

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma VI



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético na Unidade Básica de
Saúde da Família Santa Rosa em Tabatinga, AM**

Wendel Schramm Petrucio

Pelotas, 2015

Wendel Schramm Petrucio

Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa em Tabatinga, AM

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

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira

Pelotas, 2015

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

P498m Petrucio, Wendel Schramm

Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e Diabético na
Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa em Tabatinga, AM /
Wendel Schramm Petrucio; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a).
- Pelotas: UFPel, 2015.

69 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. Oliveira, Dayana Kelly
Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, o qual é o responsável pela minha força de trabalho e saúde diária para cuidar dos meus usuários. Dedico também, com muito carinho, aos meus pais e irmãos, pela compreensão, apoio, contribuição para minha formação acadêmica e superação da saudade de estar longe de casa durante este ano. Dedico também a todos os funcionários da ESF de Tabatinga para que sirva de exemplo para superação de grandes desafios em prol do bem da população

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, pela dádiva da vida, e por ter ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis.

À Universidade aberta do SUS, Universidade Federal de Pelotas e ao PROVAB pela oportunidade de cursar a especialização em saúde da família.

À minha orientadora Dayana Kelly pelo apoio, motivação e incentivo, mesmo a distância esteve sempre presente com seus conselhos, contribuição e compreensão com as dificuldades de conexão que enfrentei desde o início da especialização.

À coordenadora regional do PROVAB no Amazonas, a enfermeira Náira Solange e o supervisor do município de Tabatinga Dr. Rubem Roque pelo apoio incondicional em todos os momentos de dificuldade durante este ano.

À coordenadora da atenção básica do município de Tabatinga Viviane Loiola pelo apoio e por sempre disponibilizar o necessário para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Ao médico da equipe Rui Barbosa da UBS Santa Rosa, Dr. Allan Rafael, pelo companheirismo e ombro amigo nos momentos mais difíceis deste ano.

À enfermeira Maria Izete pela amizade, companheirismo e divisão da força de trabalho diária. Sem seu apoio as nossas realizações diárias não aconteceriam. Junto com a enfermeira da minha equipe, agradeço a todos os agentes de saúde, técnica de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, atendente de farmácia e recepção, pois sem uma equipe unida e o seu devido engajamento a pesquisa não teria sido finalizada.

Por fim, agradeço a minha família que soube superar a saudade com maestria, eu estando longe de casa, do conforto e do afeto diário. Pelo alicerce da minha educação e por ser meu maior refúgio.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não tem alicerces. Sem prioridade, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridade e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenhas medo dos tropeços da jornada. Não podemos esquecer que nós, ainda que incompleto, fomos o maior aventureiro da história”.

(Augusto Cury)

Resumo

PETRUCIO, Wendel Schramm; OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva. **Melhoria da atenção à saúde do hipertenso e diabético na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa em Tabatinga, AM.** 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2015.

As equipes multiprofissionais da ESF, em decorrência das transformações na incidência e prevalência das doenças, atuam cada vez mais com famílias que convivem, no mínimo, com um de seus membros com Doenças Crônicas (DC) (MARTINS et al, 2007). Entre os agravos crônicos à saúde destacam-se a Hipertensão Arterial (HAS) e o diabetes. Essas patologias configuram-se como problemas de saúde pública no Brasil (SILVA, 2011) e ambas possuem altas taxas de prevalência, baixas taxas de controle e configuram-se como principais fatores de risco para doença cardiovascular que tem sido a principal causa de morte no país. O projeto de intervenção por melhoria da saúde do hipertenso e diabético foi desenvolvido durante dois meses na UBSF Santa Rosa, no município de Tabatinga-AM, visando à melhoria da atenção à saúde desse segmento. Foram acompanhados usuários do serviço, na faixa etária superior a 20 anos, onde através o SIAB estimava que existiam cadastrados no sistema de atenção básica apenas 20 usuários portadores de hipertensão arterial e 12 diabéticos e isto estava claro no início das atividades que não correspondia a realidade de uma unidade com 3255 usuários cadastrados. Tratou-se de um estudo com abordagem comparativa e descritiva a partir dos dados coletados. Ao final da 8ª semana de intervenção conseguiu-se o cadastramento de 111 usuários, dentre estes 100 hipertensos, aumentando a cobertura para 20,2% e cumprindo o objetivo da intervenção e 27 diabéticos, aumentando a cobertura de 20% também para os diabéticos e alcançando a meta pré-estabelecida no projeto de intervenção. Conseguiu-se com a intervenção que 91% dos usuários hipertensos e 92,6% dos diabéticos estivessem com os exames complementares em dia e ao final do 2º mês, que 100% dos usuários do programa estivessem usando medicações do Hiperdia. Não se tratando somente de cobertura, mas foram alcançados diversos avanços com o projeto de intervenção, como: melhoras no eixo monitoramento e avaliação, incorporação da ficha-espelho de atendimento no serviço e principalmente, seguimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde na assistência ao usuário portador de hipertensão e diabetes. A intervenção buscou alcançar a superação do trabalho em condições de dificuldade e com ações sistematizadas e programadas. Através delas, incorporar as atividades implementadas nos dois meses de trabalho à rotina da UBSF Santa Rosa.

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

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	45
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde....	45
Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	46
Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	46
Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	47
Figura 6 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	48
Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	49
Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
DC	Doenças Crônicas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
HIPEDIA	Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCCU	Exame Papanicolau
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
TOTG	Teste Oral de Tolerância a Glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA 24h	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e Metas.....	22
2.2.1 Objetivo Geral	22
2.2.2 Objetivos Específicos.....	22
2.2.3 Metas	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Ações.....	25
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	36
2.3.4 Cronograma.....	38
3 Relatório da Intervenção	40
3.1 Ações desenvolvidas.....	40
3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente.....	42
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade	43
4 Avaliação da Intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão.....	53
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	55
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	57
5 Reflexão crítica sobre seu processo de aprendizagem	61
Referências	63
Anexos	64

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção a saúde do hipertenso e diabético na unidade básica de saúde da família Santa Rosa, no município de Tabatinga-AM. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 08 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Formei na Universidade do Estado do Amazonas – UEA neste ano (2014). A UEA possui no internato em medicina um módulo chamado de estágio rural em saúde coletiva. Nasci na capital do estado e pouco sabia sobre a realidade do interior e da situação da atenção primária a saúde até mesmo na capital. Realizei o estágio no município de Barcelos – AM e lá pude ter como experiência em 3 meses a realidade e as dificuldades de acesso da população à ESF. Após a formatura decidi participar do PROVAB para acima de qualquer necessidade, dar a minha contribuição a atenção primária e fortalecer o alicerce da saúde pública. Quando cheguei ao município de Tabatinga – AM (local onde estou realizando minhas atividades), deparei-me com uma realidade diferente da capital e do município que já havia tido como experiência. Tabatinga está localizada em uma área de fronteira (Brasil / Colômbia) onde estrangeiros tem livre acesso ao serviço de saúde brasileiro, isso me deixou um pouco preocupado com relação ao idioma e a falta de controle com relação ao contingente populacional que se perde no meio de tantos usuários brasileiros e colombianos. O espaço físico onde trabalho funciona duas UBS (Santa Rosa e Rui Barbosa), devido as duas unidades estarem passando por reforma em sua estrutura física há mais de 3 meses. O espaço nada mais é que uma casa alugada pela prefeitura do município e extremamente improvisada. A casa alugada possui dois andares: no andar inferior funciona a recepção da unidade, cozinha e farmácia; após uma escada estreita e com 20 degraus aproximadamente, chegamos ao 2º piso que contem 6 ambientes

1. Recepção dos usuários
2. Consultório 1 de enfermagem (a porta não possui chave/ trava; uma mesa, uma maca, uma geladeira e um banheiro desativado);

3. Sala de triagem improvisada (mesa, maca e balança) separada com uma lona de uma copa;
4. Consultório médico (uma mesa e uma maca);
5. Consultório 2 de enfermagem (uma mesa e uma maca).

As condições da UBS são precárias e quando chove (condição muito comum na região, quase diariamente) as salas ficam impossibilitadas de atendimento. O consultório médico também não possui chave na porta comprometendo exames ginecológicos e a privacidade do paciente.

Por outro lado, driblando as dificuldades, a equipe é extremamente empenhada em fazer o melhor que se pode fazer. Fui bem recepcionado pela equipe e pela população da minha área de abrangência. A farmácia da unidade possui os medicamentos básicos, porém não completo. Mas consigo trabalhar com a maioria dos medicamentos. Quando não tenho o medicamento na unidade solicito da secretaria municipal de saúde e a mesma providencia.

Já reunimos com a SEMSA e já fui informado que as obras da unidade estão em andamento mas não me forneceram data precisa de entrega da mesma.

No município de Tabatinga foi inaugurado um complexo regional de regulação do Alto Solimões e uma UPA 24h. Junto com isso está havendo melhora no serviço de saúde pública. Falta ainda a população se conscientizar que a UBS deve ser utilizada em sua grande maioria para a resolução dos problemas de saúde e acompanhamento médico. Diminuiu muito o meu número de atendimentos diários após a inauguração da UPA 24h, pois os usuários não procuram mais a UBS e somente comparecem na nova unidade para atendimentos ambulatoriais.

A central de regulação veio para garantir o acesso através de critérios igualitários e acredito que irá melhorar ainda mais o serviço de saúde do município.

A Amazônia ainda tem muita carência do acesso aos profissionais especializados. Tenho bastante dificuldade nos encaminhamentos médicos para tratamentos adequados e efetivos com a urologia, ortopedia, cirurgia e endocrinologia. Mas com a regulação médica acredito que o acesso será mais facilitado e viabilizado para que esses usuários sejam atendidos na capital amazonense (Manaus).

Sou obrigado a dizer que não havia lido a carta dos direitos dos usuários do SUS e me preocupou bastante tudo o que a mesma diz. No meu município não conseguimos muitas vezes garantir o tratamento adequado e efetivo porque não dispomos de tecnologia favorável e apropriada a isso. Somado a isso, não tenho todas

as condições favoráveis ao meu trabalho na UBS. Mas fico tranquilo em saber que fazemos todo e qualquer acolhimento da população, sem discriminação e respeitando os valores e direito de cada paciente. Quando fazemos a nossa parte conseguimos cobrar mais seriamente dos gestores municipais as suas devidas funções. O paciente deve ter seu acesso ordenado e organizado ao SUS e para isso precisamos do engajamento do próprio usuário em conhecer seus direitos e deveres, dos profissionais, dos gestores e de toda a população, para juntos conseguirmos lutar pela causa maior que é o fortalecimento da atenção à saúde em todos os seus níveis.

Acredito na melhoria do serviço após esta autorreflexão e estarei cobrando junto com os gestores do município as providencias devidas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Tabatinga é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Amazonense e Microrregião do Alto Solimões. É o município mais populoso de sua microrregião e mesorregião e o sétimo mais populoso do estado. O município está localizado no oeste do estado do Amazonas, na tríplice fronteira entre Brasil – Colômbia – Peru, tendo sido criado em 1983. Apresenta uma conturbação com a cidade colombiana de Letícia.

