 36) do MS (2013), através de reuniões previamente agendadas com a equipe, a serem realizadas na UBS, antes dos atendimentos da manhã, preferencialmente.

Para o Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

Metas 1 a 8: realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, garantir a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes através das fichas espelho, capacitando a equipe para correta realização dele, de acordo com o protocolo adotado na unidade e fazendo semanalmente a revisão das fichas espelho e prontuários dos usuários do projeto; monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde através das fichas espelho, através da revisão semanal das fichas espelho no final do expediente de um dia da semana; monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, através do receituário de dupla via, que será retido e registrado no livro de saída dos medicamentos, além da solicitação dos medicamentos junto a secretaria municipal de saúde, com quantidade adequada para atender à população durante todo mês.

2. Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, em reunião a ser realizada e previamente agendada com a equipe de acordo com a disponibilidade de horário da maioria e todos concordando com suas funções, podendo haver trocas de função se for necessário; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, reservando sempre um horário para reunião com a equipe, de 1 hora de duração, uma ou duas vezes por semana nas três primeiras semanas da intervenção; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, solicitando à secretaria municipal de saúde a impressão dos protocolos; Garantir a solicitação dos exames complementares, solicitando a secretaria de saúde o fornecimento de quantidade adequada de guia de exames; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, através de acordo entre a gestão e o laboratório local, estabelecendo-se uma prioridade na marcação e liberação dos resultados dos exames dos usuários desse projeto; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde, através de relatórios semanais a serem realizados pela enfermeira gerente sobre as necessidades da unidade, e devidamente encaminhados a coordenadora da atenção básica do município.

3. 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 a sua devida periodicidade e quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, através de palestras a serem realizadas na unidade básica para a população da área adstrita, antes dos atendimentos iniciarem.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realização de exame clínico apropriado e orientação da população quanto ao fornecimento dos medicamentos do hiperdia, através das reuniões/capacitações a serem realizadas nas primeiras três semanas da intervenção, devidamente pré-marcadas e combinadas com

a equipe e em horário que não atrapalhe os atendimentos agendados da população, com duração de uma hora.

Para o Objetivo 3 - Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa:

Metas 1 e 2: buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, através da revisão semanal dos prontuários e fichas espelho.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos, organizando a agenda para poder acolhê-los, utilizando às 8h destinadas as atividades dessa pós-graduação (dia em que não há atendimento clínico na unidade), assegurando ainda vagas extras na agenda de atendimento para esses usuários faltosos, além de capacitar os ACS para realizarem busca ativa dessas pessoas.

3. Engajamento público: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, além de explicar a sua importância; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Para isso serão necessárias ações de palestras para comunidade, tanto na área da unidade quanto externamente em local apropriado.

4. Qualificação da prática clínica: Treinar os ACS para a orientação dos portadores de hipertensão e/ou diabetes quanto a realização das consultas e sua periodicidade, através das capacitações a serem realizadas nas três primeiras semanas da intervenção, em horário devidamente combinado com a maioria da equipe, com duração de uma hora.

Para o Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

Metas 1 e 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde, através das fichas espelho, revisando-as semanalmente, assim como revisando os prontuários após os atendimentos do dia.

2. Organização e gestão do serviço: definir, na primeira reunião a ser realizada na unidade com toda equipe, responsável por manter atualizados os sistemas SIAB/SISAB (em período de transição) e registro específico de cada usuário, acompanhando possíveis atrasos na realização de consulta de acompanhamento, realização de exame complementar, realização de estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, através de capacitação da enfermeira gerente para realizar tal função, assim como da médica, por meio da revisão de prontuários e cadastros, em horários após os atendimentos do dia.

3. 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, através dos informes na recepção a serem realizados sempre antes do atendimento do turno.

4. Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, capacitando a equipe da unidade de saúde para os adequados registros dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Isso será feito nas reuniões a serem realizadas na unidade básica em horário e dia devidamente combinados com a equipe.

Para o Objetivo 5 - Mapear os usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular:

Metas 1 e 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através da revisão de prontuários e fichas espelho.

2. Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda, através do agendamento das consultas desse grupo, ao saírem da consulta atual, sempre deixando vaga na agenda para a demanda espontânea.

3. Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer a eles e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física), durante as consultas e palestras a serem realizadas na sala de espera da unidade.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, durante as reuniões/capacitações de equipe a serem realizadas na unidade em dias previamente agendados com a equipe da unidade, utilizando o protocolo de referencia que estará disponível na unidade.

Para o Objetivo 6 - Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes:

Metas 1 a 8: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes orientação nutricional, orientação em relação à prática de atividade física regular, orientação sobre tabagismo e higiene bucal, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e/ou diabetes com o dentista, monitorar a realização de orientação nutricional, além das orientações acerca de tabagismo, higiene bucal e prática de atividade física regular, através do adequado preenchimento das fichas espelho e prontuários, além da revisão semanal de ambos.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes,

deixando sempre um dia destinado ao atendimento desse grupo, com prévio agendamento, além de deixar a ficha extra para os usuários de demanda espontânea; estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, explicando à população quais são os casos de prioridade de atendimento; demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários, através da disponibilidade, pela gestão, dos profissionais nas unidades, além de equipamentos odontológicos adequados; 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 antitabagismo, levando orientação à população sobre a forma de alimentação adequada, através de palestras na comunidade e na recepção da unidade; reunindo com a gestão local para solicitar apoio logístico quanto à realização de atividades coletivas em local apropriado na cidade e solicitar o compromisso com a população tabagista, para conferir condições de abandono do vício.

3. 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, incentivando a população a pedir que façam valer seus direitos como cidadãos; orientar os portadores de hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, capacitando a equipe da unidade para informar a população, além de promoção de palestras pela equipe para levar informação à população da área adstrita.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do portador de hipertensão, sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular e para o tratamento dos tabagistas, usando meios audiovisuais para realizar tais capacitações/reuniões com a equipe em horários e dias oportunos,

devidamente marcados, com duração de uma hora e antes dos atendimentos dos usuários do turno.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores são os principais parâmetros para avaliar as condições de saúde em uma área geográfica e em períodos delimitados, de forma regular. São eles:

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde;

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência e acompanhados na unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão;

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes;

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

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5. Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6. Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.7. Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 2.8. Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativos ao objetivo 4: melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção dos usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1. Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão

Indicador 6.1. Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes, serão adotados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*, 2013. Como instrumentos, serão utilizados prontuários e fichas espelho confeccionadas pela pós graduação, pois não há modelo padrão no município. A ficha espelho contempla a coleta das informações necessárias para o acompanhamento dos usuários. Estimamos alcançar com a intervenção uma cobertura de 80% de usuários com hipertensão e/ou diabetes, o que significa 506 usuários com hipertensão e 125 com diabetes.

A análise situacional e a determinação do foco já foram discutidos com a equipe. Assim, a intervenção irá começar com capacitação da equipe acerca dos protocolos, de forma que estes sejam as referências utilizadas. Essa capacitação ocorrerá na sala de reunião da UBS, antes e/ou após os atendimentos, com duração de 1 hora. Será solicitado da gestão municipal que disponibilize 700 fichas espelho.

Para adequado monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira irão examinar semanalmente, na unidade de saúde, as fichas espelho e/ou os prontuários das pessoas cadastradas. Ao final de cada semana, as informações coletadas nas fichas espelho serão transpassadas para a planilha de coleta de dados. Assim será possível monitorar a cobertura da intervenção, contando quantos usuários já estão cadastrados. Além disso, ficará mais fácil monitorar a qualidade da atenção, uma vez que ações como realização do exame clínico, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos da farmácia popular são itens contemplados na ficha espelho como realizados ou não, além da datação da última consulta, item relacionado a adesão.

Para monitorar a qualidade dos registros, basta o preenchimento das fichas ser checado criteriosamente. O número de usuários com realização de estratificação de

risco cardiovascular também pode ser contabilizado pela ficha espelho, destinando 4 vagas por dia para o atendimento prioritário desse grupo. Por fim, todas as orientações em relação à promoção da saúde estão devidamente registradas se foram ou não realizadas na ficha espelho, cabendo à equipe realizar as que ainda não foram, na próxima consulta do usuário.