O sistema de saúde do município de Tabatinga não é um dos mais precários da região e por isso, serve de referência para os outros municípios da microrregião do Alto Solimões. Hoje Tabatinga possui um hospital de guarnição gerenciado pelo exército brasileiro, que até 2 anos era o único serviço de média e alta complexidade da região, uma UPA 24h recém inaugurada (Fevereiro/2014), uma maternidade, cinco unidades básicas de saúde da ESF, sendo que apenas 03 possuem CEO e recém inaugurado no município, possui um NASF. Tabatinga possui um complexo regulador de regulação médica compartilhada (regulação de urgência e emergência – SAMU, ambulatorial e de internação), e com este serviço melhorou bastante o acesso ao serviço especializado. Na região dispomos de profissionais de algumas especialidades que atendem a população de forma ambulatorialmente (pediatria, cardiologia e ortopedia e traumatologia). O laboratório de fronteira é o único do município e atende com dificuldade todos os usuários, pois não apresenta um arsenal satisfatório de exames laboratoriais, faltando muitos exames imprescindíveis muitas vezes, como hemoglobina glicosilada e hormônios tireoidianos. Por fim, só existem

duas máquinas de radiografia comum, uma situada na UPA 24h e outra no Hospital de Guarnição; dispõe de um serviço de ultrassonografia e os usuários não possuem acesso a exames tomográficos e de ressonância nuclear magnética.

A unidade básica de saúde de Santa Rosa (Local de trabalho) é uma unidade urbana, distante aproximadamente 4 km de sua área de abrangência devido reforma na sua unidade original há 9 meses. O modelo é de estratégia saúde da família, porém no momento devido a reforma da mesma não dispomos do programa de saúde bucal. Possui duas (02) equipes vinculadas a unidade, Santa Rosa/GM3 (09 micro áreas) e Rui Barbosa (08 micro áreas), onde cada equipe é composta por 01 técnico de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico e 09 ACS. A unidade está funcionando em condições extremamente desfavoráveis ao processo de trabalho e atendimento.

A unidade funciona em uma casa alugada do município e ainda divide espaço com outra UBS. No primeiro andar funciona a UBS Tancredo Neves e no piso superior, separado por uma escada escura e estreita, a UBS de Santa Rosa. Apesar da UBS Tancredo Neves e UBS Santa Rosa dividirem o mesmo prédio, as duas atuam em territórios diferentes. A unidade apresenta neste segundo piso, uma recepção, duas salas de atendimento de enfermagem, um consultório médico, uma copa e uma sala onde se guardam os prontuários e se realiza a triagem dos usuários. Ambiente quente e abafado, sem fluxo de ar adequado. Todas as condições relatadas dificultam o acesso dos usuários a unidade e refletem em números insatisfatórios de cobertura dos programas. A estratégia mais importante é de voltar a unidade para dentro de sua área de abrangência e junto com isso conseguir organizar o fluxo de usuários para melhora destes indicadores.

De acordo com a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. No processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, nem todos os profissionais participam e acaba que quando da necessidade do conhecimento de todas as minúcias que caracterizam a área de atuação, nem todos estão sabendo. Não se realizam cuidados de saúde fora da UBS e no domicílio nas visitas. Não se fazem promoção a saúde nas escolas, igrejas, indústrias e espaços comunitários, onde conseguiríamos atingir uma parcela maior da população. Devido a estrutura precária da UBS, só realizamos atendimento clínico médico e de

enfermagem, logo a realização de pequenos procedimentos ficam prejudicados e congestionando os prontos-socorros.

Não são utilizados protocolos de atendimento e muito menos triagem e classificação de risco para o atendimento. Acaba que muitas vezes o paciente precisa ser acolhido e atendido na unidade e não há mais vagas disponíveis para o médico ou enfermeiro. Ou até mesmo o médico se dispõe a atender o paciente, porém o mesmo é o último da fila e o atendimento muitas vezes acaba tarde, fora do período de trabalho que seria até as 17h. Acredito que muitos profissionais se acomodam diante das dificuldades de estrutura e acesso e acabam minimizando as suas funções de busca ativa e promoção de saúde.

A população da área adstrita possui 3.693 habitantes cadastrados, 1.809 do sexo masculino e 1.884 do sexo feminino. O número de habitantes cadastrados está de acordo e compatível com a ESF, porém a realidade deve ser um pouco superior, mas acredito que não ultrapasse o número adequado para as equipes. O que falta realmente é uma estruturação da equipe de trabalho e melhores resultados serão alcançados.

O acolhimento na UBS de Santa Rosa não é feito da maneira adequada, mesmo porque não temos uma estrutura que satisfaça todos os critérios para que isso aconteça. A recepção da unidade onde acontece a maior parte do acolhimento é apertada e não dispõe de um ambiente satisfatório, sendo fechada e com pouca refrigeração. Não existe equipe de acolhimento na unidade, o que facilitaria muito caso tivesse. Não existe acolhimento individual em casos específicos como de paciente psiquiátrico ou até mesmo com deficiência física. Por outro lado, apesar de todas as dificuldades, os usuários possuem todas as suas necessidades escutadas e conseqüentemente acolhidas, mesmo que muitas vezes não podemos solucioná-las.

Tanto o enfermeiro quanto o médico realizam atendimento do excesso de demanda espontânea. Todos os dias extrapolamos o número de atendimento de 16 consultas, sempre deixando um pouco de tempo de carga horária de trabalho para atender os usuários com problemas agudos e que não conseguiram marcar consulta com o médico ou enfermeiro para serem atendidos naquele dia. Existem problemas que podem ser solucionados na própria UBS, como as nebulizações, porém não existe sala de nebulização e conseqüentemente somos obrigados a encaminhar os usuários para os pronto-atendimentos do município.

A equipe sempre procura o médico ou o enfermeiro da unidade para repassar o paciente que chegou a unidade para se fazer o acolhimento e posteriormente o atendimento deste usuário no mesmo dia. Muitas vezes estes usuários estão com febre alta e acabamos dando prioridade para o mesmo e não ultrapassando o tempo de 30 minutos para o atendimento. Não oferecemos atendimento odontológico na UBS devido a estrutura da mesma que não está comportando. Logo, os usuários estão sendo encaminhados a outra unidade.

Uma alternativa para minimizar ou até mesmo superar as dificuldades encontradas com relação a demanda espontânea inicialmente melhorar o acolhimento da unidade, melhorando a aparência da mesma, tornando o ambiente mais alegre e harmonioso, apesar da estrutura não ser mudada. Colocar painéis ilustrativos, com cores fortes, tornando o ambiente mais bem visível. A recepção apesar de ser apertada pode dar lugar a bancos mais fortes e menores, que ocupem menos espaço. Janelas podem ser abertas para melhorar a ventilação do ambiente.

O acolhimento individual deve ser realizado da melhor maneira possível, em uma sala reservada, principalmente quando se trata de usuários psiquiátricos. Deve existir uma sala de atendimento no piso inferior para o acolhimento de usuários que se utilizam de cadeira de rodas e por fim, uma sala de nebulização deve ser pelo menos improvisada na unidade, minimizando assim o fluxo para as unidades de pronto atendimento.

Com relação a saúde da criança, o atendimento na unidade de saúde não segue as orientações preconizadas pelo ministério da saúde. As mães levam seus filhos quando acham que devem levar a unidade para acompanhamento e por não haver registro algum das crianças, sabendo apenas a quantidade, não existe busca ativa na área de abrangência e nada é feito para trazer essas crianças até a unidade de saúde. Não conseguimos manter os indicadores do caderno porque não são registrados de maneira adequada e outros são subnotificados. O registro de muitas atividades realizadas na UBS não é feito de maneira adequada ou até mesmo não são realizados. A checagem do cartão vacinal das crianças é feita quando as mesmas comparecem as consultas de puericultura normal. Essas crianças não seguem um fluxo de consultas, apresentando-se a UBS somente sintomáticas. Nos primeiros sete dias de vida são realizados o teste do pezinho e da orelhinha (triagem auditiva), porém estes testes não são realizados na unidade e sim no âmbito hospitalar. A primeira consulta é feita nos primeiros sete dias de vida, porém algumas mães não

comparecem a unidade porque não são brasileiras e sim colombianas ou peruanas e levam seus filhos para seu país e não retornam com os mesmos. Não dispomos de cirurgião-dentista na unidade e a avaliação da saúde bucal fica comprometida e limitada ao olhar médico e da enfermagem. As orientações de aleitamento e prevenção de acidentes são fornecidas pelo médico ou enfermeiro durante a consulta.

Em relação ao pré-natal, os números que a UBS possui são limitados. Não possui registro separado de acompanhamento das gestantes e não se sabe ao certo quantas realmente existem. A minha área de abrangência da unidade é localizada em uma área de fronteira com a Colômbia, logo muitas mulheres vêm da Colômbia para fazer seu pré-natal no Brasil e são acolhidas na unidade básica. Isso é um problema grave porque acaba que não se tem condições de controlar essas gestantes. Logo o número de gestantes registrado no sistema de atenção básica é subnotificado e é um problema grave de saúde pública para o município. Os únicos profissionais da unidade que participam diretamente do pré-natal da paciente são os médicos e os enfermeiros. Os agentes de saúde poderiam participar desse programa mas não são inseridos. O trabalho dificultado permanece árduo devido à má distribuição das atividades.

Com relação a prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama, o registro no caderno de ações foi aproximado pela média de exames que fazemos semanalmente, porém sabemos que este número se torna alguns meses superestimados. Temos 782 mulheres entre 25 e 64 anos registradas no sistema de informação de atenção básica e este número é pequeno quando comparado com a realidade. O que existe bastante é um descontrole dos dados estatísticos e os números não compreendem a realidade. Apesar de o indicador apontar 100% de cobertura de prevenção do Câncer de colo de útero, sei que este número não compreende a realidade, pois apesar de existir essa quantidade de mulheres na nossa área de abrangência, nem 50% vai até a UBS fazer seu acompanhamento da maneira correta e muito menos conseguimos fazer busca ativa das restantes para conseguir trazê-las até a unidade.

Os indicadores acabam não correspondendo a realidade, já que são valores aproximados em reunião onde se tenta aproximá-los. O número de exames em dia está caracterizado como o número mensal de PCCU realizados multiplicado pela quantidade de meses, porém não se tem precisão desses valores. Hoje 9 usuáries que estão sendo acompanhadas pelo médico com exames alterados.

Não se consegue realizar o rastreio adequado para o câncer de mama porque não dispomos de mamografia no município, logo as usuárias têm que se dirigir até a capital e não fazem isso. Fazemos apenas o exame clínico, porém sabemos que apesar da grande valia não se torna completo diante da dificuldade e a ausência do exame já relatado.

A princípio o município deve disponibilizar o principal exame complementar para suspeita diagnóstica de neoplasia de mama. A partir daí precisamos ter uma organização mais delicada para conseguir mapear e ter controle de todas as mulheres em idade preconizada para realizar o exame e fazer seu seguimento. Junto com todo esse processo praticas educação em saúde principalmente no que diz respeito ao autoexame das mamas.

Acredito que não haja dedicação na UBS em questão, pois os únicos profissionais da unidade que participam diretamente do programa são os médicos e os enfermeiros. Os agentes de saúde poderiam participar desse programa mas não são inseridos. Apenas espera-se que as mulheres compareçam ao posto de saúde e não existe busca ativa e educação em saúde. A educação em saúde para mim é a ferramenta do processo de trabalho fundamental para chamar a atenção da população, pois a partir do momento em que a informação é passada as pessoas naturalmente procuram o que é melhor para você. Muitas mulheres não sabem nem o que seja o exame e a sua finalidade. Os arquivos devem ser alimentados e separados daquelas mulheres que não apresentam alterações, pois acaba se misturando e perdendo o controle. Após o processo de educação em saúde, precisamos de um mapeamento da área de abrangência para que todas as mulheres realizam a coleta para prevenção do câncer de colo uterino. Infelizmente barganhar seria uma das opções para melhorar os números de alcance e posteriormente essa barganha é substituída por uma educação e conscientização natural. Logo podemos usar os cadastramentos de bolsa família e vacinação para controlar essa assiduidade.

A atenção destinada aos hipertensos e diabéticos configura a maior preocupação durante o processo de estudo situacional da unidade básica. A cobertura mostrada pelo caderno de ações programáticas é preocupante, pois os 4% dos usuários assinalados não corresponde à realidade da UBS. Mesmo sabendo e atendendo um número superior, estes usuários precisam estar cadastrados para receberem total apoio durante o seu tratamento, com a quantidade de medicamento e suporte adequado.

De acordo com o caderno de ações programáticas, a cobertura é apenas de 50% da população de diabéticos. Porém, assim como o de hipertensos, não corresponde à realidade, tendo um número muito maior de diabéticos que são atendidos na UBS porém não são cadastrados. A cobertura real é muito maior da informada no cadastramento de diabéticos, pois o número informado é inferior ao número de diabéticos atendidos e que não estão cadastrados.

Não se realiza estratificação de risco cardiovascular por critério clínico tanto para hipertensos quanto para diabéticos, logo os usuários aparecem para marcação de consulta a cada mês e não possuem prioridades por critérios clínicos. Não existe atraso nas consultas agendadas, mesmo porque são marcadas com um mês de antecedência e no caso de remarcação são agendadas para o próximo dia de atendimento. Existe uma certa dificuldade com relação aos exames laboratoriais, pois alguns (perfil lipídico, hemoglobina glicosilada, TOTG) não são realizados no município, mas os que são solicitados conseguem retornar na próxima consulta. Todos os usuários são orientados quanto a prática de exercícios físicos regulares, assim como quanto a alimentação saudável, porém sem orientação de um nutricionista. Não se avalia a saúde bucal dos usuários pois não estamos com este programa instalado na nossa unidade básica. Os únicos profissionais da unidade que participam diretamente do programa são os médicos, enfermeiros e os agentes de saúde que conseguem fazer busca ativa, mas a orientação finaliza no consultório médico e não segue com os profissionais da saúde bucal, educadores físicos e nutricionistas.

De acordo com o caderno de ações programáticas, a cobertura é apenas de 50% da população de diabéticos. Porém, assim como o de hipertensos, não corresponde à realidade, tendo um número muito maior de diabéticos que são atendidos na UBS porém não são cadastrados. A cobertura real é muito maior da informada no cadastramento de diabéticos, pois o número informado é inferior ao número de diabéticos atendidos e que não estão cadastrados.

O primeiro ponto a ser considerado é o mapeamento e conseqüentemente a territorialização da área, junto com isso se tem menos problemas com atendimento fora da área de abrangência e os números podem ficar mais fidedignos diante de tantos hipertensos e diabéticos na área e que não refletem o número indicado no caderno de ações programáticas. Deve-se aumentar o número de dias de atendimento na UBS para hipertensos e criar um cadastramento paralelo ao SIAB para comparar

os usuários cadastrados e os números verdadeiros. Deve-se fazer um rastreamento oportunístico e organizado, não somente oportunístico e a UBS deve seguir protocolos de diagnósticos que podem ser repassados aos ACS e enfermeiros para fazer diagnóstico precoce e alertar o médico à população de risco. Por fim, a educação em saúde deve ser a principal estratégia de conscientização e cuidado com a população.

A área adstrita possui um número de idosos inferior ao denominador mostrado pelo caderno de ações programáticas. Porém, assim como os outros programas de atenção à saúde, os números estatísticos de todos os itens do caderno estão super ou sub-evidenciados, pois faz bastante tempo que o mesmo não é atualizado.

Apesar da cobertura indicar 90%, não utilizamos a caderneta da pessoa idosa, não existe também avaliação multidimensional rápida dos idosos, assim como avaliação criteriosa de risco para morbimortalidade. Por outro lado, rotineiramente faz-se nas consultas médicas a orientação quanto aos hábitos saudáveis de alimentação, atividade física regular e orientações quanto a saúde bucal, porém sem o cirurgião dentista. Como alternativa, deve-se utilizar a caderneta de saúde do idoso e Realizar avaliação multidimensional rápida dos idosos, sempre registrando em planilhas separadas proporcionaria um número mais fidedigno de cobertura da unidade. O profissional de educação física deve fazer orientação quanto as atividades físicas e deve haver palestras com a nutricionista do município quanto a realização de uma alimentação mais saudável para estes idosos. Essas e outras prerrogativas trazidas serviram para ampliar nossa visão de como construir o alicerce da atenção básica.

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

Hoje, com a análise situacional da unidade, pôde-se obter minúcias que não eram observadas comparando com o texto escrito nas primeiras semanas de especialização (ambientação). A caracterização da unidade fortalece os laços com a mesma e promove maior dedicação quando se consegue visualizar os problemas mais detalhadamente.

O maior desafio na qual deve-se ser desafiado e colocado em questão é o fortalecimento da atribuição dos profissionais e o engajamento público, pois assim como o maior desafio é vencer o comodismo dos profissionais da unidade, o maior recurso que se dispõe para mudar essa realidade são eles mesmos. Com a

conscientização e a apresentação dos resultados a todos da equipe, a dedicação pode ser contornada e melhores indicadores podem ser visualizados.

Algumas mudanças no processo de trabalho puderam ser observadas entre a ambientação e a análise situacional. Durante a ambientação acabamos por enxergar todas as deficiências na unidade, mas não conseguimos perceber que os profissionais que trabalhavam ali estavam dispostos a mudar. Durante a análise situacional onde estudamos todas as áreas de atendimento aos usuários, verificamos que muitas das atividades que não eram realizadas de forma sistemática já iam sendo definidas somente com o estudo e a análise dos programas através dos protocolos do MS. Conforme íamos estudando os programas, as condutas tornavam-se mais organizadas pela parte médica, os prontuários foram ficando mais organizados e a assiduidade dos pacientes também era melhor vista tanto pelos profissionais médicos, quanto pelo enfermeiro e agentes de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SBC,2010). O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (SBD, 2014). Atualmente as equipes multiprofissionais da ESF, em decorrência das transformações na incidência e prevalência das doenças, atuam cada vez mais com famílias que convivem, no mínimo, com um de seus membros com Doenças Crônicas (DC) (MARTINS et al, 2007). Entre os agravos crônicos à saúde destacam-se a Hipertensão Arterial (HAS) e o diabetes. Essas patologias configuram-se como problemas de saúde pública no Brasil (SILVA, 2011) e ambas possuem altas taxas de prevalência, baixas taxas de controle e configuram-se como principais fatores de risco para doença cardiovascular que tem sido a principal causa de morte no país.

A unidade básica de saúde de Santa Rosa é uma unidade urbana, situado longe de sua área de abrangência devido reforma na sua unidade original há 10 meses. O modelo é de estratégia saúde da família, porém no momento devido a reforma da mesma não dispomos do programa de saúde bucal. Possui duas (02) equipes vinculadas a unidade, Santa Rosa com 3693 pessoas (09 micro áreas) e Rui Barbosa com 3270 (08 micro áreas), onde cada equipe é composta por 01 técnico de enfermagem, 01 enfermeiro, 01 médico e 09 ACS. A unidade está funcionando em condições extremamente desfavoráveis ao processo de trabalho e atendimento.

Todas as condições dificultam o acesso dos usuários a unidade e refletem em números insatisfatórios de cobertura dos programas.

Os hipertensos da unidade totalizam 94 pessoas e os diabéticos apenas 28 registrados no sistema de atenção básica. Sabemos que este número não reflete a realidade da unidade, pois existem muito mais usuários portadores dessas doenças crônicas que os cadastrados. Existe portanto uma necessidade muito grande de mapeamento da área adstrita e conseqüentemente melhor adesão deste usuário à unidade. Como conseqüência desta má territorialização temos uma qualidade de atenção deficiente para esta população, refletindo em índices insatisfatórios de produção e suporte à estes usuários.

A ação de planejamento para melhoria da cobertura para hipertensos e diabéticos melhoraria não só este programa, mas envolveria a equipe para o trabalho em equipe, superando as dificuldades diárias de estrutura, medicamentos, logística e todas as ações de intervenção estariam voltadas a viabilizar o acesso ao serviço de saúde, melhorando assim os números de cobertura aplicada e principalmente a qualidade de vida de população. Hoje o programa está muito desorganizado e os pacientes um tanto desamparados. O atendimento existe, porém não seguem os critérios preconizados e desta forma não possuem um atendimento como deveriam ter.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético na Unidade Básica de Saúde da Família Santa Rosa, no município de Tabatinga, AM.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de cobertura da UBS Santa Rosa.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos acolhidos na UBS Santa Rosa.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

4. Melhorar o registro das informações referentes aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

5. Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1:

Meta 1.1: Cadastrar 20% dos hipertensos residentes na área de abrangência da UBS Santa Rosa no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.2: Cadastrar 20% dos diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Santa Rosa no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Relativas ao objetivo 2:

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Relativas ao objetivo 3:

Meta 3.1: Promover busca-ativa à 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Promover busca-ativa à 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4:

Meta 4.1: Manter com preenchimento adequado a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2: Manter com preenchimento adequado a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Relativas ao objetivo 5:

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Relativas ao objetivo 6:

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

2.3 Metodologia

Devido problemas com a conexão de internet no município desde o início do programa de especialização, não consegui manter assiduidade nas atividades da análise situacional e estratégica, desta forma atrasando o início da intervenção, logo não consegui realizar as 12 semanas para entregar este relatório e o mesmo compreende até a 8ª semana de intervenção.

O presente estudo utilizará como elemento amostral, usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Santa Rosa, município de Tabatinga - AM, havendo a abordagem direta aos indivíduos. A coleta de dados durará 08 semanas e o instrumento de coleta para a obtenção dos resultados será uma ficha-espelho (Anexo 1) proposta pelo Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A partir do atendimento diário dos usuários cadastrados previamente e durante busca ativa nas 12 semanas, as fichas-espelho serão preenchidas a cada atendimento e os seus dados serão tabulados semanalmente em planilhas de coleta de dados (Anexo 3) propostas pela UFPel. Trata-se de um estudo com abordagem comparativa e descritiva a partir dos dados coletados na intervenção. Os dados coletados serão submetidos a uma análise comparativa e descritiva e os mesmos serão apresentados em Tabelas de Distribuição de Frequência e Gráficos. Os dados serão tabulados através do Programa Microsoft® Excel 2010.