Em relação à organização e gestão do serviço, serão solicitados da gestão, através de documento assinado pela enfermeira gerente e médica, os itens necessários à adequada realização da intervenção (glicosímetro, esfigmomanômetro, guias, fita métrica, etc). Em reunião a ser realizada na UBS antes do horário de início dos atendimentos, na sala de reuniões, com toda equipe, serão definidas as atribuições de cada membro durante a intervenção.

O acolhimento será realizado todos os dias pelos membros da equipe, na recepção da unidade. O controle do estoque de medicamentos, assim como sua necessidade, serão de responsabilidade da enfermeira gerente, que utilizará a segunda via das prescrições para o controle de saída como fonte de dados, quando os usuários à unidade aviarem suas receitas na unidade. As visitas domiciliares serão realizadas por toda equipe, semanalmente, na área adstrita da unidade, assim como as buscas ativas, organizando a agenda para atender essa demanda num período máximo de 5 dias.

Para melhorar o registro das informações a enfermeira será responsável por enviar, semanalmente para secretaria municipal, os dados dos usuários do programa. A estratificação de risco cardiovascular será realizada pela médica durante as consultas na unidade ou visita domiciliar, pelo menos uma vez ao ano, utilizando o Escore de Framingham e reservando espaço na agenda da unidade para atendimento dessa demanda. As ações de promoção da saúde incluem organização de práticas coletivas para população, a serem organizadas por toda equipe e realizadas ao ar livre pelo menos uma vez por semana, com objetivo de ensinar e/ou treinar os usuários quanto a sua corresponsabilidade com seu tratamento. A técnica de saúde bucal será responsável por organizar semanalmente a agenda do dentista na unidade para atendimento desse grupo.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção, realizado na Unidade Básica de Saúde Drº Hamilton Cidade, tem como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área adstrita da unidade. Ao longo das últimas 12 semanas, as atividades foram realizadas buscando seguir criteriosamente o cronograma estabelecido e as ações preconizadas na planilha OMIA.

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

As ações relacionadas ao monitoramento da intervenção foram realizadas durante doze semanas e/ou a cada consulta, a depender da ação específica, dando parâmetros de melhor abordagem da intervenção, se necessário. O monitoramento da quantidade de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no projeto, através de revisão das fichas espelho e dos prontuários, foi ação realizada integralmente, em todas as semanas, sem dificuldades. Dessa forma, ficou mais fácil realizar busca ativa dos faltosos, melhorando a adesão dos usuários na unidade de saúde, assim como facilitou o crescente número nos cadastros deles durante a intervenção. É extremamente trabalhoso checar prontuários, pois são dezenas; por outro lado, muito prazeroso fazer um bom trabalho e melhorar a qualidade de vida de pessoas com comorbidades tão significativas no panorama das doenças não transmissíveis.

Outro aspecto importante relacionado à revisão de prontuários foi que pudemos retirar os dos usuários falecidos e daqueles que saíram da área de abrangência da unidade de saúde. Uma facilidade a ser apontada foi que nas semanas

em que houve muito atendimento nos turnos (manhã e tarde), inviabilizando o monitoramento da intervenção ao fim do dia, foi utilizado o horário destinado às atividades da pós-graduação, no qual não há atendimento médico na unidade e o especializando utiliza o tempo de acordo com suas necessidades na pós-graduação. A equipe me ajudou também quanto a guardar os prontuários de volta no devido lugar, sempre um em cada vez, pra ninguém se sobrecarregar.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia é o “calcanhar de Aquiles”. Simplesmente porque praticamente não há medicamentos no município. A quantidade de medicamentos que chegam à unidade é pequena, por isso, muitos usuários ficam sem seus medicamentos. Esse problema ainda não foi solucionado, enfermeira e eu fizemos quatro reclamações para a gestão sobre o assunto, tanto verbalmente como através de ofícios, mas o problema continua. Já fiz pessoalmente reclamação com a supervisão regional, mas nada ainda foi feito de fato para melhorar nosso estoque de medicamentos. Dessa forma, ficamos sem saber o que fazer para contornar essa problemática. Temos instruído os usuários a aviarem suas receitas na Farmácia Popular da Capital, onde são gratuitos e dificilmente faltam.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde é algo feito na medida do possível. O registro das necessidades existe, até porque é muito simples de fazer, entretanto o controle do estoque não existe, uma vez que não há estoque na UBS. Essa ação sempre ficou sob a responsabilidade da enfermeira gerente, mas a médica e os técnicos também foram capacitados para tal função. Esse fator dificulta muito o controle de comorbidades como hipertensão e diabetes. Foi uma grande dificuldade pela qual passamos na unidade, entretanto conseguimos contornar ensinando os usuários que podem pegar os medicamentos, e sem pagar, na farmácia popular de Manaus (capital).

A checagem das fichas espelho e prontuários também favorece e facilita bastante a detecção dos faltosos e daqueles que estão com alguma ação ainda não realizada. Assim, ficou fácil monitorar: realização de exame clínico apropriado, os que estão com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada, o cumprimento da

periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), a qualidade dos registros dos que são acompanhados na unidade de saúde, os que estão com pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de consultas periódicas anuais com o dentista, a realização de orientação nutricional aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, a realização de orientação para atividade física regular, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.

Naturalmente, realizar todas as tarefas acima para todos os usuários é algo que dá trabalho; entretanto, através da realização de palestras e durante as consultas, foi possível orientar todos os usuários. Começamos a separar os usuários por grupos. Por exemplo, no dia típico de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos, palestramos os temas importantes para estes usuários. Fizemos todas as orientações do protocolo, tiramos dúvidas, explicamos as consequências possíveis de uma hipertensão ou de um diabetes mal controlados.

Dessa forma ficou mais fácil abordar todos os usuários e com isso ganhar um pouco de tempo nas consultas, uma vez que eu não preciso repetir as mesmas orientações para todos durante as consultas individuais. As particularidades de cada usuário são discutidas na consulta individual.

De dificuldade posso citar que muitas vezes alguns reclamam que querem logo que eu comece a atender, porque já querem ir embora, ou porque estão com fome. Aí eu preciso parar e explicar para essas pessoas a importância do meu trabalho ali e o quanto é importante que eles conheçam as suas comorbidades. Também posso citar como dificuldade o fato de ter que abordá-los na sala de espera da recepção, uma vez em que há entra e sai de pessoas a todo momento, até mesmo falando alto na recepção.

Na unidade há uma sala de reunião, entretanto não levamos os usuários para lá porque o ar condicionado está quebrado, logo seria muito desconfortável para eles. E pelo fato de estarmos sempre na recepção dando informes e fazendo palestras, também tornou-se mais dinâmico e rotineiro o acolhimento para esse grupo. A enfermeira gerente e o corpo de técnicos também o fazem com frequência.

Em relação às ações de garantir o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e

para realização do hemoglicoteste, posso dizer que nem sempre é tão fácil, uma vez que essa ação depende muito da gestão local para ser adequadamente realizada. Esses materiais são disponibilizados para unidade, nem sempre pela gestão, às vezes por doação de laboratórios ou distribuidores locais. Então aqui aponta-se a dificuldade de que também não há o abastecimento adequado do material necessário na quantidade suficiente. O que mais falta é a fita para realização do hemoglicoteste.

As ações de definição de atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, organização das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecimento da periodicidade para atualização dos profissionais, foram ações realizadas na primeira semana, sem maiores dificuldades, na sala de reunião da unidade básica. Tivemos na primeira reunião de apresentação do projeto a determinação de todos os passos acima citados. Não houve problema porque ninguém sentiu-se sobrecarregado, afinal não estávamos fugindo de uma rotina. O calor local talvez possa ser apontado como uma dificuldade à realização das reuniões e/ou capacitações, uma vez que a sala de reunião estava com o ar condicionado quebrado durante toda a intervenção. Porém, nada que não pudesse ser suportado. Em relação a dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, posso apontar como dificuldade o fato de que a gestão local não pode imprimir materiais que não sejam para uso na secretaria, então tive que fazer essa impressão por conta própria.