2.3.1 Ações

Com relação a cobertura, será monitorado o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde a partir do acompanhamento diário com uma planilha da unidade de controle de todos os pacientes cadastrados e se existir algum que não esteja, farei o cadastramento. Ao final de cada mês levar um relatório para o setor de estatística da secretaria de saúde para coincidir com o cadastramento no SIAB. Todos os funcionários da unidade terão acesso a planilha e conseguirão visualizar o cadastramento dos usuários. Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa e melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM, a equipe de recepção será responsável por indicar melhorias a esta ação,

viabilizando o acolhimento dos pacientes e fazendo o registro inicial na ficha dos mesmos, alimentando e conferindo os pacientes cadastrados. Apesar da recepção ser a porta de entrada para a melhoria do acolhimento, todos os profissionais desenvolverão estratégias para a melhoria. Para tal, a palestra proferida pelos agentes de saúde terá como plateia todos os funcionários da unidade e os pacientes, para desta forma em grupo conseguirmos melhorias para o acolhimento dos usuários. Para garantir o material adequado para a tomada da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização de hemoglicoteste, será pactuado junto com o gestor municipal de saúde a viabilização do material necessário para a realização da intervenção.

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, será fornecida palestras nos grupos de hipertensos na própria UBS antes do atendimento médico e de enfermagem. Estas palestras serão dadas pelos ACS no momento que os pacientes estão aguardando a triagem diária. A capacitação dos mesmos e a elaboração dos modelos de palestras serão feitas na 1ª semana de intervenção nas oficinas de aprendizado. Nesta semana também eles serão capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Toda a equipe da unidade de saúde será também capacitada pelo médico coordenador da intervenção para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Com relação a qualidade do atendimento, a monitorização da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, a monitoração do número de pacientes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, do número daqueles com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, será controlada através da ficha espelho, a qual será a forma principal de monitoramento dos pacientes. Após cada semana de atendimento a planilha de coleta de dados será alimentada e

conseqüentemente teremos uma visibilidade maior de tudo que está sendo realizado na intervenção

Na primeira semana de intervenção será realizado uma oficina de aprendizado e orientação coordenada pelo médico intervencionista da unidade básica e nela será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Nesta mesma oficina será organizado a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e para a realização de exame clínico apropriado. O médico coordenador fará na 1ª, 5ª e 9ª semana uma reunião para atualização da equipe no tratamento da hipertensão e retirada de eventuais dúvidas das ações, estabelecendo uma periodicidade para atualização dos profissionais. Vai dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde e resumido por ele e capacitará a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Melhorando a qualidade da intervenção, os ACS darão palestras dentro na UBS antes do atendimento médico e de enfermagem, no momento que os pacientes estão aguardando a triagem, orientando os pacientes 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, quanto a necessidade de realização de exames complementares, quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Nas oficinas de capacitação lideradas pelo médico será pactuado com a enfermeira a importância da realização de todos os exames complementares e a equipe na sua totalidade para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, garantindo dessa forma a solicitação dos mesmos. Com o gestor municipal será feita a viabilização de todos os exames necessários para um bom atendimento do paciente hipertenso e diabético.

O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a manutenção de um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será feita pelo técnico de farmácia. O mesmo terá a planilha de todos os pacientes cadastrados e assim que o paciente pegar a medicação o mesmo

fará a computação na planilha. Associado a esta planilha, terá no computador todos os medicamentos cadastrados, quantidade e validade. Desta forma terá mais controle de todo o armazenamento e estoque.

Com relação a adesão do paciente ao programa, a ficha espelho também será a forma principal de monitoramento da periodicidade das consultas. A enfermeira da unidade organizará as visitas domiciliares para buscar os faltosos após sinalização na tabulação semanal das fichas espelho e organizará a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes dessas buscas domiciliares.

Dentro dos assuntos abordados pelos ACS nas palestras dentro da unidade antes dos atendimentos, será informado a comunidade sobre a importância de realização das consultas e será uma oportunidade para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Será esclarecido aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Dentro das atividades com os ACS, os mesmos serão treinados pelo médico coordenador da intervenção para orientar os hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Com relação ao registro dos pacientes do programa, esse monitoramento será feito após cada semana de atendimento, onde a planilha de coleta de dados será alimentada e conseqüentemente teremos uma visibilidade maior desse monitoramento. No caso de as fichas espelho não estarem sendo preenchidas de forma correta, reunião deve ser agendada para o esclarecimento da importância das mesmas serem preenchidas adequadamente. Desta forma será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Com a organização e o preenchimento de todas as informações das fichas, serão mantidas com maior facilidade as informações do SIAB atualizadas. Para tal atualização do sistema, serão enviados relatórios mensais a equipe de estatística da secretaria de saúde.

A intervenção terá uma planilha com o nome de todos os pacientes cadastrados (planilha/registo específico de acompanhamento) e será conferida diariamente pelo recepcionista (responsável pelo monitoramento dos registros) da unidade. Quando o paciente faltar a consulta o recepcionista já deve sinalizar para a enfermagem organizar a visita de busca de faltosos. Com relação a falta dos exames complementares e demais itens da ficha espelho será controlada pelo médico e

enfermeira no atendimento e tabulação dos dados. Desta forma estaremos organizando um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

O treinamento da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, a capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, será feita pelo médico coordenador da intervenção na 1ª semana através da oficina de aprendizado. Nessa semana também será atribuído aos ACS a função de realizar palestras para orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Com relação a avaliação de risco, os usuários serão orientados pelos ACS nas palestras quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecerão também os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Para toda a equipe conhecer e realizar a estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés para os diabéticos, para a equipe notar para a importância do registro desta avaliação e conhecer estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, o tema de estratificação de risco será objetivo principal de uma oficina única realizada ao final da 1ª semana de intervenção pelo médico coordenador.

A ficha espelho, assim como nos outros objetivos, na sua totalidade irá conter a classificação de risco de cada paciente e será a forma principal de monitoramento da realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Esta verificação deverá ser feita no 1º mês de atendimento do hipertenso e diabético. Após cada semana de atendimento a planilha de coleta de dados será alimentada e conseqüentemente teremos a visibilidade desse monitoramento.

Para contemplar o último objetivo da intervenção, a promoção da saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos, será também realizada a monitorização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, da realização de orientação para atividade física regular, de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos e da realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos

com o dentista. Da mesma forma que nos outros objetivos, a ficha espelho será a forma principal de monitoramento destas ações.

Junto com a gestão, pactuaremos durante as reuniões e após a apresentação do projeto, a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", solicitaremos parcerias institucionais para envolver nutricionistas e profissionais de educação física, para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e orientação aos pacientes e familiares sobre a importância de viver de maneira saudável (Nutrição), através de palestras pelo menos uma vez na semana antes da consulta médica e para organizar práticas coletivas para orientação de atividade física na área verde da unidade com os pacientes após o atendimento dos mesmos (Educador Físico). Além desses profissionais orientarem os pacientes, capacitarão, na 1ª semana junto do estudo dos protocolos e determinação das ações, a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Nas primeiras semanas de intervenção a equipe também será capacitada para o objetivo de promoção a saúde, temas que tangem o tratamento de pacientes tabagistas, metodologias de educação em saúde e avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético serão abordados na oficina de aprendizado.

A enfermeira da unidade organizará a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabelecerá prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e irá demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes em outra unidade, já que não dispomos de cirurgião-dentista na unidade.

Por fim, parcerias na comunidade serão buscadas por todos da equipe nos momentos de visitas domiciliares e nas palestras dentro da comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. A comunidade será mobilizada para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. As palestras e reuniões serão agendadas na 2ª semana, 6ª semana e 10ª semana durante a intervenção.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Cadastrar 20% dos hipertensos residentes na área de abrangência da UBS Santa Rosa no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade.

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Santa Rosa no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade.

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

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

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

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

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

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

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

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

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

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

Meta 3.1: Promover busca-ativa à 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2: Promover busca-ativa à 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 4.1: Manter com preenchimento adequado a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 4.2: Manter com preenchimento adequado a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

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

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão e Diabetes Mellitus, 2013. Utilizaremos a ficha espelho proposta pela UFPEL, pois abrange todos os quesitos presentes nas ações detalhadas. O município não utiliza ficha espelho e não segue uma sequência que

abranja todos os itens necessários para uma boa avaliação do paciente. Estimamos alcançar com a intervenção 140 hipertensos e/ou diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 140 fichas espelho necessárias ao monitoramento mensal dos usuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos nos últimos 3 meses e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica do Hipertenso e do Diabético para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas no início do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, antes de saírem para as visitas domiciliares. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e fará a exposição do conteúdo aos membros da equipe. Após todos terem a capacitação com relação ao manual, eu farei a exposição e a capacitação de toda a equipe com relação aos protocolos a serem seguidos, o preenchimento dos formulários de monitoramento, procedimentos técnicos de aferir a pressão arterial (utilizando o esfigmomanômetro tradicional) e como realizar o hemoglicoteste. Dentro do processo de capacitação também será realizado na primeira semana uma oficina para orientar a equipe quanto ao desenvolvimento do projeto de intervenção, dúvidas e definição da atribuição de cada membro da equipe, principalmente a designação dos temas das palestras para educação em saúde que será de competência dos ACS para com os usuários antes das consultas.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pela equipe da recepção. Usuários com pressão arterial e hemoglicoteste alterados e que vieram por conta própria à unidade serão atendidos no mesmo turno pela enfermagem e inseridos no grupo de usuários de risco para ampliar a captação precoce. Paciente com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações desenvolvidas

A intervenção iniciou no dia 10/11/2014 e na manhã expus à equipe da unidade a pesquisa que mudaria a cara da nossa unidade. A maioria deles já sabia do que se tratava, pois na semana anterior já pedi que os ACS me entregassem uma listagem de todos os hipertensos e diabéticos que os mesmos acompanham em suas devidas áreas de abrangência. Todos eles me entregaram as listas e coloquei em uma tabela computadorizada.

A enfermeira iniciou também a revisão no livro de marcação de consultas, todos os usuários que fazem acompanhamento regular na unidade nos últimos 3 meses e elaborou também uma listagem desses usuários digitalizada para que essas informações sejam cruzadas e verificássemos os usuários que não estão cadastrados pelos agentes comunitários de saúde. Esta listagem ficou pronta e cruzamos as informações e observamos que muitos usuários nem sabiam quem era seu ACS e não estavam cadastrados.

Ao mostrar os dados para os ACS muitos ficaram surpresos porém foram cobrados para o cadastramento e busca ativa. Desta forma conseguimos fazer o cadastramento de 82 hipertensos e 22 diabéticos da área adstrita no programa que fazem acompanhamento regular. Afirmei que para atingirmos a meta da intervenção precisaríamos fazer busca ativa de mais usuários, pois os mesmos existem e talvez nem saibam que estejam doentes. Para a meta de 20% ser atingida, precisaríamos de 99 hipertensos e 24 diabéticos.

Ao iniciar a intervenção muitos desafios foram surgindo e, com estes, muitas expectativas também foram sendo construídas. Foram necessários muitas pactuações com a gestão e aí que se colocaram os maiores problemas com relação a intervenção. Pensava eu que os maiores problemas estariam em convencer a

equipe de que esta seria a melhor alternativa para a melhora, mas na verdade mostrou-se o contrário, pois a equipe foi engajada e assídua. Devido problemas com a conexão de internet no município, não consegui realizar as 12 semanas para entregar este relatório e o mesmo compreende até a 8ª semana de intervenção, porém a mesma continua até finalizar as 12 semanas. Todos os usuários foram cadastrados na planilha principal de acompanhamento e a princípio o número de hipertensos e diabéticos não batia a meta e o objetivo pré-estabelecido, mas na segunda e 3ª semana conseguimos atingir a meta e continuamos a intervenção. Todos os usuários foram divididos na agenda para que tivessem pelo menos 1 atendimento mensal. Ao final da 4ª semana todos os usuários foram atendidos e no início da 5ª semana até a 8ª semana os mesmos usuários seriam reavaliados e o mesmo processo será feito da 9ª até a última semana, de modo que permanecesse fixo que a avaliação do paciente hipertenso e diabético na unidade fosse mensal. Conforme os números de usuários fossem aumentando e conseqüentemente o índice de cobertura, as consultas de retorno iam sendo espaçadas.

Ao longo das outras semanas, os atendimentos ocorreram da mesma forma como na primeira. Atendíamos os usuários cadastrados e deixávamos a porta da unidade aberta para novos usuários. Desde a primeira semana realizamos as palestras de educação em saúde antes do atendimento médico e após a triagem de sinais vitais. Tivemos algumas dificuldades com relação a alguns agentes que se sentiam envergonhados e inseguros de palestrar, porém, este problema foi resolvido com as capacitações semanais. Ainda ao longo das semanas buscávamos, junto a secretaria de saúde, reafirmar o pacto realizado inicialmente com os gestores sobre o fomento das medicações preconizadas pelos protocolos e reagentes para os exames complementares. Seguimos semanalmente com o preenchimento das fichas espelho, onde passamos a observar o começo da qualificação do seguimento e tabulação dos dados nas planilhas.

As grandes dificuldades existentes durante este processo foram com a estrutura da unidade, que até hoje não se tem uma data definida de mudança, apoio da gestão com relação aos materiais de trabalho, como até mesmo as cópias das fichas espelho que foram providenciadas pela coordenação da intervenção na minha pessoa. Outra grande dificuldade que ainda não foi possível resolver de forma satisfatória foi a questão de que os usuários eram avaliados e orientados com relação a necessidade de tratamento dentário, porém não se consegue marcação com a

cirurgiã-dentista da unidade que esta alocada em outra UBS e não faz atendimento aos usuários da UBS Santa Rosa.

Um grande ganho que estamos tentando perpetuar caso a unidade ainda demore para mudar de localização é a questão do transporte com a ajuda dos mototaxistas dos usuários para a unidade atual. Mediante a entrega da cópia da agenda dos usuários para a cooperativa de taxi, os mesmos estão fazendo o trajeto de forma gratuita para os usuários agendados.

3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente

Nenhuma ação da intervenção até a 8ª semana deixou de ser executada em sua totalidade e não puderam ser realizadas.

Os municípios do estado do Amazonas, exceto a capital Manaus, dispõem de uma precária rede de internet e, no município que atuei como médico pelo PROVAB (Tabatinga-AM) enfrentei muitos problemas ao longo do curso com o acesso, prejudicando na assiduidade com a especialização, no que tange ao envio das atividades nos prazos propostos, resultando em atraso para o início da intervenção. A intervenção teve início dia 10/11/2014 e término dia 02/01/2015, período correspondente a oito semanas, que serviram de base para a construção do TCC. Atualmente sigo dando continuidade a intervenção em minha unidade, como recomendações estipuladas pela coordenação pedagógica, para conclusão do curso.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados

Nas primeiras semanas existia uma dificuldade grande com relação a sistematização do atendimento pois não seguíamos um protocolo previamente, mas este atendimento foi fluindo de forma satisfatória e natural durante as próximas semanas. Não se tinha a rotina de tabular dados dos atendimentos e isto virou rotina na unidade com a monitorização da intervenção e a tabulação dos dados coletados nas fichas espelho.

3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade

Acredito que diante dos dados dos usuários todos organizados, tabulados, a intervenção não se perpetuará apenas por 12 semanas e sim será incorporado a rotina do serviço de maneira permanente. Para que as ações sejam incorporadas no serviço será necessário engajamento não apenas da equipe da unidade, mas principalmente da gestão devido o apoio financeiro e de insumos o que desestabiliza e desencoraja uma equipe a caminhar sozinha e sem apoio.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A população adstrita na área de abrangência da UBS Santa Rosa é de 3.255 usuários, conforme as estimativas (VIGITEL, 2011), para esta população, é esperado a existência de 495 hipertensos e de 122 diabéticos (ambos grupos com indivíduos acima dos 20 anos). Antes da intervenção existiam cadastrados no sistema de informação da atenção básica apenas 20 portadores de hipertensão arterial e 12 portadores de diabetes, com índices de cobertura de 4% e 10%, respectivamente, deixando claro que não correspondia a realidade da unidade.

A equipe não possuía uma organização dos usuários da área de abrangência para melhor visualização dos indicadores de cobertura. Com o cadastramento em formulário e planilha própria da unidade, pôde-se visualizar o real número de cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Na primeira semana foram cadastrados 82 hipertensos e 22 diabéticos e desta forma era necessária busca ativa para alcançarmos a meta estabelecida. Mais indivíduos foram cadastrados com as buscas ativas dos agentes de saúde antes do término do primeiro mês de intervenção, logo conseguimos atingir a meta de cobertura de 20% nas primeiras 4 semanas.

Ao final da 8ª semana de intervenção conseguiu-se o cadastramento de 111 usuários, dentre estes 100 hipertensos, aumentando a cobertura para 20,2% e cumprindo o objetivo da intervenção (Figura 1) e 27 diabéticos, aumentando a cobertura para 22,1% (Figura 2) também para os diabéticos e alcançando a meta estabelecida no projeto de intervenção.

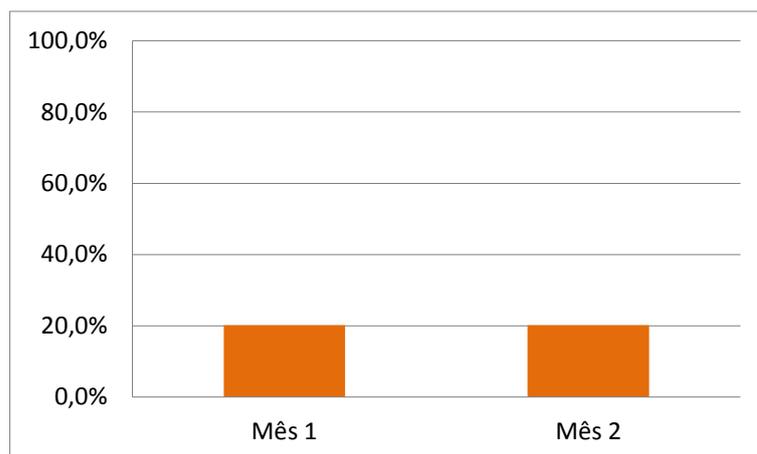


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

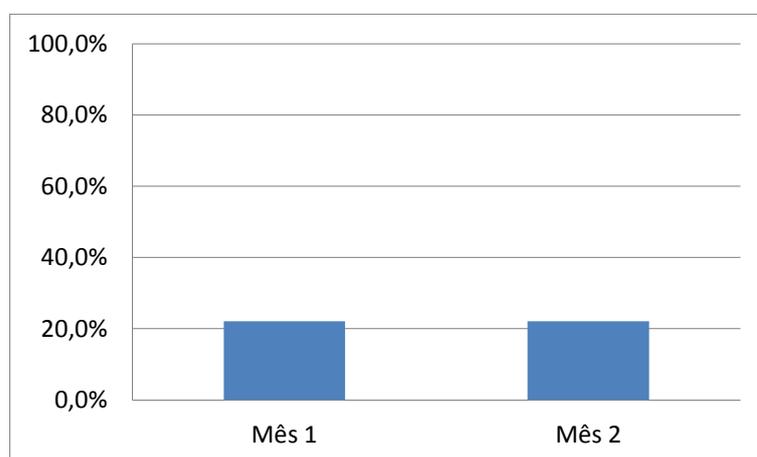


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014

A ação que mais auxiliou na captação de mais usuários para a intervenção foi o engajamento da equipe da unidade na busca ativa por usuários. Com a busca ativa dos agentes de saúde e de toda equipe, conseguimos cadastrar 18 hipertensos e 5 diabéticos no 1º mês, atingindo desta forma a meta de 20%. O engajamento foi melhorado após, nas reuniões diárias, haver entendimento por parte de todos do real motivo de estarmos realizando a intervenção naquele tema. Muitos se assustaram com os números tão baixos e tinham a plena convicção que não retratava a realidade da unidade, onde estava havendo um descontrole dos índices estatísticos e uma banalização da atenção à saúde do paciente hipertenso e diabético.

Com relação ao exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, pode-se verificar porcentagens iguais com relação a proporção de paciente com exame clínico

em dia de acordo com o protocolo, como mostra os dois gráficos abaixo (Figuras 3 e 4).