Em reunião com a gestão na primeira semana da intervenção, foi apresentado o projeto, assim como foi solicitado o que precisávamos de suporte para realizar a intervenção. Garantir com gestor a solicitação dos exames complementares e agilidade para sua realização foi uma das pautas mais importantes, tendo em vista que é uma problemática enorme no município. O que foi dito é que estão trabalhando nessa melhoria. Até o momento não temos resultados de melhora, pelo contrário, alguns exames estão deixando de ser realizados no município, a exemplo da ultrassonografia. Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados, também sem sucesso. Já houve dias em que não tinha solicitação de exames na minha mesa, além de que os exames têm demorado de 1 a 3 meses para serem realizados a contar da data de marcação dos mesmos. Então esse problema não conseguimos contornar,

porque infelizmente depende da administração. Com essa dificuldade, decidimos começar a orientar as pessoas a realizarem os exames na capital, por ficar perto do município e pela facilidade de fazer os exames em determinado hospital sem marcação prévia. Tem dado certo em quase todos os casos. Toda equipe foi orientada a dar essa opção aos usuários. Assim conseguimos contornar próximo de 100% dos casos.

As ações de manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros são e sempre foram ações administrativas, logo ficaram a cargo da enfermeira gerente. Na verdade isso já era feito de forma adequada, então aqui não houve dificuldade, exceto quando não temos na unidade os formulários específicos de cadastro, mas logo são repostos. Por outro lado, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, na realização de estratificação de risco, na avaliação de comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação da doença, são rotinas do atendimento que devem ser checadas a cada consulta, além de que a revisão da ficha espelho e do prontuário do usuário também permite que os casos mais dedicados sejam acompanhados bem de perto. O maior meio facilitador de acompanhamento dessas situações é a ficha espelho, com certeza. Não tenho dificuldades para apontar nessas situações.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda é algo que também já ocorria antes, porque foi implementado desde Março que usuários de alto risco ou com agravos de saúde sempre teriam prioridade. Ainda elaborei recentemente uma espécie de “agenda vermelha” para meu uso pessoal, onde eu anoto os casos que merecem ser reavaliados com mais critério, mais de perto, assim como anoto telefone dos usuários para um contato mais fácil, caso necessário.

A dificuldade encontrada foi em relação à população, pois muitos reclamaram que outros passavam na sua frente, simplesmente não querem saber se o outro tem agravo de saúde que lhe permita prioridade, só querem mesmo é ser logo atendidos. Estamos contornando esse problema na recepção após o acolhimento dos usuários e

com as palestras informativas. Percebemos que ir atrás de usuários que sejam de alto risco nas visitas domiciliares melhorou o contato desses com a UBS, ampliando a margem de confiança e credibilidade dos profissionais da unidade para com o usuário, fazendo assim com que ele seja sempre adepto ao correto acompanhamento clínico.

A organização da agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, assim como demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estas pessoas não foi necessariamente uma ação realizada, uma vez que essa organização do serviço de odontologia já existia na unidade e a equipe de saúde bucal é muito organizada e competente. A dificuldade de atendimento ocorre apenas quando algum aparelho quebra, quando falta material, nada além disso.

A organização de práticas coletivas para orientação sobre alimentação saudável e de atividade física, além de demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas já é um programa que já existe no município. Ocorre nas terças e quintas de manhã em um belo ponto turístico da cidade. A equipe de nutrição oferta geralmente uma palestra curta, sempre com temas diferentes, em seguida a equipe de educação física realiza suas atividades com o grupo. A dificuldade ocorreu devido às chuvas frequentes e fora de época na época de Setembro para Outubro.

As ações de palestras para comunidade, seja no ambiente interno, seja no externo da UBS, foram de grande valia para uma maior adesão da população. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde de referência e informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente foi um dos pontos mais importantes para aumento da demanda na unidade, especialmente de jovens. Essa ação refletirá no futuro em boa educação e orientação em saúde dos adultos, que hoje são os adolescentes que se interessaram pelo assunto.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, sobre seus direitos em relação

a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário foi um seguimento, na verdade, daquilo que já era feito. Esses informes foram realizados das mais diversas formas possíveis, não havendo dificuldade, até porque um grande veículo de disseminação da informação do serviço de saúde é a própria sala de recepção da unidade, além dos agentes comunitários de saúde que estão “em campo” frequentemente fazendo esse papel.

Houve um grande fluxo de usuários para unidade, inclusive de usuários que há meses não apareciam. Foi um ponto muito positivo essa nova divulgação das atividades da unidade. Não conseguimos, equipe e eu, apontar dificuldades nessas ações, uma vez que toda equipe ficou a cargo da divulgação de informações para comunidade, tanto na UBS quanto na parte externa da unidade, especialmente durante as visitas domiciliares. As palestras para comunidade também serviram muito para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Isso também sempre foi explicado em consulta e realizado no consultório, sem dificuldades.

A orientação quanto à necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares, quanto ao nível de risco do usuário e à importância do acompanhamento regular, esclarecendo ainda quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis e orientando sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular são ações facilmente desenvolvidas durante as palestras na UBS e durante as consultas na unidade ou domiciliar. Toda equipe faz esse trabalho na unidade, durante a triagem, inclusive. Não temos como apontar dificuldades em relação a isso. Pois a população observa muito atentamente tudo que temos para lhe falar.

A parte de capacitação dos agentes comunitários de saúde foi muitíssimo prazerosa e fácil, porque ninguém estava aprendendo do zero, mas sim revisando algo que já sabiam. Capacitar a equipe para o cadastramento dos usuários do foco da intervenção de toda área de abrangência da unidade de saúde e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, além de treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do portador

de hipertensão e/ou diabetes foi bem simples de ser feito, exceto pelo fato de que no início alguns se perdiam ainda com alguns dados, mas depois ficou rotineiro e fácil.

A capacitação para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos foi algo realizado em uma das primeiras reuniões, também sem dificuldades, exceto por não termos tamanhos pequenos de manguito na unidade. Aponto como dificuldade o fato de que os ACS não tem material para utilizar fora da unidade, o que é uma grave falha da gestão. Com isso, o usuário só tem a oportunidade de ser monitorado se for até a unidade.

A capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizando estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, explicando ainda as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e para a avaliação e tratamento bucal da pessoa com hipertensão e/ou diabetes é que deu um trabalho maior, pois realmente não eram muito habituados com isso, mas nós revisamos bastante os assuntos, inclusive nas capacitações de outros dias.

As capacitações em relação à importância do registro de todas as avaliações, assim como sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de atividade física regular foi bem dinâmico. A equipe já tinha tido esse tipo de capacitação esse ano, realizada pela gestão, foi uma boa troca de ideias entre nós, com isso o usuário ganha muito. Facilitou muito o fato de eu ter um Datashow particular, pois solicitei o da secretaria, mas não estava disponível tão fácil e rápido, porque muitos precisam usá-lo, então tive que buscar o meu na capital, mas nada que dificultasse o bom andamento das capacitações. Não houve dificuldade, também, porque a equipe é esperta, além do mais, frequentemente revisamos pontos fundamentais do bom andamento da intervenção.

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

Orientar os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, capacitando a equipe para o tratamento dos tabagistas foi

ação devidamente realizada. Entretanto, demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" foi a única ação a não ser realizada, uma vez que julgamos até um luxo tentar implementar tratamento antitabagismo num local em que falta o básico para o tratamento e acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. Oriento os usuários sobre abandonar o cigarro, tanto durante as palestras, quanto durante as consultas, mas sei que fica difícil se eles precisam sair de sua cidade para buscar mais apoio nesse sentido.

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

Não encontramos dificuldades em coletar ou interpretar os dados. As planilhas com seus indicadores são claros, e as planilhas do projeto mostram uma evolução crescente, não somente em qualidade, mas em quantidade também. Além disso, os gráficos são gerados automaticamente, assim como os indicadores. A nós da equipe restou observá-los e interpretá-los. Nas primeiras semanas tivemos dificuldade em relação à planilha, o que se deveu por falta de atenção para com o preenchimento dos espaços da planilha. Os indicadores mostraram uma evolução crescente de qualidade e quantidade e, principalmente, do número de usuários cadastrados no projeto, assim como evolução dos indicadores de todas as ações propostas no projeto.