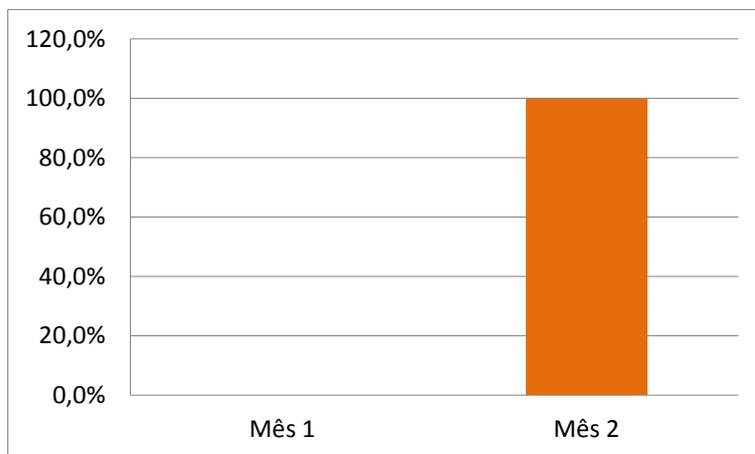


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

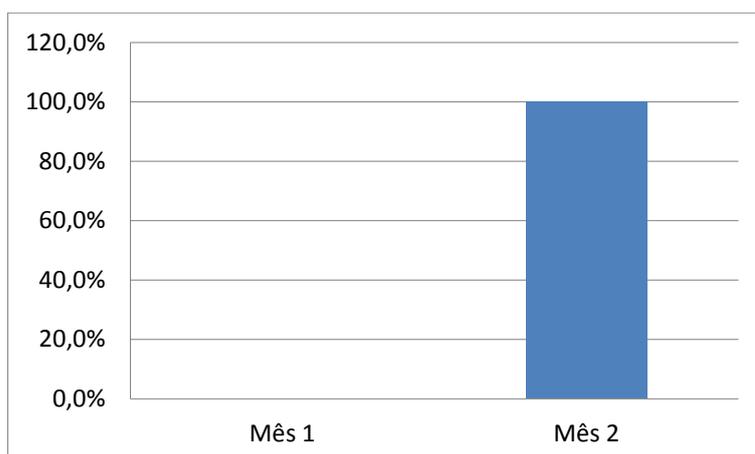


Figura 3 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Antes de iniciarmos a intervenção, não se utilizava nenhum tipo de ficha-espelho ou protocolo para atendimento dos usuários de qualquer programa da unidade básica de Santa Rosa. Logo, com o início da intervenção, nas primeiras 4 semanas nenhum paciente estava com o exame clínico de acordo com o protocolo, por isso a porcentagem zerada nos gráficos referente ao primeiro mês. Isso mostrava a real necessidade da incorporação no serviço de um protocolo para sistematizar o atendimento médico e de enfermagem na unidade. No segundo mês de intervenção, todos os usuários das primeiras 4 semanas estavam retornando para serem reavaliados e junto com isso conseguimos, após seguir rigorosamente o preenchimento da ficha-espelho e tabular os dados, e conseguimos que 100% dos

hipertensos e diabéticos cadastrados estivessem com exame clínico de acordo com o protocolo.

A ação que mais contribuiu para que esse índice fosse alcançado foi a determinação dos profissionais que estavam realizando o atendimento que mesmo com as dificuldades, com o aumento de tempo na consulta clínica, com a ansiedade dos usuários, conseguiram cumprir todos os itens exigidos. Com o desenvolver da intervenção, o atendimento tornava-se mais natural e, apesar de sistemático, menos mecânico do ponto de vista do seguimento do fluxo de exames.

Os exames complementares exigidos no protocolo de atendimento ao hipertenso e diabético não eram solicitados em sua totalidade e alguns, como o TSH, T3 E T4 livre não eram disponibilizados no município. No primeiro mês com relação aos usuários hipertensos, nenhum deles tinham os exames laboratoriais em dia, configurando porcentagem de 0%, como mostra o gráfico abaixo.

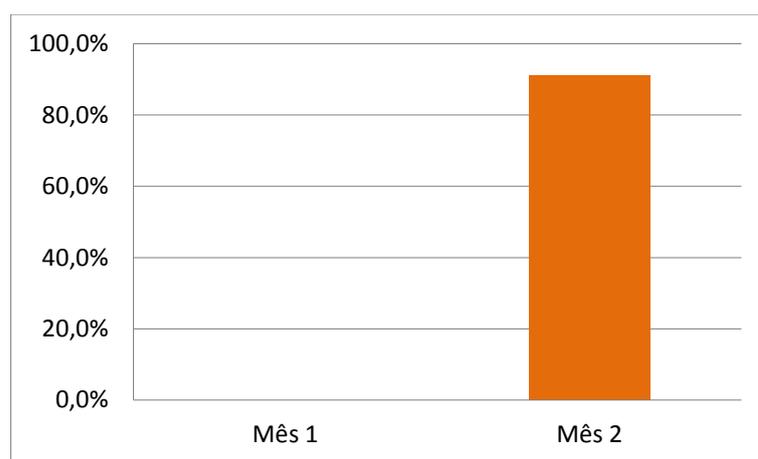


Figura 4 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados. 2014.

Na 1ª semana de intervenção e logo após o estudo de todo o protocolo, foi agendada uma reunião com o gestor municipal e foi pactuado a necessidade da disponibilização de todos os exames necessários para o atendimento dos usuários. Foi prometido pelo secretário municipal de saúde a compra de reagentes e o cumprimento da realização de todos os testes em sua totalidade. No 2º mês de intervenção pôde-se verificar a melhora do índice para os hipertensos que aumentou para 91% (91 usuários), mas mesmo com a melhora precisaríamos que o índice fosse de 100%. Ao tentar verificar, durante a monitorização da intervenção, o real motivo do

não alcance da meta, visualizou-se que ainda existiam usuários na 5ª semana que não conseguiram realizar, mas o problema foi contornado na 6ª semana com a chegada de todos os reagentes no laboratório do município.

Com relação aos usuários diabéticos, como mostra o gráfico abaixo (Figura 6), foi respeitado o mesmo perfil dos usuários hipertensos, nenhum paciente no 1º mês tinha os exames em dia e no segundo mês o índice subiu para 92,6% (25 usuários). Ressalto que o exame de maior dificuldade para o município foi o de hemoglobina glicosilada, um exame essencial na condução do paciente diabético. O problema também foi resolvido na 5ª semana e como a intervenção ainda continua na unidade, esperamos que no último mês de intervenção a meta seja alcançada.

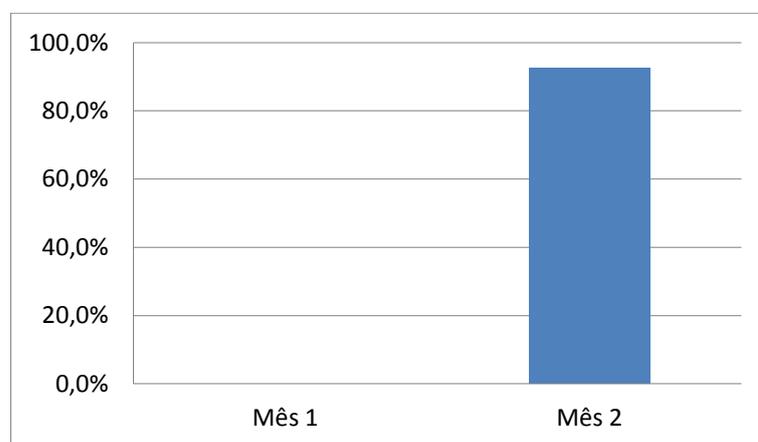


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

A ação que mais auxiliou no aumento do índice e a visualização do não alcance da meta e intervenção instantânea foi o monitoramento da intervenção ao final de cada semana. O problema foi revisto e prontamente resolvido da melhor forma possível. Os usuários das demais semanas conseguiram aumentar o índice e fechamos a 8ª semana próximo da meta e com expectativa de alcançá-la ao final das 12 semanas.

Durante o atendimento médico dos usuários, poucos, desde o 1º dia da intervenção, não faziam uso dos medicamentos da farmácia popular do Hiperdia. No primeiro mês, como mostra o gráfico abaixo com relação ao paciente hipertenso, apenas 05 não usavam os medicamentos do programa, totalizando desta forma 95% de usuários que tinham em sua prescrição medicamentos cadastrados. No segundo mês, com a troca da prescrição destes 05 usuários, o índice atingiu a meta fechando em 100% dos usuários usando os medicamentos da farmácia popular.

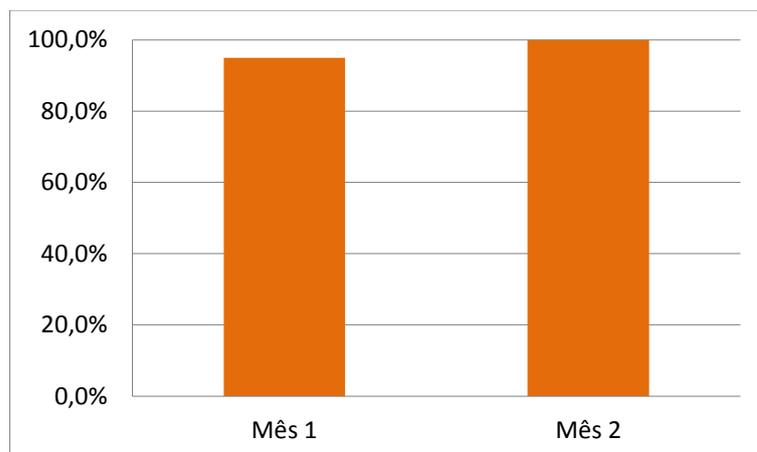


Figura 6 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Com relação ao paciente diabético, como mostra o gráfico abaixo, no primeiro mês 02 usuários dos 27 não usavam medicamentos fornecidos pela farmácia popular, configurando um índice de 92,6%. Ao final do segundo mês e com a troca de prescrição dos usuários em questão, atingimos a meta de 100% dos usuários fazendo uso de medicamentos do programa.

Esta ação foi auxiliou e facilita o acesso do paciente ao medicamento. Desta forma temos mais segurança com relação a adesão ao tratamento, melhora dos índices pressóricos e/ou glicêmicos e junto com isso, alcançamos melhores expectativas de vida e melhoria do convívio do paciente com essas doenças crônicas.

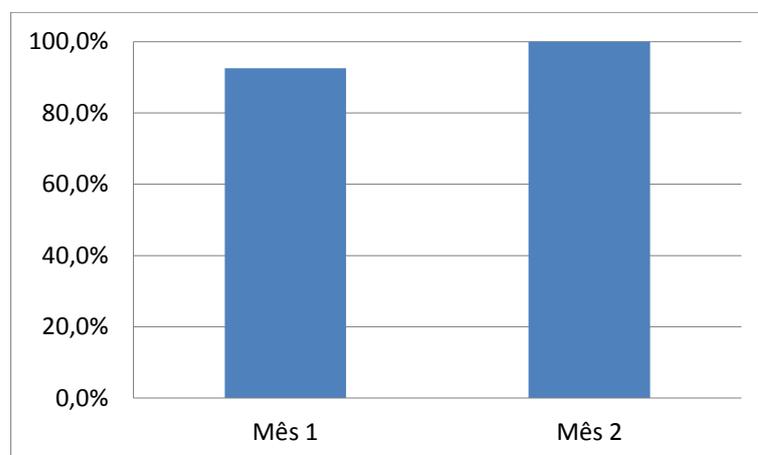


Figura 7 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2014.

Todos os usuários que fizeram parte da intervenção foram avaliados pelo médico com relação a necessidade de atendimento odontológico, porém devido a unidade estar fora de sua área de abrangência, apesar da avaliação desde a 1ª semana estar sendo feita, os usuários não conseguiam acesso ao cirurgião dentista. A unidade está em uma casa alugada pela prefeitura improvisada e não possui consultório dentário e a cirurgiã-dentista estava cedida para outra unidade. Tanto para o paciente hipertenso, quanto para o paciente diabético, os índices foram de 100% com relação a avaliação da necessidade, mas não foi tabulado a porcentagem de usuários que obtinham sucesso na marcação de consultas com o profissional.

No primeiro mês de intervenção, 76 usuários hipertensos e 22 diabéticos não foram assíduos nas consultas do programa de atendimento ao hipertenso e diabético. Logo, os agentes de saúde fizeram busca ativa de todos os usuários para realizar o agendamento e a criação de uma rotina de atendimento mensal desses usuários. Foi feita a busca ativa em todos os usuários faltosos e nenhum deixou de comparecer a consulta após a visita e agendamento do agente de saúde. Tanto os usuários hipertensos e diabéticos obedeceram o mesmo perfil de índices, nenhum dos usuários deixaram de comparecer às consultas após busca ativa.