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

A análise da incorporação das ações à rotina da unidade mostra um sucesso absoluto. Acredito que isso se dá ao pulso firme que a enfermeira gerente tem com todos os funcionários. Uma pessoa que desde o início implementou um trabalho didático e correto, estimulando os funcionários a seguir o caminho correto no seu trabalho, com certeza é uma forte aliada da intervenção. Estamos trabalhando na unidade o mesmo tempo, logo temos a mesma postura em relação aos serviços da unidade. Acredito que as intervenções anteriores e a de agora conseguirão se manter,

devido ao pulso firme da gerente. Hoje temos 3 intervenções em andamento na unidade, 2 sendo solidificadas por terem sido realizadas no ano anterior e descontinuadas no quesito que se refere ao controle total, até com fichas espelho. A outra é a de hipertensão e/ou diabetes, que iniciou de fato esse ano e vem sendo implementada com sucesso. Então, ficarão 3 projetos devidamente implementados e que certamente terão continuidade com os próximos médicos que vierem pra unidade, uma vez que a parte mais difícil do trabalho já foi feita, a implementação. Agora é só os próximos continuarem aquilo que fizemos e estamos fazendo no dia a dia. Vejo que os aspectos que necessitam ser melhorados para que a intervenção se perpetue de forma mais adequada é a reposição dos medicamentos em quantidade e qualidades suficientes, assim como a realização de todos os exames necessários para o bom acompanhamento do usuário com hipertensão e/ou diabetes, assim como gestantes e crianças. Enquanto não pudermos oferecer medicamentos e exames com maior rapidez, muitos usuários continuarão ficando dispersos da UBS, favorecendo assim a descontinuação de qualquer projeto. O mais importante é que conseguimos deixar com essa equipe, uma boa prática clínica para melhorias no atendimento da população.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS Drº Hamilton Cidade.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na faixa etária de 20 anos ou mais. Na área adstrita à UBS existem 632 pessoas com hipertensão e 156 com diabetes nesta faixa etária. Dentre esses, 525 com hipertensão e 145 com diabetes realizaram suas consultas durante a intervenção, perfazendo uma porcentagem de 83,1% e 92,9% de cobertura de atenção, respectivamente.

Os motivos que levaram aos excelentes percentuais de cobertura foram a seriedade e presteza da equipe, o envolvimento e dedicação de cada um para que pudessemos alcançar esse resultado com a população. As ações que facilitaram a melhoria desse indicador foram visita domiciliar, buscas ativas, palestras na recepção e para a comunidade.

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados no programa 124 usuários com hipertensão e 41 com diabetes, o que significa 19,6% e 23,6% de cobertura. No segundo mês foram 353 hipertensos e 84 diabéticos, num total de cobertura de 55,9% e 53,8%. Por fim, no último mês da intervenção foi alcançado o resultado de 525

usuários com hipertensão e 145 com diabetes cadastrados e acompanhados durante a intervenção, perfazendo o total de 83,1% e 92,9% ao fim da intervenção.

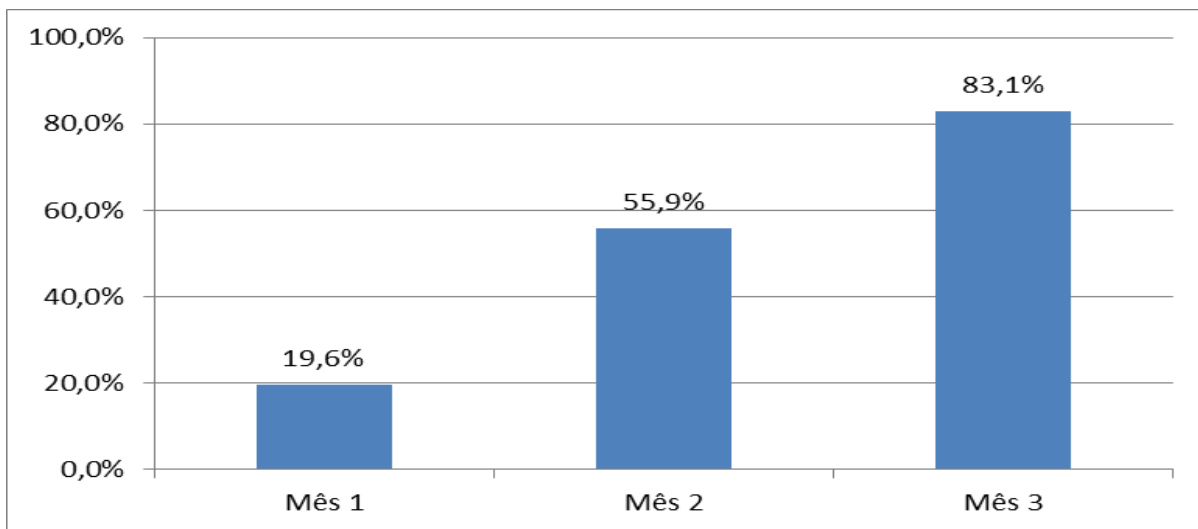


Figura 01: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

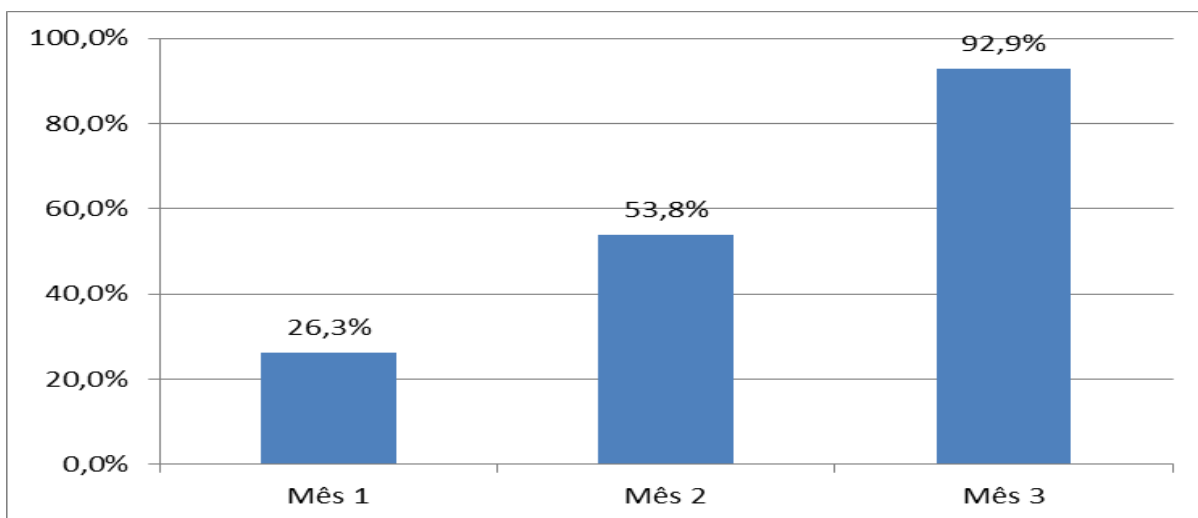


Figura 02: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.1: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado de 124 usuários com hipertensão e 41 com diabetes, com um total de 100% de cobertura dessa ação. No segundo mês foi mantida a cobertura de 100%, sendo que o número de atendimentos foi de 353 e 84, respectivamente. O terceiro mês da intervenção finalizou com atendimento e realização de exame clínico de 525 pessoas com hipertensão e 145 com diabetes, também com total de 100% para ambos.

Os aspectos do cálculo do indicador que contribuíram para interpretar os resultados foram observar durante a intervenção que sempre havia o total de 100% de exames clínicos realizados, demonstrando que nenhum usuário deixou de ter essa ação realizada e constatando o empenho da equipe em realizar o mais importante de uma consulta de qualquer usuário, a anamnese e o exame físico.

As ações que facilitaram a melhoria desses indicadores foram a presença do protocolo na unidade e o empenho da equipe em segui-lo de forma contributiva às ações da intervenção. Além disso, as capacitações realizadas com a equipe puderam deixar médica, enfermeira, dentistas e técnicos de enfermagem aptas ao adequado exame físico dos usuários, contribuindo para o resultado alcançado nos indicadores.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 122 pessoas com hipertensão e 38 com diabetes estavam com os exames complementares em dia, num total de 98,4% e 92,7% de cobertura, respectivamente. No segundo mês 347 com hipertensão e 84 com diabetes estavam com os exames complementares em dia, um total de 93,2% e 89,3%, respectivamente. O terceiro mês da intervenção finalizou com 95% dos usuários com hipertensão com exames complementares em dias e 93,1% dos usuários com diabetes, o que em números corresponde a 499 e 135, respectivamente.

Os aspectos do cálculo do indicador que contribuíram para interpretar os resultados foram observar durante a intervenção que sempre havia um ótimo percentual, bem próximo de 100% de exames complementares realizados, demonstrando que poucos ainda estavam sem esse seguimento importante e que exigiam, por isso, um olhar mais cuidadoso sobre a realização dos mesmos, impondo a revisão das fichas espelho como importante instrumento de filtrar os que “deviam resultados”.