Esta ação reflete ainda mais com afinco a dedicação e o engajamento da equipe da unidade durante as 8 semanas de intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos. Não haver nenhuma falta às consultas agendadas após a busca ativa dos usuários mostra além do engajamento dos profissionais, o engajamento público praticado pelos usuários em confiar na mudança que estava e se perpetuará na unidade e na melhorias dos pilares de saúde dos usuários com doenças crônicas.

Desde o início da intervenção e com o monitoramento diário da mesma, o preenchimento das fichas-espelho foi essencial para alcançar índices satisfatórios de 100% tanto para os usuários hipertensos e diabéticos com relação ao preenchimento adequado das fichas de acompanhamento dos usuários que eram assistidos na unidade pelo médico. Tanto no 1º quanto no 2º mês de intervenção as fichas eram preenchidas de forma correta e em sua totalidade configurando o alcance da meta objetivada.

Desde o acolhimento dos usuários na unidade as fichas espelho acompanhavam cada passo dos usuários e eram preenchidas de forma correta e em sua totalidade. No início da intervenção os profissionais eram chamados atenção diariamente para finalizar o preenchimento dos dados. Após reuniões diárias e,

exaustivamente, foi explicado a real necessidade de todos os dados das fichas-espelho serem preenchidos. No decorrer das próximas semanas via-se uma melhora no retorno das fichas. Eu como médico assistente da unidade não aceitava de forma alguma atender o paciente com a ficha de acompanhamento preenchida de forma incompleta até chegar a minha sala, isso fortaleceu a cadeia e hoje o procedimento faz parte da rotina do acolhimento, da triagem e do atendimento clínico dos usuários. Esta ação mostra também o engajamento, a união da equipe de trabalho e a sedimentação do processo de aprendizagem, assim como o entendimento de todo o processo de pesquisa e melhoria da qualidade de vida do paciente hipertenso e diabético.

Verificada a importância, após estudo dos protocolos da intervenção, a realização da estratificação de risco foi incorporada na rotina de atendimento com a sistematização do atendimento médico. Tanto para os usuários hipertensos e diabéticos, foi realizado na primeira consulta de todos os usuários a estratificação de risco cardiovascular do usuários. Obtivemos desta forma, 100% de proporção de usuários com sua estratificação realizada, tanto no 1º mês quanto no 2º mês de intervenção.

Vale ressaltar que nenhum paciente havia realizado tal escore antes da implantação do protocolo de atendimento na unidade. Esta ação mostra a mudança que a unidade sofrerá com a implantação e a manutenção de todas essas ações na rotina de atendimento e acolhimento destes usuários.

Sabe-se que a nutrição do paciente hipertenso e diabético é fundamental para a adesão ao tratamento e a melhoria dos índices pressóricos e/ou glicêmicos. Durante a intervenção foi feita em todas as consultas médicas aos usuários nutricional sobre a alimentação saudável tanto para os usuários hipertensos quanto para os diabéticos. Esta orientação foi feita em sua totalidade para todos os usuários em nos 2 meses de intervenção.

Não somente o médico, mas tivemos a participação da nutricionista do município que realizou palestras na unidade para os usuários e os agentes de saúde que fizeram palestras de educação em saúde antes do atendimento médico diário. Uma das principais dificuldades encontradas nesta ação foi com o acesso da população ao alimento. Os usuários da unidade não dispõem de condições financeiras satisfatórias para a aquisição de diversidade de alimentos. Verifica-se atualmente uma facilidade maior na aquisição de medicamentos não saudáveis que saudáveis. Mas

com a ajuda da profissional especializada podemos além da orientação, conseguir expor alternativas para uma alimentação saudável e sem custo financeiro alto.

Assim como a profissional da nutrição, o profissional de educação física no município realizava semanalmente atividades de alongamento e orientação sobre a importância da atividade física para a melhoria no tratamento e na disposição para conviver com as doenças crônicas em questão. Assim como na nutrição, os agentes de saúde realizaram palestras de educação em saúde e o profissional médico realizava em cada consulta orientações sobre a importância da realização da atividade física na qualidade de vida dos usuários. Os índices tanto para os hipertensos e diabéticos foram semelhantes e configuraram a meta pré-estabelecida de 100% de orientação para os usuários.

A educação em saúde é uma ferramenta fundamental na construção do conhecimento e no fortalecimento dos laços do entendimento dos principais temas e conseqüentemente na adesão ao tratamento. Saber o real motivo das suas realizações torna o paciente entendedor de suas ações e isso melhora sempre a perpetuação do conhecimento e a disseminação dele.

O tabagismo é um fator de risco determinante no processo de complicação dos índices pressóricos, glicêmicos e conseqüentemente no aumento do escore de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os usuários receberam orientação desde a primeira semana com relação a cessação do tabagismo e seus riscos. Os índices alcançados foram de 100% tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos durante os 2 primeiros meses de intervenção.

Por fim, mesmo com as dificuldades já relatadas com relação a unidade estar fora da área de abrangência, em uma casa improvisada e estarmos trabalhando em condições insalubres. A cirurgiã dentista forneceu duas palestras para os usuários com relação a importância e orientação sobre saúde bucal. Os usuários que não puderam comparecer também receberam orientação em saúde nas palestras de educação proferidas pelos agentes de saúde antes do atendimento médico diário. Durante as consultas médicas realizava a avaliação bucal e também proferia orientações em cada consulta. Podemos inferir que todos os usuários, tanto hipertensos quanto diabéticos, receberam orientação quanto a saúde bucal, inferindo desta forma o índice de 100% em todas as semanas da intervenção.

As ações de promoção a saúde caracterizadas com o processo de educação em saúde foram primordiais na definição da adesão dos usuários à intervenção e

consequentemente ao tratamento. Essas ações de orientação em saúde bucal, cessação do tabagismo e seus riscos, atividade física e questões nutricionais foram importantes porém enfrentamos algumas dificuldades com os profissionais especialistas. Esses profissionais não fazem parte das equipes de ESF das unidades e consequentemente são aproveitados de outras unidades e são compartilhados entre elas. Isso configura um trabalho de competição para disputa do profissional. Não conseguíamos que os mesmos comparecessem todos os dias de atendimento e acredito que está será uma dificuldade que foge da competência do médico da assistência. Estas ações devem ser perpetuadas pelos agentes de saúde e pelo médico, mas as orientações mais precisas sempre irão ficar deficientes por parte desses profissionais.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, recepcionista e agentes de saúde. Eu como médico era responsável pelas principais ações de coordenação da intervenção, realização de pactos com a gestão, monitoramento da intervenção e atendimento clínico dos usuários. A enfermeira fiscalizava o preenchimento das fichas-espelho e realizava o acolhimento dos usuários. A técnica de enfermagem realizava a triagem dos sinais vitais, acolhimento e preenchimento das fichas-controle. A recepcionista era a principal responsável pelo acolhimento e os agentes de saúde pelas palestras de educação em saúde e busca ativa dos usuários.

A intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, principalmente em outros programas que naturalmente começaram a se organizar e tomar linhas para em um futuro bem próximo receber intervenções como a do programa Hiperdia.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico, com os atendimentos clínicos em demanda espontânea, não tendo um cadastramento eficaz e real dos usuários. Isto era refletido em um atendimento superficial e sem embasamento de protocolos rigorosos. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas e conseqüentemente criando um registro eficaz e um aumento da cobertura do programa.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura e os índices devem ser constantemente aumentados.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto e pactuar com a gestão a contratação de um cirurgião-dentista e mais profissionais nutricionistas e educadores físicos para estarem em constante processo de educação em saúde, avaliação nutricional e de condicionamento físico dos usuários.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para as microáreas já existentes, as mesmas serão redivididas e os agentes ficarão menos

sobrecarregados, com isso pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS que foi também tema de intervenção de outro médico da unidade, porém de equipe diferente. Pretendemos trocar as intervenções e a unidade por completo terá dois programas fechados em constante execução dos protocolos.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Quando cheguei ao município de Tabatinga para realizar minhas atividades do PROVAB e quando fui alocado na Unidade Básica de Santa Rosa, percebi que o desafio seria grande, porém, com todas as dificuldades já visualizadas no início de tudo, reconheci a força da equipe daquela unidade e certamente conseguiríamos resultados bons com o programa de valorização da atenção básica.

A atenção básica não se resume apenas no atendimento de baixa complexidade e na realização de visitas domiciliares. Este tipo de atendimento segue fluxos e protocolos bem definidos pelo Ministério da Saúde e devem ser rigorosamente seguidos, buscando sempre indicadores melhores e alcance de metas de cobertura satisfatórias. Os números são extremamente importantes para verificarmos a qualidade da assistência prestada ao paciente. Isto traduz a eficácia do atendimento e a atenção para com o doente.

No mês de março, início das minhas atividades na unidade, no sistema de informação da atenção básica (SIAB), a UBS de Santa Rosa tinha 20 usuários maiores de 20 anos portadores de hipertensão arterial e 12 usuários diabéticos na mesma faixa etária cadastrados neste sistema. Com relação aos índices de cobertura estimados a partir do total de usuários cadastrados por unidade, temos uma cobertura insuficiente de ambas as patologias em questão. Com relação a hipertensão tínhamos uma cobertura de apenas 4% e com relação ao diabetes de 10%. Isto refletia a falta de comprometimento com relação a organização, cadastro e atenção para com os usuários do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos.

Com o início da intervenção na unidade básica, fizemos o cadastramento de todos os usuários que realizavam suas consultas na unidade e realizamos busca ativa incansável para aumentar e alcançarmos em 8 semanas o índice de cobertura de no mínimo 20% para os hipertensos e diabéticos. Ao final da 8ª semana de intervenção

conseguiu-se o cadastramento de 111 usuários, dentre estes 100 hipertensos, aumentando a cobertura para 20,2% e cumprindo o objetivo da intervenção e 27 diabéticos, aumentando a cobertura de 20% também para os diabéticos e alcançando a meta pré-estabelecida. Obter este ganho em 8 semanas mostra neste momento que podemos alcançar índices cada vez melhores, portanto, faz-se necessários que todas as medidas que serão descritas a partir de agora se perpetuem e se melhore a cada dia a qualidade de vida do paciente.

Para a execução das ações foi utilizado o manual de atenção ao paciente hipertenso e diabético e ele foi estudado e discutido por todos os funcionários da unidade, pois toda esta intervenção não foi realizada apenas pelo médico e sim pela enfermeira, técnica de enfermagem, recepcionista e agentes de saúde.

No atendimento diário, passou a fazer parte da rotina dessas 8 semanas a utilização de fichas-espelho para se extrair os dados estatísticos e servir como guia para o atendimento dos usuários, sistematizando desta forma todo o exame clínico dos doentes. Os usuários eram atendidos da melhor forma possível antes da intervenção, porém com ela o exame dos usuários permanecera em dia sem faltar nenhum item necessário para a boa execução da assistência ao paciente.