Os motivos para o excelente resultado final de 95% de usuários com hipertensão e 95,1% com diabetes, com exames complementares em dia, foram a existência de um serviço de laboratório que proporciona esses resultados em tempo razoável. Das ações que facilitaram a melhoria desse indicador o destaque é para a realização das palestras na recepção para conscientização da importância da realização dos exames complementares em dia, além da disponibilização das solicitações de exames pela secretaria municipal local, de acordo com as necessidades.

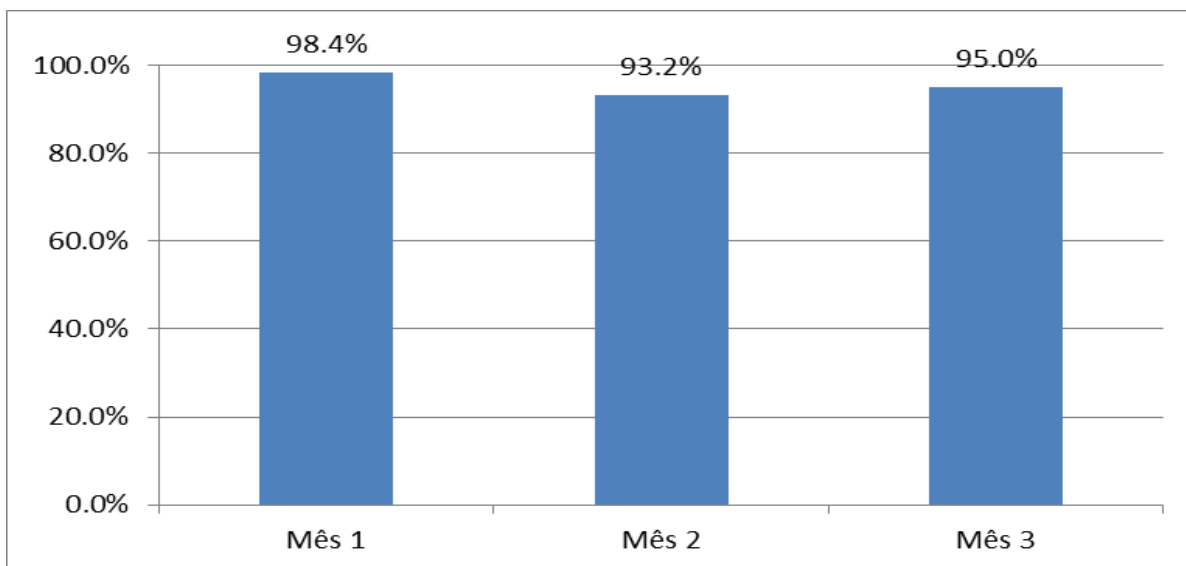


Figura 03: Gráfico indicativo da proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

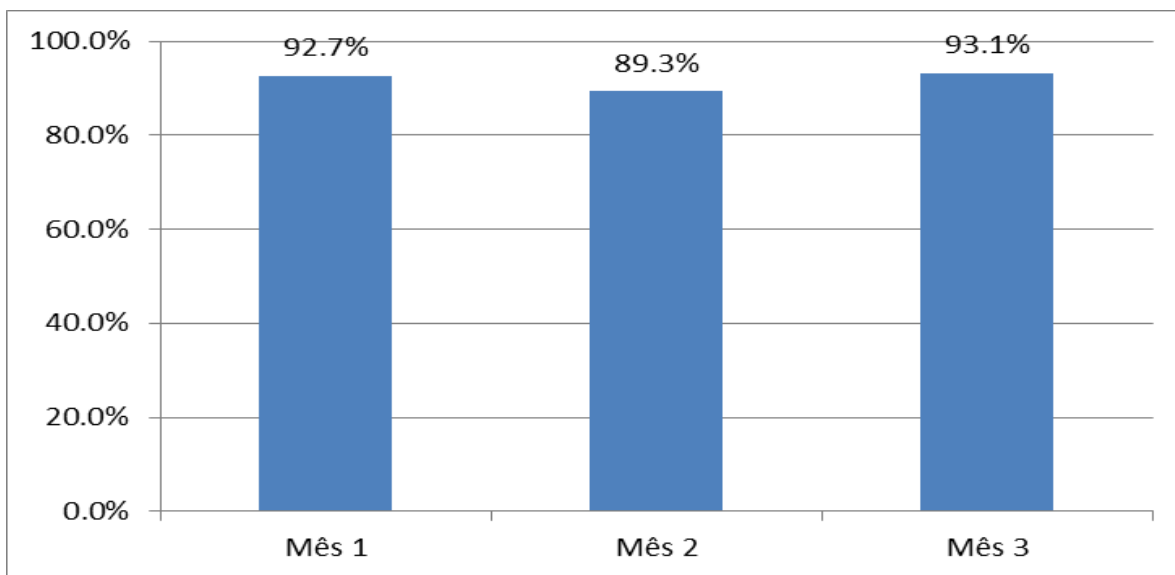


Figura 04: Gráfico indicativo da proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Durante a intervenção, no primeiro mês foram 122 prescrições para usuários com hipertensão e 41 para usuários com diabetes. No segundo mês foram 347 e 84 prescrições, para usuários com hipertensão e diabetes, respectivamente. No terceiro mês foram 519 prescrições para as pessoas com hipertensão e 145 para as pessoas com diabetes.

Os aspectos do cálculo do indicador que influenciam na forma de interpretar o resultado é observar que 100% dos usuários tiveram a prescrição com medicamentos da farmácia popular, demonstrando que não houve necessidade de se utilizar fármaco não disponibilizado pelo SUS.

As ações que facilitaram a melhoria desse indicador foram a disponibilização de receituários pela secretaria municipal de saúde local. Como ponto dificultador para o acesso dos usuários a esses medicamentos, cita-se a falta e/ou escassez dos medicamentos nas farmácias do município, havendo a necessidade dos usuários buscarem seus medicamentos na capital.

Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 2.4: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Os aspectos do cálculo do indicador mostram a totalidade da realização dessa ação, sendo interpretados de forma a demonstrar a ampliação da atenção à saúde bucal desses usuários do projeto. Os motivos para o bom resultado do indicador foram as ações de informação e palestras realizadas para população da área adstrita.

As ações que facilitaram a melhoria do indicador foram a capacitação da equipe para que pudesse informar e instruir a população da necessidade da avaliação da saúde bucal, assim como os informes na recepção da UBS e as palestras para comunidade.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês da intervenção tivemos 23 usuários com hipertensão e 10 com diabetes faltosos às consultas, dentre os quais 20 com hipertensão e 9 com diabetes tiveram busca ativa realizada. No segundo mês, dos 56 usuários com hipertensão e 19 com diabetes faltosos às consultas, tiveram busca ativa realizada 53 dos portadores de hipertensão e 18 de diabetes. Finalmente, no terceiro mês da intervenção a busca ativa abrangeu 63 dos usuários com hipertensão de 66 faltosos e 21 dos usuários com diabetes de 22 faltosos às consultas. Em termos percentuais, a busca ativa de faltosos correspondeu, em cada mês, a 87% para HAS e 90% para DM no primeiro mês, 94,6% para HAS e 94,7% para DM no segundo mês e a 95,5% para ambos no terceiro mês.

Os aspectos do cálculo do indicador que influenciam nessa interpretação ajudam a observar que foram 66 faltosos, entretanto 3 deles compareceram sem busca ativa, pois faltaram apenas no dia da consulta e logo, na mesma semana já conseguiram se encaixar em outro dia. Em relação aos portadores de diabetes, foram

22 faltosos ao todo e apenas 1 precisou retornar sem busca ativa. Esse dado é relevante ao demonstrar que muitos poderiam não ter retornado e que a busca ativa dos usuários é uma medida importante de ser realizada na atenção primária, até por fortalecer o vínculo do usuário com a equipe.

As ações que contribuíram para melhoria do indicador foram a realização semanal das buscas ativas com a equipe. Além disso, a capacitação dos ACS para realização da busca ativa independente da presença do médico ou dentista.

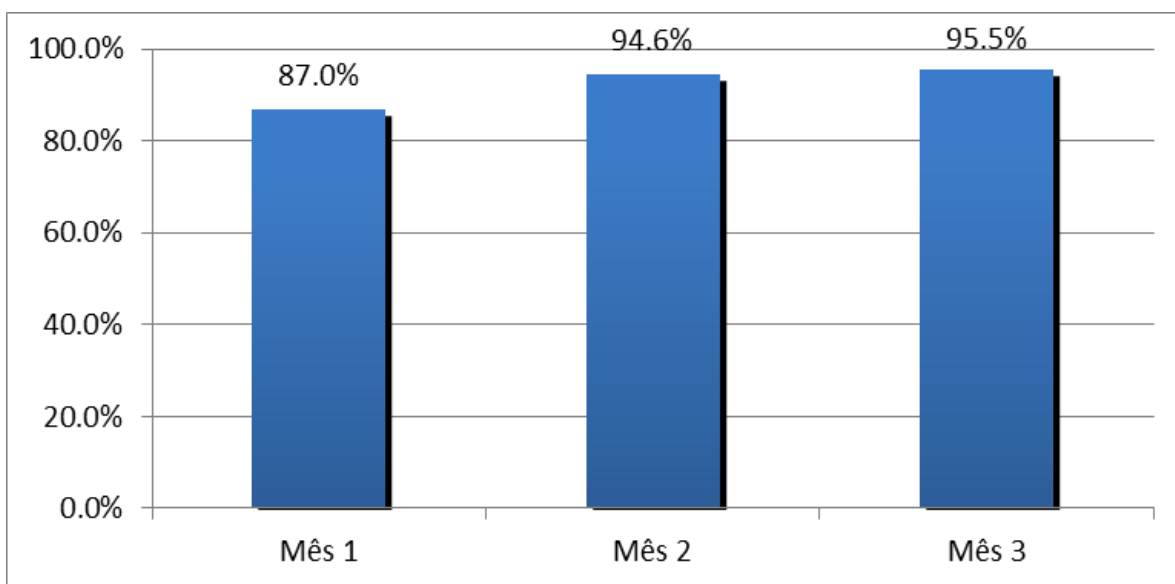


Figura 05: Gráfico indicativo da proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa.

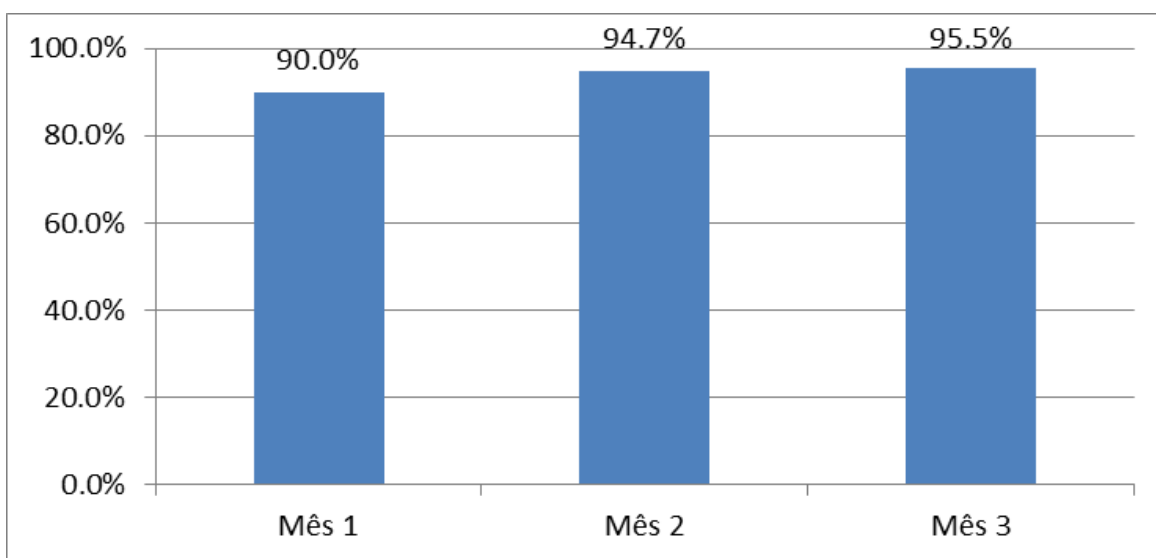


Figura 06: Gráfico indicativo da proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os aspectos do cálculo do indicador que influenciam na forma de interpretar esse resultado são o fato de que o valor é de 100%, demonstrando que nenhum usuário do projeto ficou sem ficha de acompanhamento, o que reforça o controle dos usuários da unidade e o balanço dos seus acompanhamentos.

Os motivos para o bom resultado dos indicadores foram a capacitação da equipe, que possibilitou ajudar muito no preenchimento dos cadastros de todos os usuários.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS Drº Hamilton Cidade.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 124 usuários com hipertensão e 41 com diabetes no primeiro mês, 353 e 84 no segundo mês e 525 e 145 no terceiro mês da intervenção, respectivamente. Em todos os meses, esse resultados correspondem a 100% de realização de estratificação de risco para doença cardiovascular.

As ações que facilitaram esse excelente resultado do indicador foram as capacitações da equipe, principalmente em relação à realização de estratificação de risco cardiovascular, fazendo com que pudéssemos atender todos de forma completa quanto ao exame clínico.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 6.1: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante o primeiro mês, as orientações nutricionais foram dadas para 124 usuários com hipertensão e 41 com diabetes; no segundo mês foram para 353 e 84 e, finalmente, no terceiro mês para 525 pessoas com hipertensão e 145 com diabetes.

As ações que contribuíram para isso foram capacitação da equipe em relação à educação da população e as palestras realizadas na comunidade e na sala da recepção, educando a população em saúde e prevenção de doenças. Além disso a população ainda tem a opção de consultar com a nutricionista, o que viabilizou ainda mais a adesão a esse hábito de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês da intervenção, as orientações sobre práticas de atividade física regular foram dadas para 124 pessoas com hipertensão e 41 com diabetes, num total de 100%. No segundo mês as orientações foram dadas para 353 com hipertensão e 84 com diabetes. No terceiro mês para 525 e 145, respectivamente. Em todos os meses da intervenção, o número corresponde a 100% de orientações ministradas.

As ações que contribuíram para isso foram capacitação da equipe em relação à educação da população e as palestras realizadas na comunidade e na sala da recepção, educando a população em saúde e prevenção de doenças, e quanto a importância e os benefícios da realização de prática de atividade física regular.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 6.3: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês da intervenção, 124 pessoas com hipertensão e 41 com diabetes receberam orientação sobre os risco do tabagismo. No segundo mês foram 353 e 84, respectivamente, e no terceiro mês foram 525 usuários com hipertensão e 145 com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

As ações que contribuíram para isso foram capacitação da equipe em relação à educação da população e as palestras realizadas na comunidade e na sala da recepção, educando a população em saúde e prevenção de doenças. Além de informar o que se tem de melhor no momento para ajudá-los a abandonar o tabagismo, para os que fumam.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de usuários com hipertensão e/ou diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção, receberam orientação sobre higiene bucal 124 portadores de hipertensão e 41 de diabetes durante o primeiro mês; no segundo mês esse valor foi de 353 e 84, respectivamente e, por último, no terceiro mês, foram 525 usuários com hipertensão e 145 com diabetes com essas orientações.

As ações que contribuíram para isso foram capacitação da equipe em relação à educação da população e as palestras realizadas na comunidade e na sala da recepção, educando a população em saúde e prevenção de doenças.

4.2 Discussão

A intervenção, na Unidade Básica de Saúde Drº Hamilton Cidade, proporcionou a ampliação da cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim como melhoria na qualidade dessa atenção, melhorou a adesão dos usuários ao programa, melhorou o registro das informações e mapeou as pessoas com risco para doença cardiovascular. Além de tudo isso, levou promoção da saúde às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área adstrita.

Os destaques foram o acompanhamento mais pontual das comorbidade desse grupo de usuários e também a ampliação da quantidade de usuários com os exames

complementares e com as consultas em dias, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde.

A intervenção exigiu capacitação de toda equipe da unidade, para que pudessem ser atendidas todas as necessidades dos usuários e, principalmente, para que fosse seguido o protocolo do Ministério da Saúde, relativo a rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Dessa forma, toda equipe da unidade trabalhou junta em prol de um objetivo comum: a melhoria da qualidade do trabalho fornecido para população alvo. As atribuições de cada membro da equipe foram divididas na primeira reunião, obedecendo os limites e o que cabia a cada profissional (ACS, dentista, enfermeira, médica, nutricionista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal).

O impacto no serviço, dessas divisões, foi extremamente positivo, uma vez que cada um teve melhor definido suas obrigações, podendo assim aprimorar cada vez mais a forma de lidar com as situações adversas e com a rotina de trabalho. Com isso, saiu o foco que havia em cima dos médicos da unidade, uma vez que a divisão deixou claro o limite de cada um, facilitando uma maior captação de usuários para unidade, de forma organizada e frequente, também favorecendo a ocorrência de várias atividades em um mesmo dia de atendimento e por diferentes membros da equipe, o que agradou muito a população da área adstrita da unidade. As orientações sobre tratamento para abandonar o tabagismo foi um fator muito importante para as pessoas que desejam abandonar esse hábito, pois viram um caminho de apoio e seguimento do seu caso.

Da mesma forma, o registro dos usuários favoreceu maior controle em relação ao “screening” de cada um, assim como foi importante para determinar os usuários de prioridade de atendimento, podendo haver uma vaga na agenda reservada para eles. Todas as orientações realizadas durante as consultas e também na recepção foram fundamentais para reforçar a mudança de estilo de vida e o engajamento em relação ao adequado tratamento de hipertensão e diabetes e a correta alimentação.

A ampliação da cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes viabilizou uma maior disseminação das informações entre esse grupo, o que ajudou a captar outros usuários através do contato com aqueles que foram cadastrados no projeto, que foram atendidos e que explicaram o que aprenderam nas palestras.

A melhoria da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes levou a maior quantidade de informações para eles e, com isso, determina-se uma evolução mais favorável da comorbidade do usuário, além de ser uma educação continuada, à medida em que eles disseminam o conhecimento adquirido pela comunidade, em casa com familiares. A melhoria da adesão dos usuários ao programa favoreceu um vínculo que pode ser ininterrupto entre eles e a unidade, uma vez que muitos estavam faltosos às consultas de acompanhamento há tempo.

A melhoria do registro das informações favoreceu um acompanhamento mais abrangente, sem falhas para os usuários. O mapeamento dos usuários de risco foi importante não só pra priorizar o atendimento deles, mas também como forma de se ter em mente aqueles a quem devemos dar uma atenção especial, a fim de que a comorbidade não evolua de forma inadequada.

O impacto da intervenção para a comunidade é algo já bastante perceptível, inclusive continua um crescente afluxo de usuários para unidade, tudo isso reflexo da grande divulgação do trabalho que fizemos e que agora ocorre de forma natural, paralelamente aos outros projetos já implementados na unidade.

Caso fosse realizar a intervenção nesse momento, não vejo como fazer diferente da sequencia e da forma como foi feito com a equipe. Fizemos um ótimo trabalho, tivemos resultados positivos e satisfatórios, além disso, continuamos com as ações e os números estão aumentando paralelamente à qualidade. Por isso não vejo como poderia ser feito diferente. Todas as dificuldades encontradas são superadas no cotidiano dos atendimentos.

A partir da próxima semana teremos finalmente outra médica na unidade, o que favorece mais ainda a ampliação da cobertura aos usuários dos vários grupos de atenção, não somente os com hipertensão e/ou diabetes. Vamos repassar a colega nova as intervenções já implementadas na unidade, como tudo funciona, além de perguntar a ela se tem propostas de melhorias.

4.3 Relatório da Intervenção para o Gestor

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Durante 12 semanas seguidas, a partir do dia 29 de Agosto de 2014, realizamos uma intervenção no programa de atendimento à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes. As atividades fizeram parte dos requisitos formativos do curso de especialização em saúde da família da UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe, da comunidade e da gestão.

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi um instrumento de fundamental importância, que permitiu a fixação de profissionais médicos nas localidades mais necessitadas. Além disso, favoreceu que fossem implementados trabalhos com vistas à melhoria da qualidade de atendimento nas unidades básicas de saúde na qual estavam alocados. Na segunda unidade do curso foi feito um levantamento teórico de toda estrutura física e de insumos de cada unidade em que havia um médico do PROVAB trabalhando. Com isso, foi possível um levantamento real e concreto das necessidades da UBS em questão.

Inicialmente vou destacar os aspectos dependentes da gestão que foram muito importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada pela equipe. A unidade conta com excelentes profissionais, dedicados a realização de um trabalho de qualidade, com vontade de aprender e melhorar a cada dia. Outro ponto positivo é a construção da nova UBS para comunidade, pois a atual não atende a todos os preceitos do SUS no que diz respeito a uma unidade de saúde padrão. A oferta de dentistas para as unidades de saúde também é forte fator fortalecedor da qualidade da atenção destinada à população, destacando nesse quesito que a Unidade Drº Hamilton Cidade conta com o trabalho desses profissionais em todos os dias da semana.

A presença do profissional nutricionista foi fundamental para o adequado tratamento de usuários obesos e/ou com comorbidades que exigem esse atendimento especializado. Dessa forma conseguiu-se alcançar uma grande melhoria na qualidade de nutrição dos usuários da unidade. Entretanto não estamos mais contando com esse tipo de atendimento na unidade, desfavorecendo o sucesso do tratamento multidisciplinar para com os usuários da unidade.

A prática coletiva de atividade física com os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, na presença dos educadores físicos, é outra ação muito positiva promovida pela secretaria de saúde do município. Muitos usuários só conseguem fazer

alguma atividade quando em grupo, seja por estímulo pessoal, seja por garantia de segurança da sua integridade. É notória a melhoria da qualidade de vida dos usuários quando os mesmo praticam suas atividades, ainda que apenas por 2 vezes na semana.

A manutenção do abastecimento dos dados relacionados às pessoas com hipertensão e/ou diabetes no SIAB e/ou SISAB pela secretaria municipal de saúde favorece o conhecimento de importantes dados estatísticos acerca desse grupo de usuários, assim como é instrumento avaliação, para posterior implementação de ações que levarão à melhoria da qualidade da saúde destinada a essas pessoas.

Por outro lado, também foram detectados alguns aspectos relativos à saúde que, se melhorados, viabilizariam uma atenção de maior qualidade para população da UBS Drº Hamilton Cidade. Dentre os problemas que necessitam melhorias, posso citar:

- 1- Demora para marcação e/ou realização dos exames complementares no município;
- 2- Frequente ausência de medicamentos do Hiperdia na Farmácia da UBS e/ou Farmácia Popular do Município;
- 3- Ausência de impressos na quantidade adequada (guia de solicitação de exames, receituários);
- 4- Ausência de materiais de trabalho e/ou em quantidade suficiente para realização das funções (esfigmomanômetro, fitas de glicosímetro, armário na sala de atendimento médico, papel toalha, papel para maca, escada para subir na maca)
- 5- Ausência de manutenção dos instrumentos de trabalho em tempo adequado (cadeira de atendimento do dentista, esfigmomanômetro, balança, glicosímetro)
- 6- Ausência de instrumentos de trabalho com a diversidade necessária (braçadeira de aferição de pressão arterial)

Assim, concluo esperando que a manutenção e expansão do apoio à unidade possa ter continuidade. Agradeço em nome da equipe de saúde pelo incentivo e apoio recebido e desde já colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Cara Comunidade:

Durante os meses de Agosto à Novembro, foi realizado um projeto na UBS Drº Hamilton Cidade, tentando melhorar a qualidade dos atendimentos prestados às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Muitos de vocês devem ter ficado chateados com algumas situações que ocorreram durante esse período. Porém, com o passar das semanas e também com muitas explicações e palestras que fizemos na sala de recepção da unidade, vocês começaram a perceber as melhorias que estavam sendo implementadas e entender as mudanças. Pedimos, eu e equipe, desculpas a todos que possam ter se sentido ofendidos com alguma situação ocorrida durante a implantação dessa nova forma de serviço.

Muitas foram as mudanças que vocês devem ter observado desde Agosto, como, por exemplo, dar preferência a atender e agendar os casos mais graves, mesmo que outros tivessem chegado primeiro. Entretanto, sempre oferecemos a todos os usuários da UBS a oportunidade de serem consultados nos outros dias. Também tiveram as buscas ativas, quando íamos atrás de vocês em casa quando faltavam à consulta agendada.

A equipe de saúde da unidade se empenhou muito em preencher com detalhes o prontuário e ficha espelho de cada pessoa atendida. Sabemos que essa ação exigiu muita paciência de vocês, devido à demora que causou no processo de atendimento na unidade. Entretanto foi a melhor forma de termos um material para acompanhamento rápido dos dados de cada um. Com isso já conseguíamos alcançar certa rapidez e agilidade nos atendimentos posteriores, além de podermos orientar com precisão sobre tudo que cada um de vocês ainda precisava, observando as prioridades e reforçando aquilo que já ia bem.

Por outro lado, muitos de vocês ficaram maravilhados com a nova forma de atendimento, pois o exame físico era sempre completo. A nossa conversa era cheia de detalhes da vida de vocês no que diz respeito à saúde, perguntas sobre a rotina de trabalho e explicações sobre como tudo isso poderia interferir no tratamento. As informações durante as consultas e as palestras, sobre a importância de praticar atividade física, a reeducação alimentar que construímos juntos, tudo isso foi novidade para muitos. E hoje posso dizer a vocês que já vemos resultados, porque muitos de vocês retornam dizendo como se sentem melhor, outros relatam os quilos perdidos ou

que seus valores de açúcar no sangue ou pressão estão melhorando. Tudo isso mostra pra nós da unidade e também pra vocês como é fundamental a participação de todos vocês durante o tratamento das doenças.

A divulgação dessa nova forma de atendimento aumentou a procura de atendimento na unidade, mas muitos de vocês vinham pensando que o que estávamos oferecendo era apenas medicamento gratuito. Nesse sentido, as palestras foram importantes para que toda a comunidade compreendesse melhor que um bom tratamento necessitava de muito mais do que apenas tomar remédios, exigia também disciplina do usuário, que deveria participar ativamente do seu tratamento. No início também houve certa cobrança em relação à falta de medicamentos na unidade, e também por causa da demora para marcar os exames e as consultas. Nesse caso, digo a vocês que providências para melhorar esses problemas já foram e ainda estão sendo tomadas. Peço calma, porque vamos sempre melhorando tudo, devagar, mas temos conseguido.

Não há dúvidas por parte da equipe da UBS de que o trabalho de intervenção melhorou e vai continuar melhorando a qualidade de atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, uma vez que as palestras continuam a ser dadas, as buscas ativas dos faltosos ocorrem semanalmente, os atendimentos são realizados em qualquer dia, muito embora haja um dia preferencial e a qualidade de conhecimento da equipe da unidade vai aumentando cada vez mais. Da mesma forma, esperamos continuar tendo a colaboração de todos vocês, para que continuemos a seguir nosso trabalho de melhoria dos atendimentos e dos serviços prestados na unidade. Como muitos já sabem, a compreensão e participação de vocês é fundamental para o sucesso, afinal estamos aqui trabalhando para melhorar a qualidade de vida de todos vocês. Agradecemos aos que tem elogiado nosso trabalho e se disponibilizado para divulgá-lo aos amigos e parentes.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais:

Ao me inscrever nesse programa (PROVAB), vinculado ao curso de pós-graduação, fiquei muito ansiosa em relação ao que seria a mim apresentado como proposta pedagógica, afinal, a qualidade do serviço seria de fundamental importância para um bom aprendizado ao final do curso. O curso de pós-graduação em Medicina da Família, oferecido pela Universidade Federal de Pelotas, traz uma didática que constitui um avanço nos conhecimentos médicos adquiridos ao longo da graduação em medicina, à medida em que solidifica o saber, amplia a visão de uma doença em seus vários aspectos, desperta a auto crítica do profissional médico sobre seu tipo de atendimento e conduta para com os seus usuários, dentre outros fatores.

A minha expectativa inicial era de melhorar as condições de atendimento aos usuários, assim como buscar junto à gestão melhorias nas condições estruturais e de insumos da UBS, com a proposta de listar os problemas e traçar metas para solucioná-los. Por outro lado, envolver a população e a equipe de saúde nesse longo processo de trabalho seria também ponto fundamental para concretizar as mudanças.

Posso dizer agora, chegado o fim do projeto, que alterar as rotinas pré-existentes, solicitar apoio da gestão local e implementar novas medidas, foi sim difícil, mas juntamente com a equipe consegui promover melhorias em vários aspectos do serviço prestado à população da minha área adstrita. Algumas ações foram realizadas com intuito de envolver a gestão no processo de melhorias, assim como outras foram destinadas a educar, conscientizar e informar a população sobre promoção de saúde e prevenção de doenças. Avalio um melhor engajamento público hoje, em relação ao

início. Percebo que as mudanças ficaram de fato implementadas na equipe da unidade e na população. A gestão procurou melhorar sua participação em relação à estrutura da unidade e viabilização de medicamentos e insumos. Devagar tudo ainda vai caminhando rumo a melhorias. Só assim podemos construir saúde melhor para os usuários do SUS.

Significado do curso para minha prática profissional:

No início eu não tinha em mente a dimensão real de como funcionariam os estudos nessa pós-graduação. Imaginei tudo de forma totalmente diferente, mas nunca com tanta dinâmica e interação. Ao ler o Projeto Pedagógico do curso pela primeira vez, imaginei: nossa! Vai ser muito difícil, será que vou conseguir? Com o tempo e, principalmente, com a ajuda dos meus orientadores, percebi que nada seria tão difícil que eu não pudesse aprender a fazer, e nem seria tão fácil que eu não precisasse de ajuda e de correção. Aprendi, fundamentalmente, que um bom processo de trabalho é melhor construído em equipe.

Destaco nesse curso o estilo mesclado de ensinar. Fazemos atividades diferentes ao mesmo tempo, como por exemplo, enquanto estamos preenchendo questionários para entender a estrutura de uma unidade básica de saúde, ao mesmo tempo dissertamos sobre nossa opinião a respeito do que poderia mudar, como poderíamos promover a melhoria. Isso é fantástico, pois abre a mente para uma reflexão crítica a respeito de detectar a falha e automaticamente pensar em como solucioná-la.

As interações nos fóruns de saúde coletiva e de clínica foram um ponto forte e determinante para que muitos conhecimentos fossem difundidos entre os participantes, além de retirar dúvidas comuns a vários de nós. Os fóruns foram fundamentais no processo de envolvimento dos alunos para troca de informações e de conhecimentos técnicos. Dúvidas nunca faltaram, mas nem sempre tínhamos a resposta de imediato, assim, fomos estimulados a pesquisar e debater com os colegas no fórum de saúde coletiva.

Dessa forma, o curso de especialização em Saúde da Família me deu a oportunidade de adquirir conhecimentos novos, não somente médicos, mas também

sobre Estratégia Saúde da Família. Um dos mais importantes anseios iniciais foi alcançado: melhorias na unidade e no processo de trabalho da equipe de saúde da UBS Drº Hamilton Cidade, localizada em Rio Preto da Eva, Amazonas.

Aprendizados mais relevantes decorrentes do curso:

Do ponto de vista clínico, o que aponto como mais relevante de aprendizado foram os estudos de prática clínica e os casos interativos. Os estudos promoveram bastante leitura e desenvolvimento do raciocínio, na medida em que era necessário fazer uma verdadeira revisão bibliográfica, estudando o mesmo assunto em diferentes autorias, para então compor um resumo do assunto com as novidades encontradas. Esse tipo de atividade promove maior conhecimento médico sobre o tema em estudo, solidificando um maior e mais profundo saber.

Os casos interativos eram simplesmente fantásticos. A impressão era que o autor do caso adivinhava exatamente aquilo que acontecia nas consultas de UBS, inclusive em relação às dúvidas de conduta. O modelo de explicação logo em seguida das respostas foi uma ferramenta “super eficaz” para consolidar os acerto e corrigir imediatamente os erros, restabelecendo na cabeça do aluno a resposta correta, assim massificando o conhecimento.

Em relação ao trabalho e estrutura da UBS, destaco que a organização do processo de trabalho assim como o adequado registro dos dados é a base para se construir as melhorias em saúde. Planejar os atendimentos, revisar os dados da população da área adstrita e reunir com a equipe e gestão local são os fatores que determinam o planejamento das ações em saúde de forma organizada e planejada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 71, 31 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 09 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em 29 Ago. 2014.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 160p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em 29 Ago. 2014.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130356>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

ANEXOS

ANEXO A: PLANILHA DE COLETA DE DADOS

ABA DADOS DA UBS

ABA DADOS DO MÊS

ANEXO C - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FAÇULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	