Para continuar a boa execução dos protocolos do programa, fez-se necessário pactuar com a sua gestão a realização de todos os exames fundamentais para a boa condução do usuário, sem faltar nenhum deles. Foi fundamental o engajamento dessa gestão para que conseguíssemos alcançar no 2º mês de intervenção 91% dos usuários com os exames complementares realizados em sua totalidade. Este índice nos deixa esperançoso, pois só não conseguimos alcançar 100% devido um problema na chegada dos reagentes que foi prontamente solucionado pela sua gestão. Esperamos que ao final do 3º mês este índice seja alcançado de forma natural e que se perpetue sempre a existência de todos os reagentes para os exames serem entregues de forma completa.

Para viabilizar o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia popular e minimizar gastos da secretaria municipal de saúde na compra de medicamentos que não fazem parte da farmácia popular do Hiperdia, todos os usuários que tinham medicamentos que não estavam listados, tiveram suas receitas trocadas por medicamentos listados, isentando desta forma problemas com estes medicamentos e usuários. A partir da 4ª semana de intervenção na unidade, tivemos 100% dos usuários fazendo uso de medicamentos cadastrados no Hiperdia.

Um grande problema que tivemos durante esta intervenção que necessita de melhora da pactuação é a viabilização de um profissional cirurgião-dentista para exercer suas atividades na unidade. Sei que isto acaba levando a resolução de um outro problema bem relevante para os usuários do bairro de Santo Rosa que é a finalização da obra da UBS. Com este término, o cirurgião dentista terá espaço de trabalho e teremos como além de fazer orientações sobre saúde bucal, que foi feita com todos os usuários antes dos atendimentos, fazer agendamento para que os mesmos sejam assistidos, fato este que hoje configura-se como um dos maiores problemas da unidade.

Conseguimos com a intervenção implantar um protocolo na unidade que será perpetuado para os próximos atendimentos e deve ser seguido pelo demais profissionais que trabalharão na unidade. Com isso, conseguimos realizar a estratificação de risco em todos os usuários e estabelecer prioridades no atendimento, minimizando os riscos de complicações nesses usuários. Conseguimos realizar busca ativa em todos os faltosos às consultas e fazer com que viessem até a unidade e não deixando, desta forma, que nenhum usuário seja perdido. Realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento em todos os usuários e por fim, realizamos palestras de orientação em saúde nos temas de nutrição e alimentação saudável, realização de atividade física regular, riscos da tabagismo e saúde bucal.

Alencar uma atividade mais importante ressaltaria a capacitação de todos os funcionários da unidade, principalmente os agentes para realizar palestras de educação em saúde. Acredito que com esta ferramenta conseguimos fazer promoção e prevenção na atenção básica.

Esta intervenção foi no programa de hipertensos e diabéticos, mas isto pôde nos mostrar que as mudanças podem existir em todos os programas e em todas as unidades do município de Tabatinga. Todo este processo mostrou engajamento público, engajamento dos profissionais da equipe e engajamento de sua gestão. Acredito que este apoio é o suficiente para que alcançamos sucesso em tudo que determinamos realizar na saúde do município.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Trabalhar no posto de saúde Santa Rosa em Tabatinga foi um desafio em tanto quando se tem pouca estrutura e condições para exercer as suas atividades. Quando

inicie em março as minhas consultas, percebi na população que utilizava o serviço, pessoas carentes de uma atenção de qualidade por parte do médico e um atendimento de bom agrado. Percebi que existiam muitos pacientes que tinha pressão alta e diabetes, porém não estavam organizados e conseqüentemente não recebiam a atenção que realmente mereciam.

Na unidade existiam muitos pacientes que tinham essas duas doenças e não faziam parte de um cadastro real no sistema de saúde do município de Tabatinga. Os números que o sistema possuía não correspondia a realidade da unidade, tendo apenas 20 pacientes com pressão alta no bairro como um todo e 12 pacientes com diabetes. Logo, tínhamos muitos pacientes que não estavam cadastrados neste sistema que não mostrava qual a real situação da unidade básica.

O ministério da saúde, órgão do governo federal responsável pela saúde pública no Brasil, possui guias para o atendimento mais completo dos pacientes portadores dessas doenças (hipertensão e diabetes). Com isso, iniciamos após reuniões com todos os funcionários da unidade, uma estratégia para cumprirmos em todos os pontos este guia de atendimento dos pacientes e melhorar grandemente a satisfação do atendimento e conseguir, desta forma, garantir melhoria na vida desses doentes e que eles consigam viver mais tranquilamente com essas doenças.

Com o cadastro e seguindo o guia do ministério da saúde, todos os pacientes eram atendidos da mesma forma. Possuíam uma ficha onde tudo que deveria ser feito com eles era checado e verificado a cada atendimento. As consultas deveriam ser pelo menos uma a cada mês, logo teríamos que nos encontrar pelo menos 1 vez a cada mês e nos meses seguintes, as consultas de retorno. Com o nome de todos os pacientes listados, ajustamos a agenda de atendimento médico e com isso conseguimos a meta de atender todos dentro de 1 mês. Com o uso da ficha única de acompanhamento, o exame clínico dos pacientes realizado pelo médico era feito de forma completa sem pular nenhum item do guia.

Para melhor acompanhamento dos pacientes todos eles deveriam cumprir e trazer ao médico nas consultas todos os exames solicitados, pois cada um tem um significado para avaliar se o tratamento está sendo bom para o doente. Com a ajuda da secretaria de saúde conseguimos dispor para todos eles os exames completos necessários para este acompanhamento, sem faltar nenhum. Junto com esse ganho, conseguimos também que todos os pacientes usassem os medicamentos dados pela

farmácia popular. Isto fez com que todos os pacientes tivessem acesso para pegar o medicamento com mais facilidade e não ficasse de nenhuma forma sem tomar.

Quando os pacientes faltam as consultas e os agentes vão atrás dos mesmos e saber o real motivo da falta, o paciente deve entender com esta ação que os agentes querem o melhor pela sua saúde. Todos os pacientes cadastrados que faltaram e receberam a visita do agente vieram a consulta médica e não faltaram mais. Isso mostra a aceitação, confiança e o entendimento do paciente com relação ao atendimento e conseqüentemente ao projeto que estamos realizando.

Não só de medicamento se faz o tratamento da pressão alta e do diabetes, mas existem muitas ações que devem ser somadas com o remédio. Todo paciente tem que ser avaliado com relação a necessidade do atendimento com o dentista e não somente avaliado, temos que garantir que após essa avaliação o mesmo consiga uma consulta com o profissional. Todos os usuários do bairro sabem que a nossa unidade básica está fora do seu lugar de origem e por esta razão estamos instalados em uma casa improvisada e não dispõe de consultório dentário. Apesar de conseguirmos passar a informação com relação a saúde bucal de todos os pacientes, não conseguimos ainda agendar a consultada para os mesmos, pois no posto improvisado não tem consultório para o cirurgião-dentista.

Além do medicamento e alimentação, precisamos conhecer medidas de saúde que irão somar ao tratamento das doenças e ajudar a melhora mais rápida dos pacientes, por isso, todos os agentes de saúde fizeram palestras sobre temas em alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Com as orientações repassadas, os pacientes tornam-se multiplicadores de cada informação recebida e repassam à comunidade.

Para a realização dessas atividades com os pacientes do programa de hipertensos e diabéticos foi necessário muitas vezes aumentar o tempo de espera dos pacientes na ante sala, a marcação de consultas ficou mais rigorosa e os dados eram buscados com mais rigorosidade, mas junto com isso alcançamos grandes números positivos e mais pacientes saudáveis. Com todo este ganho faz-se necessário não apenas realizar tais ações durante 12 semanas, mas sim tornar essas ações regras na unidade básica e precisaremos sempre do apoio e comprometimento do profissional médico, dos funcionários e principalmente dos pacientes, que podem sempre cobrar da unidade a realização de todas essas ações e ainda por cima, conseguir na comunidade multiplicar as informações em saúde recebidas pelos

profissionais. Com todos engajados por um objetivo conseguiremos resultados ainda melhores para estes pacientes e também para outros portadores de outras doenças.

5 Reflexão crítica sobre seu processo de aprendizagem

Quando iniciei minhas atividades no PROVAB e na especialização da UFPEL tive grandes dificuldades de adaptação com relação a educação a distância, não acreditava no potencial de aprendizado e tudo era muito difícil quando se tratava de estar em um interior do estado do Amazonas onde a conectividade com a internet é inexistente. Conforme as orientações eram dadas pude concluir que o curso tinha uma estrutura sólida e que a estratégia da universidade era eficaz para com as intervenções que se realizaria.

Formei no início de janeiro e não tinha experiência profissional, a especialização deu um suporte imenso com relação ao embasamento teórico e me fez conhecer os manuais, condutas detalhadas e me fez conhecer a atenção básica e como se deve trabalhar na mesma. Muitos profissionais tem uma visão errônea da estratégia saúde da família e foca as principais ações na enfermagem. Cabe ao médico também o trabalho em equipe para que os indicadores e metas sejam alcançadas.

Fui realmente surpreendido com a metodologia de ensino da UFPEL e pude, mesmo com grandes dificuldades com relação a conexão, aproveitar o melhor que o curso pôde me oferecer. Pude intervir e obter grandes feitos com relação aos indicadores e principalmente no cuidado ao paciente hipertenso e diabético. Aprendi a desenvolver os atendimentos de forma dinâmica e com aperfeiçoamento, bem como trabalhar com os membros da equipe de maneira integrada e motivando-os sempre.

As condições de trabalho na unidade básica serviram de superação para toda a equipe ao final da intervenção. Embora todos os fatores contra, matérias escassos e inexistentes, aprendi a criar estratégias para que as práticas no meu trabalho melhorassem, não pensando em duras críticas, mas em soluções. Consegui acima de tudo, improvisar sem comprometer a eficácia do atendimento. Consegui visualizar o trabalho sugerido pelo Ministério da Saúde através dos cadernos da atenção primária

e das políticas e como as ações preconizadas são realmente desenvolvidas no cotidiano da saúde da família.

O curso de especialização somou bastante ao profissional que sou hoje. Aprendi a valorizar o trabalho em equipe, superar dificuldades, visando sempre a qualidade de vida do usuário. Tratar e cuidar do paciente e não da doença. O conhecimento pode transformar as práticas de qualquer indivíduo e mesmo diante de todas as falhas do serviço público no Brasil, aprendi que as mudanças devem ser iniciadas por nós e somos agentes dela. O trabalho em equipe é capaz de mudar a realidade das pessoas mesmo quando tudo tende o contrário.

Referências

Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):254-62.

Mayckel da Silva Barreto, Regina Lúcia Dalla Torre Silva, Maria Angelica Pagliarini Waidman, Sonia Silva Marcon. PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL QUE FORAM A ÓBITO. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 jan/mar;15(1):162-71.

SILVA, Adriana Serafim Bispo, et al. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DISTRITAL DE SAÚDE. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2011 Jul-Set; 20(3): 512-8.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensao. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Sociedade Brasileira de Endocrinologia. V Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2013-2014:1-382.

Anexos

Anexo 3 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL