

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da atenção aos usuários hipertenso e diabéticos da UBS/ESF Dr.
Alfredo Campos, Manaquiri/AM.**

Idalmis Moreno Heredia

Pelotas, 2015.

Idalmis Moreno Heredia

**Qualificação da atenção aos usuários hipertenso e diabéticos da UBS/ESF Dr.
Alfredo Campos, Manaquiri/AM.**

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

Orientador: Gabriela Studzinski

Pelotas, 2015.

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

H542q Heredia, Idalmis Moreno

Qualificação da Atenção aos Usuários Hipertenso e Diabéticos da UBS/ESF Dr. Alfredo Campos, Manaquiri/AM / Idalmis Moreno Heredia; Gabriela Studzinski, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Studzinski, Gabriela, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A meus filhos e esposo,
por dar força a todas minhas ações, ainda que à distância.

Agradecimentos

Seria muito difícil numerar a todas as pessoas que fizeram parte deste trabalho e permitiram que chegasse a seu fim com resultados satisfatórios, mas têm algumas delas sem as quais seria impossível desfrutar hoje do término desta complicada tarefa. Agradeço em especial a minha família que fez possível que participasse do Programa Mais Médicos para o Brasil e que oferecem para mim todo seu apoio incondicional para enfrentar os restos de cada dia neste país, longe deles. A minha equipe de trabalho que desempenhou um papel fundamental no cumprimento das tarefas propostas na intervenção, a secretaria de saúde que disponibilizou os recursos precisos em cada momento para o alcance dos objetivos e escutou todas nossas reflexões com o intuito de melhorar a qualidade da atenção, aos professores da especialização que guiaram meus passos e conduziram-me pelo caminho correto melhorando meu desempenho. Enfim muito obrigado à todos.

Resumo

HEREDIA, Moreno Idalmis. **Qualificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da UBS/ESF Dr. Alfredo Campos, Manaquiri/AM.2015.** 80 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

As doenças cardiovasculares são a causa mais comum de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são dois dos principais fatores de risco. Estes são fatores independentes e sinérgicos muito frequentes no Município de Manaquiri, os quais se não tratados podem ocasionar complicações graves. Durante uma intervenção com duração de três meses (de março de 2015 à junho de 2015) na Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família Dr. Alfredo Campos, vinculado ao Programa Mais Médico Brasil, teve como objetivo ampliar a cobertura do programa e oferecer um atendimento de qualidade a usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pela equipe de saúde número 2. Atendemos uma população ribeirinha do município, neste estudo foram envolvidos 140 usuários com Hipertensão e 43 com Diabetes Mellitus. Ao final da intervenção conseguimos ampliar a cobertura e acompanhar 123 hipertensos (87%) e 43 diabéticos (100%), meta maior que a pactuada inicialmente que foi de 60%. A intervenção foi de extrema importância para esse grupo, foi possível organizar, cadastramos os usuários, pois antes da intervenção acompanhávamos 92 hipertensos e 27 diabéticos. Organizamos os registros, investimos em atividades de promoção em saúde, implantamos o uso da ficha espelho. Além disso conseguimos prescrever medicamentos da farmácia popular à todos usuários, realizamos avaliação de necessidade de atendimento e tratamento odontológico a 100% dos usuários, realizamos busca ativa a 100% dos faltosos, mantemos ficha de acompanhamento e realizamos a estratificação de risco cardiovascular 100% dos usuários, assim como todos receberam orientações de promoção de saúde. Tudo isso com a intenção de controlar estas doenças e diminuir as taxas de morbimortalidade, foram alcançadas importantes mudanças, em especial no estilo de vida da população e a maneira de pensar das pessoas com respeito a sua saúde, à receptividade com as indicações médicas e a responsabilização com a saúde. A educação em saúde e o envolvimento da equipe foram ferramentas importantes para o desenvolvimento do trabalho, pois garante o vínculo do usuário com a Unidade Básica de Saúde. Todas as ações organizadas nesse período permanecerão na rotina do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia Frente da UBS.....	11
Figura 2	Fotografia Farmácia.....	12
Figura 3	Fotografia Cozinha.....	12
Figura 4	Fotografia Preenchimento dos Registros.....	48
Figura 5	Fotografia Arquivos.....	48
Figura 6	Fotografia Atendimento na UBS.....	49
Figura 7	Fotografia Atendimento na UBS.....	49
Figura 8	Fotografia Visita a Comunidade Ribeirinha.....	50
Figura 9	Fotografia Visita a Comunidade Ribeirinha.....	50
Figura 10	Fotografia Visita Domiciliar.....	51
Figura 11	Fotografia Visita Domiciliar.....	51
Figura 12	Fotografia Atividade em Grupo.....	51
Figura 13	Gráfico Evolução mensal cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	56
Figura 14	Gráfico Evolução mensal indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	57
Figura 15	Gráfico Evolução mensal indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	58
Figura 16	Gráfico Evolução mensal indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	59
Figura 17	Fotografia: Apresentação dos resultados à gestora.....	70
Figura 18	Fotografia: Apresentação dos resultados à equipe.....	70
Figura 19	Gráfico Evolução mensal cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	72
Figura 20	Gráfico Evolução mensal indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AM	Amazonas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
DM	Diabete Mellitus
EaD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
.....	10
1 Análise Situacional	10
1.1 Textos iniciais sobre a situação da ESF/APS	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral.....	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações.....	31
2.3.2 Indicadores.....	39
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
.....	55
.....	55
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão.....	67
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	71
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74
.....	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
Referências	78
.....	79
Anexos	79

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 e parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da UBS/ESF Dr. Alfredo Campos, Manaquiri/AM. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho 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 12 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 utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de julho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Textos iniciais sobre a situação da ESF/APS

As comunidades do município de Manaquiri são populações ribeirinhas na beira do rio, estão muito longe da cidade, a uma hora do município e outras a mais de três horas, e por isso essas pessoas tem difícil acesso aos serviços de saúde já que tem que viajar em lancha ou canoa para ter atendimento, por essa situação nos garantimos seu atendimento uma vez que vão a UBS, o contrário das pessoas da cidade que moram no centro do município e tem um melhor acesso aos serviços de saúde, já que estão perto deles, uma vez que chegam na UBS são atendidas pelo médico, enfermeiros, odontólogos em dependência do problema de saúde que apresentem.

Enquanto ao atendimento dos grupos, como as gestantes, crianças, hiperdia depois do atendimento os usuários, são informados da época de seu retorno e ao retornarem são atendidas. As pessoas que ligam para o hospital, depois da 17 horas da tarde, pode ser por uma emergência ou por outra situação, em dependência do lugar onde encontram-se, a ambulância vai buscar como expliquei anteriormente, são atendidas no hospital e não precisam agendar as consultas.

As salas da UBS onde são feitos atendimentos, algumas não tem as condições ótimas para garantir um bom atendimento, tais como a climatização, algumas com pouca iluminação, em outras não temos pias, falta toalhas de papel para enxugar as mãos, assim como sonar para realizar o pré-natal. O conselho de saúde

fica na UBS mas os membros não se reúnem com frequência e eu não tenho participado em reuniões do conselho.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaquiri é um município brasileiro do estado do Amazonas, Região Norte do país. Situa-se ao sul de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 50 quilômetros. Sua altitude é de apenas 48 metros acima do nível do mar. Seu principal meio de transporte são as embarcações. Pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Manaus, é um dos municípios que integram a Região Metropolitana de Manaus. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), tem uma extensão territorial de 3975,8 km² e uma população de 27 480 habitantes. Vizinho dos municípios de Manacapuru, Careiro, Iranduba, Manaquiri se situa a 25 km ao sul – Leste de Manacapuru a maior cidade nos arredores. A maior parte da população mora nas comunidades ribeirinhas onde as principais atividades são a agricultura e a pesca.

O município de Manaquiri dispõe de um hospital municipal, onde são realizados exames complementares, Rx, ultrassonografia, mamografias e são atendidos os casos de urgências e emergências, sendo o centro de referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção primária em saúde é oferecida através de um consultório da área indígena e três Unidades Básicas de Saúde Urbanas (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), que prestam atendimento a 100% da população, mas só estão funcionando duas delas já que, uma encontra-se em manutenção, também contamos com uma equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), não temos disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO), nem atenção especializada de forma geral mas, os casos que precisarem deste tipo de atendimentos são encaminhados para Manaus. No município há 6 equipes de ESF, que estão divididas em duas UBS.

Em uma das UBS, atua uma equipe de saúde da família que está composta por: uma enfermeira, um médico clínico geral, dois técnicos de enfermagem, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma cirurgiã dentista e um auxiliar de consultório dentário, essa equipe presta atendimento a uma parte da população que

reside na zona urbana. Já na outra UBS trabalham cinco equipes de saúde. Uma equipe atende usuários da zona urbana e as outras quatro equipes restantes atendem aos usuários que residem nas comunidades ribeirinhas, dentro dessas está a minha equipe. Cada equipe está integrada por: um enfermeiro, um médico clínico geral, um técnico de enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde, há um só dentista para as cinco equipes de saúde e dois técnicos de saúde bucal. Esta distribuição se fez com o objetivo de melhorar a organização do atendimento da população, já que as comunidades ficam muito distantes da Unidade Básica de Saúde por isso, são priorizados estes usuários no horário da manhã, fundamentalmente as pessoas idosas, as crianças, as grávidas e pessoas com deficiência, embora também sejam oferecidos atendimentos no horário da tarde. Minha unidade chama-se Dr. Alfredo Campos e tem vínculo com instituição de ensino superior só na área de enfermagem (tanto para enfermeira como técnica de enfermagem) e está constituída por dois andares. No primeiro andar funcionam sete consultórios, sendo um de odontologia, uma sala de enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de procedimentos de enfermagem, a recepção, uma sala de assistência social, uma sala de vacina, seis banheiros, deles três são para funcionários, dois para usuários e um para cadeirantes. Há duas salas de espera, uma de Rx desativada, um laboratório desativado, uma cozinha, um almoxarifado, uma farmácia, uma área de serviço geral e uma sala para cadastrar os usuários. No segundo andar temos dois banheiros, uma sala da coordenação da atenção básica de saúde, uma sala administrativa, um salão de reuniões, uma sala da secretaria



Figura 1: Frente da UBS



Figura 2: Farmácia



Figura 3: Cozinha

de saúde, uma sala do conselho municipal de saúde, outro almoxarifado, um consultório médico e uma sala de informática. A ventilação, ambiência e iluminação são adequadas, os materiais de revestimentos das paredes e pisos são de superfícies lisas, regulares e laváveis, a cobertura de proteção é de telhado com laje em boas condições, as portas são revestidas de material laváveis e amplas, que permitem a entrada de cadeirantes, as janelas estão em boas condições, sendo de acordo com o que é preconizado pelo manual de adequação física do Ministério da Saúde Temos cinco consultórios que são utilizados de forma compartilhada por os profissionais da equipe. Apresentamos algumas dificuldades que afetam o trabalho como: só um dentista para as cinco equipes de saúde. Os casos de emergência ou atendimento mais complexo são encaminhados para o CEO. Foi solicitada pela secretaria de saúde a contratação de outro dentista. Outra dificuldade é que temos quantidades insuficientes de fitas métricas e sonar para fazer consulta pré-natal, apenas dois em bom estado e funcionando. Com relação a este problema, para facilitar o trabalho, foi feito um planejamento das consultas pré-natal, onde, cada equipe faz atendimento em um dia específico da semana, assim teremos condições para garantir uma consulta de qualidade, para resolver o problema foram solicitados esses instrumentos. Por último, sobre os medicamentos, que são esgotados rapidamente porque a demanda é grande, para dar solução a esse problema, o usuário pode ir ao hospital ou

consultório da área indígena que temos no município para procura dos mesmos, e também, buscamos orientar a importância dos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, quando possível e conveniente.

Sobre a atribuição dos profissionais de saúde, todos participaram nas seguintes atividades: no mapeamento e territorialização de nossa área de abrangência, além de fazer visitas nas comunidades em Igrejas, escolas e nos domicílios, conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde. A equipe de enfermagem faz curativos, preventivos, vacinas, palestras tanto nas escolas como nas comunidades, o enfermeiro faz prescrições, consultas, presta assistência integral aos usuários e participa da coordenação e organização das atividades de promoção em saúde, assim como o planejamento dos insumos necessário. O médico realiza atendimento clínico, participa da coordenação e organização das atividades de promoção em saúde, atendimento em domicílio, planejamento dos insumos necessários para o serviço, presta assistência integral aos usuários. O dentista realiza atendimento clínico, levantamento epidemiológico, assim como participa das atividades de educação em saúde e organização dos insumos quanto à área de odontologia. O técnico de saúde bucal auxilia o dentista nos atendimentos clínicos, organiza o material e o consultório, assim como a agenda, também participa das atividades de educação em saúde. Realizamos reuniões mensalmente, onde participam todos os membros das equipes conjuntamente com a secretária de saúde, a coordenadora da atenção básica, a gerente de enfermagem e vigilância em saúde e são discutidos alguns temas entre eles, as dificuldades que afetam o trabalho da equipe e buscamos juntos estratégias para contornar o problema.

O acolhimento em minha UBS é feito na recepção de segunda a sexta feira, nos turnos da manhã e da tarde, por todas as equipes, pelo por todos profissionais de saúde (pela enfermeira, médico ou técnica de enfermagem) em dependência do profissional que esteja no momento de chegada do usuário.

O total de pessoas residentes na área de abrangência é cerca de 9.537 pessoas, sendo 5235 do sexo masculino e 4502 do sexo feminino, esse número é dividido pelas 5 equipes de saúde, ficando em média 1.907 pessoas para cada equipe, mas minha equipe tem uma população total de 2.644 habitantes. É estimado que exista um leve predomínio de pessoas do sexo masculino. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas é estimado que existam para nossa equipe 27 gestantes em nossa área de abrangência, 25 puérperas, 25 crianças menores de um ano, 250

mulheres na faixa etária para prevenção do câncer de colo uterino, 130 na faixa prioritária para prevenção do câncer de mama, 140 hipertensos, 40 diabéticos, 160 idosos. A estrutura da UBS e a constituição da equipe são adequadas para atender o número de usuários da área.

Atenção à Demanda Espontânea pode dizer que, o acolhimento em nossa UBS é realizado na recepção de segunda a sexta feira, nos turnos da manhã e da tarde de forma coletiva por todos os membros da equipe de saúde. A equipe de saúde conhece sobre avaliação e classificação do risco biológico para definir encaminhamento do usuário, mas não é utilizada, o que ocasiona que à maioria dos usuários procuram atendimentos com médicos e dentista, muitos poucos com os enfermeiros e isto ocasiona um excesso de atendimento, sejam por problemas de saúde agudos ou por outros tipos de problemas tanto para residentes de nossa área de abrangência como, para os de fora, isto seria possível de ser resolvido se designarmos um responsável da equipe que tenha mais conhecimentos sobre os riscos para poder fazer uma classificação e avaliação do mesmo e desta forma organizar e melhorar o trabalho, porque assim não haveria necessidade de avaliação por médico, o enfermeiro pode atender a essas pessoas e na próxima consulta o usuário pode ser avaliado por o médico, assim o trabalho é compartilhado com a equipe e ninguém ficaria sem atendimento ou esperaria muito tempo, mas por enquanto para lidar com isso os usuários são orientados que podem voltar no horário da tarde em caso que não possam ser atendidos de manhã devido a quantidade de pessoas à espera, outra estratégia para diminuir o número de usuários na unidade são os atendimentos nas comunidades e as pessoas estão satisfeitas, pois não precisam ir até a UBS. Uma dificuldade enfrentada no momento é que estamos fazendo mais consultas de demanda espontânea que as programadas devido à dificuldade territorial, embora sejam feitas consultas agendadas aos grupos priorizados como as grávidas, crianças, hipertensos e diabéticos. São atendidos um total de 32 usuários ao dia, 16 no horário da manhã e 16 no horário da tarde, deixando sempre três vagas no caso de algum usuário apresentar alguma urgência. No caso do dentista ele trabalha com consultas agendadas porque é apenas um dentista para atender a população das cinco equipes de saúde, portanto os usuários que não têm nenhum tipo de urgência têm que voltar outro dia e os que precisem de atendimentos especializados são encaminhados ao Centro Odontológico Especializado, em caso de dor ou abscesso alveolar pode passar a consulta médica para tratamento e depois,

ser avaliado outro dia pelo dentista. Já foi solicitado outro odontólogo para melhorar a qualidade do atendimento e assim diminuir um pouco o excesso de demanda.

Sobre a saúde da criança, são realizadas consultas todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento por médicos e enfermeiros. Os indicadores dessa ação programática não encontram-se fragilizados, é estimado que em nossa área de abrangência existam 201 crianças menores de um ano e temos 201 crianças cadastradas, esse número é referente a população total atendida pela UBS (os 9.537 usuários). Sobre a responsabilidade de minha equipe fica um total de 25 crianças. Os indicadores de qualidade comportam-se de forma satisfatória e demonstra que a ação programática está organizada em nosso serviço, quase todos indicadores encontram-se em 100%, com exceção de triagem auditiva e avaliação de saúde bucal (40%). Em cada consulta é solicitada a caderneta da criança onde preenchemos as informações atuais dela, conversamos com o responsável sobre as dicas da alimentação saudável disponível na caderneta, assim como explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na mesma, além de informar sobre a data da próxima vacina e o local da caderneta onde ele pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, uma vez terminado o atendimento a criança sai com a próxima consulta agendada. Além disso, podemos dizer que, todas as crianças que apresentarem problemas agudos sejam ou não de nossa área de abrangência são atendidas sem nenhuma dificuldade, e não temos excesso de demanda. Apesar de não ter protocolo próprio em nosso município trabalhamos com os do Ministério da Saúde que são utilizados pela nutricionista, médicos, enfermeiros, odontólogo e auxiliares de enfermagem, são desenvolvidas muitas ações no cuidado das crianças na puericultura como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e teste do pezinho. Estes atendimentos da puericultura são arquivados nos prontuários, mas não costumam ser revisados periodicamente, não existem protocolos em nossa UBS para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde, nem temos médico pediatra para fazer atendimento às crianças de alto risco ou com intercorrências, neste caso encaminhamos ao hospital pediátrico em Manaus, como também não são realizadas atividades educativas com grupos de mães das crianças por dificuldades territoriais, pretendemos organizar para acontecer no dia de atendimento da puericultura, assim podemos aproveitar a presença de todas para dar orientações,

atividades educativas ou palestras, que poderão ser feitas sobre temas como: a saúde da criança, importância da assistência a consulta programada entre outras atividades, buscando diminuir a morbimortalidade nestas idades. De forma geral podemos dizer que para melhorar o trabalho com todas as crianças sobre tudo com os menores de um ano de idade temos que buscar em primeiro lugar uma boa atenção pré-natal, na qual as mães são orientadas sobre a importância da primeira consulta ao recém nascido nos primeiros sete dias onde vamos a dar uma série de orientações sobre os cuidados do recém-nascido, periodicidade das consultas, fazer visitas nas comunidade em conjunto com os agentes comunitários de saúde dando palestras e trabalhando com os diferentes grupos de idade, assim como visitar as puérperas e recém nascidos nos primeiros dias de vida fazendo a primeira consulta no domicilio onde vamos a dar todas as orientações sobre os cuidados do mesmo assim como valorando as condições de vida, ambiente familiar onde vai a crescer essa criança, higiene etc.

A atenção ao pré-natal é feita pelos profissionais das equipes e odontólogo todos os dias da semana, nos horários da manhã e da tarde. É estimado que existam 143 gestantes na área mas acompanhamos 89, esse número corresponde a todas equipes. Para minha equipe é estimado que existam 28 gestantes, mas temos 27 em acompanhamento. Nossos indicadores de qualidade encontram-se quase todos acima de 70%, com exceção do início do pré-natal no primeiro trimestre e exame ginecológico por trimestre (60%). Uma vez iniciado o pré-natal são indicados todos os exames na primeira consulta e orientamos a data da próxima consulta, se faz avaliação do risco, damos orientações gerais para uma gravidez normal e um parto sem complicações como: alimentação saudável, uso do sulfato ferroso e ácido fólico, importância da vacinação e são orientadas sobre o período da próxima vacina, no caso de não ter atualizado o cartão de vacinação, são encaminhadas ao dentista para avaliar a saúde bucal, explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira do pré-natal, assim como, aleitamento materno exclusivo até sexto mês, cuidados com o recém-nascido, risco do tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, o uso de anticoncepcional depois do parto, também recomenda-se a revisão puerperal. Não existem protocolos de atendimento pré-natal do município, estamos trabalhando com o protocolo do Ministério da Saúde. Os atendimentos às grávidas são registrados nos prontuários que são separados em pastas individuais para cada equipe até 42 dias após o parto, depois são arquivadas por famílias, mas

não costumam ser revisados periodicamente, assim como não temos profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do programa pré-natal. Temos uma enfermeira responsável pelo planejamento, gestão e coordenação deste programa. Não se realizam atividades de grupos de gestantes por problemas territoriais. Estamos trabalhando conjuntamente com os Agentes Comunitários de saúde para o começo do pré-natal antes das 12 semanas de gestação, através de ações educativas nas comunidades e nas consultas, sobre tudo com as adolescentes. Apresentamos dificuldades com o atendimento do pré-natal de alto risco, já que não temos médico ginecologista-obstetra em nosso município para avaliar essas gestantes, por isso são encaminhadas para o Instituto da Mulher em Manaus, assim como, as nulíparas e cesarianas quando chegam ao término da gestação; as múltiparas com uma gravidez normal, indicamos o parto no hospital da localidade. Sobre o puerpério, é estimado que tenhamos 201 puérperas, mas só acompanhamos 103, número total para as 5 equipes de saúde. Para minha equipe é estimado que exista 40 puérperas, mas acompanhamos 25. Quase todos indicadores encontram-se em 100%, com exceção da avaliação de intercorrências e exame ginecológico (23%) e consulta antes dos 42 dias após o parto e com registro da consulta puerperal (49%), vinculamos os baixos indicadores a dificuldade de acesso, mas estamos trabalhando para melhorar esses indicadores, através das consultas, orientando as mulheres sobre a importância dessas ações.

Em relação ao câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, temos 2020 mulheres de 25-64 anos em nossa área, todas com exame citopatológico de colo uterino em dia, para minha equipe é estimado que existam 403 mulheres, mas acompanhamos 250, das 250, 7 estão em tratamento e acompanhamento em oncologia por apresentar o exame alterado. Do total de 2020 mulheres, 80 estão em tratamento e acompanhamento em oncologia por apresentar o exame alterado. Nossos indicadores de qualidade encontram-se quase todos com 100%, o que nos demonstra que a ação programática está bem organizada. Realizamos avaliação do risco de câncer de colo uterino e orientamos para prevenção do mesmo, ações educativas orientando a todas as mulheres sobre o uso do preservativo para evitar as DST, assim como os malefícios do tabagismo, a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino (exame citopatológico do colo de útero), este é feito pelo médico e enfermeiro, todos os dias das semanas, no horário da manhã tanto à usuários de nossa área de cobertura como os de fora. Com ajuda dos agentes

comunitários de saúde, por meio das visitas realizadas nas comunidades, orienta-se as usuárias a comparecer à UBS. O rastreamento é de forma organizada, porém também oportunístico, aproveitando quando as mulheres estão na consulta para fazermos o preventivo e investigarmos os fatores de riscos para o câncer de colo de útero, registramos a coleta nos prontuários, no livro de registro e no formulário especial para citopatológico, os quais são revisados pela responsável da digitação do programa no município quinzenalmente com o objetivo de verificar mulheres com exame de rotina atrasado ou alterado, avaliar a qualidade do programa. As equipes de saúde realizam atividades com grupos de mulheres tanto na UBS, escolas, Igrejas, como nas comunidades em média mensais. Temos um enfermeiro responsável pelo planejamento, gestão e coordenação do programa com ajuda da assistência social, acontece reunião mensal para discutir sobre os resultados e sobre o programa. Em nossa UBS também realizamos ações educativas para a mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como ações de rastreamento do mesmo, onde investigamos fatores de riscos. Acompanhamos 468 mulheres na unidade ou 100%, entre 50 e 69 anos, faixa etária prioritária para a prevenção do câncer de mama, sendo o número total para as 5 equipes. Para minha equipe é estimado que devemos acompanhar 93 mulheres nessa faixa etária. Para essa ação programática todos os indicadores de qualidade encontram-se 100%. O atendimento é feito todos os dias da semana nos turnos de atendimento, por médicos e enfermeiros. Com ajuda dos agentes comunitários de saúde que aproveitam as visitas nas comunidades para orientar as mulheres a realizar o acompanhamento na UBS, o rastreamento é organizado, embora também é oferecido oportunamente às mulheres que chegam à consulta. Nós trabalhamos segundo o protocolo do Ministério da Saúde, já que, não temos próprio na UBS, há uma enfermeira que se dedica ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama com ajuda da assistência social, elas utilizam os registros específicos do programa e prontuários para realizar as avaliações e monitoramento fazendo relatórios com os resultados encontrados de forma trimestral. Temos 10 mulheres com mamografias alteradas até o momento, as quais estão em tratamento e acompanhamento nas consultas especializadas, este indicador melhorou muito desde que se começou a fazer mamografia no município. De forma geral podemos dizer que, não temos problemas com a realização do preventivo, assim como mamografia com a periodicidade preconizada, porque estes exames são feitos aqui e

também recebemos apoio do projeto SHOW DAS ÀGUAS e MEIO AMBIENTE, que é uma parceria da secretaria de saúde do estado com a rede amazônica, conjuntamente com a marinha do Brasil, na qual se presta serviço de saúde para todo o povo de Manaquiri, onde também participaram muitos especialistas como cardiologistas, ortopedistas, otorrinolaringologista, oftalmologista, pediatras, ginecologistas, e foram ofertados exames, entre eles mamografia e preventivos, isto ajudou com que 100% das mulheres tenham em dia seus exames, além do apoio dos pastores da Igreja metodista que também têm barcos equipados que fazem atendimento e exames nas comunidades, entre eles mamografias. As enfermeiras, quando fazemos atendimentos nas comunidades, fazem preventivo, por isso este indicador encontra-se satisfatório em nosso município. Quanto às mulheres com exame citopatológico alterado, nós fazemos uma consulta e indicamos colposcopia e encaminhamos ao ginecologista, assim como as que apresentem mamografias alteradas, encaminhamos ao ginecologista, com retorno a UBS para conhecer o que fizeram na consulta especializada e dar continuidade e acompanhamento a mulher. Geralmente converso com as mulheres que solicitam um laudo de tudo o que foi feito e do tratamento recebido, assim como a data da próxima consulta, além disso, os agentes comunitários de saúde tem a responsabilidade de fazer visitas a estas mulheres e orientar importância da assistência às consultas tanto nas UBS. Também temos o apoio da responsável pelo o programa e assistência social que ajudam a garantir a passagem da ida e volta da mulher que não tem boas condições socioeconômicas.

Sobre os hipertensos da área da UBS, é estimado que existam 1692 adultos com mais de 20 anos hipertensos residentes na área, mas acompanhamos 732, esse número é comum as 5 equipes. Para minha equipe é estimado que exista 140 hipertensos, mas acompanhamos 92, devido a que alguns procuram atendimentos nos municípios próximos onde moram. Nossos indicadores de qualidade comportam-se da seguinte maneira: quase todos com 100%, com exceção da avaliação de saúde bucal e atraso de 7 dias na consulta agendada (em torno de 70%). Já para os diabéticos é estimado que existam 484, mas acompanhamos apenas 263 ou 54%, número referente as 5 equipes. Para minha equipe é estimado que exista 40 diabéticos, mas o número real é 43 deles só acompanhamos 27 pela mesma situação que falamos anteriormente. Nossos indicadores de qualidade encontram-se com algumas fragilidades, a exemplo: atraso na consulta agendada, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos

3 meses, medida de sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses encontram-se abaixo dos 70%. Em nossa UBS são prestados atendimentos para adultos com estas doenças todos os dias da semana pela equipe de saúde segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Nas consultas realizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores destas doenças, além de realizar ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estimular-se a prática regular de atividade física, assim como são feitas orientações sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool. Também são desenvolvidas outras ações como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento da obesidade. Após as consultas eles saem com a próxima consulta programada agendada para o seguimento destas doenças, se alguém apresentar complicação ou descontrole de sua doença é encaminhado para atendimento nas especialidades ou para o pronto socorro. Temos um enfermeiro responsável pela gestão, planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que se reúne mensalmente com as equipes de saúde, além de realizar relatórios trimestralmente. Não são feitas atividades de grupos de adultos com DM e HAS em nossa UBS por dificuldade territorial, temos que seguir trabalhando com os agentes comunitários de saúde para cumprir com a escala programática das equipes de saúde com o objetivo de reunir grande quantidade de pessoas que apresentem estas doenças e priorizar atividades de grupo, tanto na UBS como, nas visitas realizadas nas comunidades com o apoio do NASF. Muitas coisas poderiam ser melhoradas para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção dessas ações programáticas em minha UBS, entre elas podemos mencionar a criação de círculos de diabéticos e hipertensos, onde eles receberiam informações sobre sua doença, principais sintomas, as consequências do não cumprimento do tratamento e possíveis complicações como: AVC, doenças renal crônica, cardiopatias, retinopatias, entre outras; coisas que eles não conhecem e fazem ficar mais grave o problema. Estes encontros permitiriam também oferecer educação em saúde sobre os cuidados que deve ter sobre sua saúde, a dieta, prática de exercícios físicos, a vigilância do peso corporal para manter os níveis de pressão arterial e glicemia dentro de limites normais. Também é possível fazer campanhas de aferição de pressão arterial nas comunidades com os integrantes da equipe para identificação de casos novos, ou seja, de morbidade oculta na população, se pode fazer glicemia aqueles com fatores

de risco ou com antecedentes familiares de diabetes, isto pode ser feito pela equipe de saúde com apoio dos Agentes Comunitários em lugares de mais difícil acesso aos serviços de saúde e encaminhando os casos novos para a UBS para avaliação, estudo e tratamento, desta forma conseguiríamos diminuir muitas complicações e garantiríamos melhor qualidade de vida ao usuário, assim como garantir compareçam consultas programadas de acordo com os protocolos.

Com relação à saúde da pessoa idosa podemos dizer que, o total de idosos de 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados em nossa UBS é 576 que coincide com o valor estimado para as 5 equipes. Deles, 305 têm hipertensão arterial sistêmica, representando 53%, e com Diabetes Mellitus são 136 representando 24%. Com avaliação de risco para morbimortalidade temos 256, representando 44%, 100% foram orientados a fazer atividade física regular e com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; só 186 têm avaliação de saúde bucal em dia representando 32%. O estimado para ser acompanhado por minha equipe é um total de 115 idosos, mas acompanhamos 160 idosos. Estes não têm caderneta de saúde da pessoa idosa, nem aparece registrado no prontuário avaliação multidimensional rápida. É realizado o atendimento aos idosos todos os dias da semana tanto para os de nossa área de abrangência como os de fora da mesma, segundo o protocolo do Ministério de Saúde. São desenvolvidas muitas ações referentes aos cuidados aos idosos como: imunização, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, assim como diagnóstico e tratamento da obesidade, além de explicar a eles e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como a HAS, DM e depressão, no caso de apresentarem problemas de saúde agudos são atendidos e avaliados, no caso de terem alguma complicação de sua doença são encaminhados para atendimento nas especialidades, para o pronto socorro ou internação hospitalar. Os atendimentos são registrados nos prontuários, ficha de atendimento odontológico, mas não costumam ser revisados. Sempre ao terminar a consulta os idosos saem com a próxima consulta agendada. Há um responsável pelo programa, embora, não faça reuniões, assim como não são feitas atividades de grupos por dificuldade territorial. Não há um exemplar do Estatuto do Idoso na UBS, nem temos responsável pela avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos. É um pouco difícil coletar dados referentes a Atenção à Saúde do Idoso na Unidade, pois, além de não ter caderneta de saúde da pessoa

idosa, nos prontuários não se comenta todas as ações feitas nas consultas, ou seja, são omitidas informações. Nos apoiamos nos registros dos responsáveis de cada equipe de saúde. Em resumo, pode-se dizer que, os principais problemas que apresentamos na atenção ao idoso são: a baixa cobertura de atendimento odontológico, já que, só temos um dentista para as cinco equipes de saúde, pelo qual já foi solicitado pela secretaria de saúde outro dentista, além disso recebemos apoio da Igreja metodista com barco equipado e com muitos especialistas dentro deles odontólogo, que fazem atendimentos nas comunidades. Outro problema é a falta de dados por ter os registros incompletos, para solucionar isto o responsável pelo programa tem que supervisionar os registros das consultas às pessoas idosas. Por último a alta mortalidade por enfermidades crônicas não transmissíveis, por isso, é de grande importância promover atividades em grupo tanto na UBS como nas visitas realizadas nas comunidades com o apoio do NASF, onde pode-se oferecer informação sobre essas doenças, principais sintomas, tratamento, assim como evitar complicações, também pode-se criar um grupo de idosos em cada comunidade na qual o agente comunitário de saúde, com a participação da equipe pode desenvolver atividades, como exercício físico, ações educativas sobre diferentes temas, tais como sobre, acidentes no domicílio, higiene dos alimentos, imunização, alimentação saudável, climatério e menopausa, HAS, DM, infecções urinárias, parasitose, entre outros temas a debater. Antes de iniciar cada atividade pode-se verificar a pressão arterial dos presentes. Assim podemos ampliar a cobertura aos idosos, logo, aumentar a qualidade de vida destas pessoas além de diagnosticar qualquer doença e iniciar tratamento. Também promover visitas domiciliares a este grupo orientando aos familiares sobre os cuidados, no sentido de envolver todos no cuidado e sobre a importância de realizar mamografia e preventivo para as mulheres e antígeno prostático para os homens.

Por fim, como maiores desafios enfrentados, devemos mencionar que é muito difícil reunir essas pessoas que moram nas comunidades da área de abrangência, devido primeiramente ao problema de transporte, que é feito de lancha e a maioria não têm, dependendo de outras pessoas, segundo pelas condições climáticas, enfrentamos período de seca (ficando mais distante a UBS, sendo o deslocamento por terra) e em período de chuva alaga o rio e as pessoas migram para outro lugar, para enfrentar esses problemas as equipes tomam como estratégia planejar as atividades, mas na realidade, trabalhamos na maioria das vezes com consulta de

demanda espontânea por esta situação, apesar disso a população fica satisfeita com o atendimento prestado, já que são bem acolhidos pela equipe de saúde com muito carinho, respeito, damos orientações sobre suas doenças, fazemos um bom interrogatório (anamnese) e exame físico e programamos a consulta de retorno. Para poder garantir isso a secretária de saúde deve criar condições de trabalho nas comunidades onde possamos reunir os grupos e com a ajuda do NASF oferecer a realização de ações de prevenção e promoção programadas, enfatizando a atenção aos idosos, a mulher, ao homem, as crianças e grávidas e as doenças crônicas seguindo o planejado pelo Ministério da saúde. As visitas às puérperas não são feitas devido a distância onde residem, as comunidades ficam muito longe da UBS. Além disso, atendemos a sete comunidades e é muito difícil fazer visitas a todas, são de comunidades ribeirinhas e as casas ficam distantes umas das outras. Para contornar esse problema, as grávidas são orientadas nas consultas do pré-natal que têm que comparecer a UBS depois do parto para fazer acompanhamento tanto ela como o recém-nascido.

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

Uma vez concluída a análise situacional, onde foi analisada com mais profundidade a estrutura da UBS, além de ter um melhor conhecimento sobre os diferentes protocolos de atendimento e acompanhamento dos usuários, porque no início do curso eu tinha uma visão superficial do trabalho na UBS, não conhecia o modo de funcionamento da mesma entre outras coisas, após todas as análises realizadas através dos diferentes questionários e documentos oferecidos em todas as tarefas do curso, posso falar com propriedade dos principais problemas que apresentamos na UBS, que são as dificuldades de efetivação dos programas e os problemas organizacionais, assim como a dificuldade com o transporte das pessoas que moram nas comunidades ribeirinhas e distantes na procura de atendimentos na UBS, agora temos buscado fazer consultas nas comunidades em um dia específico na semana, além de, visitar aos grupos priorizados.

Comparando o texto sobre a situação inicial do serviço com o relatório podemos dizer que existe um antes e depois, pois não tinha ideia do real funcionamento dos serviços de saúde, pude relacionar os indicadores a qualidade do serviço e pude identificar as principais dificuldades que atrapalham o funcionamento da UBS para planejar estratégias de enfrentamento junto a equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos. No Brasil há um índice de 7,6% de diabéticos na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo valores próximos dos 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não faz nenhum tratamento. Para a hipertensão arterial sistêmica, a prevalência estimada para a população brasileira adulta é de cerca de 15 a 20%, sendo que, entre a população idosa, este valor chega a 65%. Entre os hipertensos, cerca de 30% desconhecem serem portadores da doença. É uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas da Diabetes Mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Da mesma forma, o controle da Hipertensão Arterial resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo (BRASIL, 2006).

Minha unidade está em boas condições para proporcionar o acesso dos usuários, incluindo os cadeirantes. Está constituída por dois andares. A UBS é composta por cinco equipes de saúde, integrando cada equipe: um médico clínico

geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. Há um só dentista para as cinco equipes de saúde e dois técnicos de odontologia. A população de nossa área de abrangência mora nas comunidades ribeirinhas e as maiorias deles não têm boas condições socioeconômicas. A maior parte trabalha na agricultura e outros na pesca. Estas comunidades ficam muito longe da UBS, motivo pelo qual se dificulta muito o atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Outros procuram atendimento em outros serviços de saúde que fiquem mais próximo de sua residência, dificultando o acompanhamento. Em outras ocasiões os usuários não procuram atendimento por desconhecimento, e quando vão já apresentam alguma complicação, por isso é muito importante realizar pesquisa na população maior de 18 anos na procura de caso novo.

A população total da área de abrangência é de 9537 habitantes, deles temos cadastrados 789 usuários (47%) com Hipertensão Arterial acompanhados em nossa UBS, valor que não corresponde com o estimado (1692), e 263 usuários registrados com diabetes (53%), não correspondendo com o valor estimado (484) para as 5 equipes. Para minha equipe é estimado que existam 140 hipertensos e 40 diabéticos (dados obtidos pelo ACS), mas só acompanhávamos antes da intervenção 92 hipertensos e 27 diabéticos. O motivo provável dessa diferença entre os usuários cadastrados e a estimativa é que, muitos usuários com essas doenças são atendidos em Manaus ou em outro município, devido às dificuldades territoriais que apresentamos. Buscamos oferecer consultas de qualidade, os usuários serão acolhidos por todos os profissionais que trabalham na UBS, realizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores destas doenças, além de realizar ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estimula-se a prática regular de atividade física, assim como são feitas orientações sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool. Também são desenvolvidas outras ações como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento da obesidade. Um dos nossos objetivos principais é a orientação da importância do controle e seguimentos de sua doença na UBS para alcançar melhor controle da mesma evitando complicações que podem ser limitantes para a vida. Devido à grande quantidade de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes que são pessoas idosas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela distância entre a UBS e a moradia, ou por não ter lancha, tudo isto dificulta o

seguimento adequado destes usuários pela equipe de saúde, motivo pelo qual decidimos fazer a intervenção neste grupo priorizado para garantir melhor qualidade de vida e evitar mortalidade e comorbidades causadas por estas doenças que podem ser controláveis com modificação do estilo de vida e sobre tudo com o interesse que tenha a pessoa de melhorar, fazendo consciente a importância do cumprimento com todas as orientações do profissional.

A UBS, por ser o serviço de saúde mais próximo da população e porta de entrada ao sistema de saúde, tem o potencial para desenvolver ações importantes de intervenção para melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento à população. Pretendemos vencer as dificuldades que apresentamos como transporte e as condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis de muitos usuários que moram nas comunidades ribeirinhas, os quais têm maiores dificuldades em acessar a UBS na procura de atendimento. Com o cumprimento de um planejamento de ações para a prática clínica, a realização de ações de promoção e prevenção, educação em saúde para a população e criação do grupo de Hipertensos e Diabéticos esperamos melhorar muito os atendimentos a estes usuários, assim como aumentar a cobertura e a qualidade de vida, evitando complicações de sua doença.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS/ESF Dr. Alfredo Campos, Manaquiri/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1) Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos
- 2) Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos
- 3) Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa
- 4) Melhorar o registro das informações

- 5) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares
- 6) Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 – Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 - Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Metas relativas ao objetivo 2 – melhorar a qualidade da atenção:

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 protocolo.

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

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Metas relativas ao objetivo 3 – melhorar a adesão ao programa:

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Metas relativas ao objetivo 4 – melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Metas relativas ao objetivo 5 – mapear hipertensos e diabéticos de risco:

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.

Metas relativas ao objetivo 6 – promover a saúde dos hipertensos e diabéticos:

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 hipertensos cadastrados no programa.

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

Meta 6.5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7 – Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8 - Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Alfredo Campos, no município de Manaquiri/AM. Participarão da intervenção todos hipertensos (140) e diabéticos da área de abrangência da UBS (43), adultos maiores de 20 anos de idade, referentes a minha equipe de saúde, já que na UBS atuam 5 equipes, mas apenas a minha está realizando a intervenção no momento.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus

Meta 1.1 – Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 - Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Para alcançar o objetivo 1, ou seja, Ampliar a cobertura do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus, no eixo **monitoramento e avaliação**, mensalmente os prontuários serão revisados, assim como os registros específicos do programa, para avaliar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e atendidos, será responsabilidade do coordenador do programa na UBS com auxílio da enfermeira. Nos três primeiros meses de intervenção estimamos cadastrar 60% desses usuários, mas a ideia é que nos próximos meses sigamos com a intervenção, para buscar o 100% dos cadastrados.

No eixo **organização e gestão do serviço** o cadastro desses usuários será realizado na UBS, quando vierem para sua consulta ou nas visitas domiciliares (aqueles impedidos de comparecer a unidade). O usuário sempre que buscar a unidade será acolhido podendo ser por qualquer profissional de saúde e será atendido ou pelo médico ou enfermeira e terá sua próxima consulta agendada. Mensalmente

os dados serão cadastrados no SIAB, a enfermeira fará o cadastro com auxílio do técnico de enfermagem.

Para o **engajamento público** a equipe realizará palestras nas comunidades sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na tentativa de rastrear novos usuários, também na unidade de saúde todas pessoas durante suas consultas serão informadas sobre o trabalho realizado e na sala de espera semanalmente, todos aqueles que estão à espera de sua consulta programada serão informados. Toda equipe será responsável por divulgar a intervenção.

Para a **qualificação da prática clínica** será programada uma capacitação antes do início da intervenção, para os profissionais da saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência, assim como para o preenchimento correto dos registros do programa. A médica com auxílio da enfermeira será responsável por isso.

Objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção

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 protocolo.

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

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Para alcançar o objetivo 2, ou seja, melhorar a qualidade da atenção, no eixo **monitoramento e avaliação**, serão feitas revisões dos prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos para monitorar a realização de exame clínico apropriado

(através de uma estratificação e utilizaremos os registros específicos para monitorar e programar o retorno do usuário), monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada (também será feito através da pesquisa dos registros específicos), assim como monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia (iremos priorizar a prescrição dos medicamentos da farmácia popular, sempre que prescrito o medicamento isso será registrado no prontuário e ficha espelho). Também, vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos que necessitam de acompanhamento odontológico e pediremos a colaboração da equipe de saúde bucal, para garantir o atendimento desses usuários de maneira prioritária de acordo com a organização da agenda. Para essas ações a enfermeira e a médica serão responsáveis. Já para a organização da agenda de odontologia a equipe de saúde bucal será responsável.

No eixo **organização e gestão do serviço** se estabelecerão e darão a conhecer as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e/ou diabetes (através da capacitação que acontecerá a cada dois meses), assim como será garantida junto a Secretaria de Saúde a presença de uma versão atualizada do protocolo impressa na UBS. Será garantida a solicitação dos exames complementares de acordo com a periodicidade e o protocolo. Os usuários hipertensos e diabéticos terão cronograma individual de condutas a serem realizadas anualmente, anexadas as suas fichas espelho, com a data prevista para a solicitação de exames já anotada, e esse cronograma será revisado antes de cada consulta individual, e também mensalmente. Será pactuado com a Secretaria de Saúde para obter agilidade máxima para a realização dos exames complementares e a obtenção dos resultados. A realização de controle do estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia da UBS será mensal, e será feito pelo farmacêutico, baseado na atualização mensal do registro de controle de hipertensos e diabéticos e seus tratamentos, será mantida uma lista das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados com estas doenças na UBS. Será organizada com a equipe de odontologia a avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, sendo que serão reservadas três vagas diárias para estes usuários.

No eixo **engajamento público** uma das ações mais importantes será a criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos, com encontros mensais, um dia fixo

no mês, na UBS para ensinar sobre a doença (manejo, tratamento, alimentação, fatores de risco). Pretendemos envolver os usuários de todas as equipes da unidade neste tipo de ação. Para isso, será preciso adequar à escala programática de cada equipe, de forma que permita reunir a maior quantidade de usuários com estas doenças em um mesmo dia, tendo em conta as dificuldades territoriais que apresenta o município. Realizar encontros mensais do grupo de hipertensos e diabéticos para dar a conhecer aos usuários com estas doenças, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como serão incluídas nas orientações mensais do Grupo de Hipertensos e Diabéticos a importância da realização de exames complementares e a periodicidade dos mesmos, os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, além de dar a conhecer a importância da avaliação da saúde bucal.

Para a **qualificação da prática clínica** com a equipe será feita capacitação, antes do início da intervenção, para a realização de exame clínico apropriado, para a solicitação de exames complementares, a atualização do profissional no tratamento da hipertensão, informações sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e sobre a avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Os responsáveis pela capacitação serão a enfermeira e a médica.

Objetivo 3: melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para alcançar o objetivo 3, ou seja, melhorar a adesão ao programa, no eixo **avaliação e monitoramento**, será feita a revisão mensal do registro específico do programa e dos prontuários dos hipertensos e diabéticos para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para poder identificar os faltosos e realizar a busca ativa. Essa revisão será realizada pela enfermeira, com auxílio de uma técnica de enfermagem.

No eixo **organização e gestão do serviço** serão organizadas com os ACS e resto da equipe, visitas domiciliares para buscar hipertensos e diabéticos faltosos. Os ACS receberão, na reunião semanal, lista dos usuários que faltaram em consulta para realizar a visita e agendar o mesmo para a semana seguinte. A agenda será organizada de forma a acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares em coordenação com a recepcionista, a qual dará prioridade aos usuários das comunidades mais distantes da UBS, aproveitando para oferecer aos mesmos as orientações precisas para evitar as faltas às consultas posteriores. Serão reservadas duas vagas para o médico e duas vagas para a enfermeira, por semana, para este tipo de agendamento.

No eixo **engajamento público** será informado aos usuários nas visitas às comunidades sobre a importância de realização das consultas, de evitar faltar a consulta agendada, assim como será preciso esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Em busca de melhorar o atendimento, serão discutidos com as lideranças locais nas comunidades sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Para a **qualificação da prática clínica** serão feitas capacitações mensalmente aos ACS para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade e sobre a busca ativa dos faltosos e seu agendamento. Será sobre responsabilidade da médica.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Para alcançar o objetivo 4, ou seja, melhorar o registro das informações, no eixo **monitoramento e avaliação**, será feito o monitoramento mensal da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde, através da revisão dos prontuários, fichas espelho e registro específico, a enfermeira será responsável pela revisão com ajuda de uma técnica de enfermagem.

No eixo **organização e gestão do serviço**, o SIAB será atualizado semanalmente pela técnica de enfermagem com supervisão da enfermeira para cadastrar os usuários com Hipertensão Arterial e com Diabetes Mellitus e atualizar as

informações. Implantar-se-á ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Serão separadas em pastas independentes as fichas espelho dos usuários com hipertensão e com diabetes e, a partir das revisões mensais das fichas, serão anexados bilhetes com as ações em atraso, para viabilizar a identificação de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença, e será estabelecido que se convoque este usuário para consulta.

No eixo **engajamento público** serão incluídas, nas palestras à comunidade, orientações sobre o direito em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, assim como durante as consultas e visitas domiciliares. Toda equipe será treinada para repassar essa informação.

Para a **qualificação da prática clínica** será feita a capacitação da equipe na primeira semana de intervenção sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e sobre o direito de manutenção dos registros pelo usuário. Será responsabilidade da médica e enfermeira.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco:

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.

Para alcançar o objetivo 5, ou seja, mapear hipertensos e diabéticos de risco, no eixo **monitoramento e avaliação**, serão feitas revisões mensais dos prontuários para monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. A enfermeira e a médica serão responsáveis por isso.

No eixo **organização e gestão do serviço**, será definido com a equipe um melhor seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco, os quais vão ser atendidos pela médica da equipe com o objetivo de avaliar possíveis complicações de sua doença e adesão ao tratamento. Será programado um total de 20 consultas por semanas para os usuários com hipertensão e diabetes. Serão

agendados 12 usuários para a consulta médica, deixando sempre três vagas para urgência, e oito consultas para os usuários com hipertensão e diabéticos classificados como de baixo risco para a enfermeira. Os usuários de alto risco sempre serão priorizados.

Para o **engajamento público** serão incluídas nas atividades mensais programadas do Grupo de Hipertensos e Diabéticos, e nas orientações aos usuários da comunidade geral, informações quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, assim como esclarecimento quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física, tabagismo) já que podem gerar complicações graves da sua doença, e desta forma fazer que eles sejam responsáveis de sua saúde. Nas consultas e visitas domiciliares o usuário também será informado sobre o risco e sobre o acompanhamento da doença. Toda equipe será treinada para repassar as informações.

Para a **qualificação de prática clínica** organizaremos capacitação na primeira semana de intervenção, e atualização trimestral da equipe, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham, ou de lesões em órgãos alvo, e sobre a importância do registro desta avaliação. A equipe também será capacitada para as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis na população. Será responsabilidade da médica.

Objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos e diabéticos:

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 hipertensos cadastrados no programa.

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

Meta 6.5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7 – Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8 - Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Para alcançar o objetivo 6, ou seja, promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, no eixo **monitoramento e avaliação**, serão feitas revisões mensais das fichas espelho ou prontuários para monitorar se foram dadas orientações nutricionais, orientações para realização de atividade física regular, orientações sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. A enfermeira será a responsável com auxílio de uma técnica de enfermagem.

No eixo **organização e gestão do serviço**, iremos desenvolver atividades mensais com o grupo de hipertensos e diabéticos, a médica será responsável pelo projeto e solicitará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" O tempo médio de consultas será de 25 minutos, com a finalidade de garantir orientações em nível individual. A agenda também será organizada para dar prioridade que não realizam acompanhamento nem estão com seus exames em dia.

No eixo **engajamento público** em atividade mensal do Grupo de Hipertensos e Diabéticos, haverá atividades coletivas sobre alimentação saudável, em coordenação com nutricionista do NASF, e sobre orientação para a prática de atividade física, em coordenação com educadores físicos do município, serão incluídas nas palestras mensais, orientações aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Também iremos orientar individualmente nas consultas e nas visitas, tanto o usuário com a doença quanto seus familiares. Toda equipe será responsável.

Para a **qualificação da prática clínica** será oferecida uma capacitação ao início da intervenção e uma atualização trimestral para a equipe da Unidade de Saúde sobre práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas, oferecimento de orientações de higiene bucal com ajuda de odontólogo e equipe do NASF, além de ensinar metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus.

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção.

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 1: Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 3: Indicar a 100% dos hipertensos 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 de saúde.

Meta 4: Indicar a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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 de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Buscar 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 2: Buscar 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.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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.

Objetivo 5: Realizar estratificação de risco cardiovascular.

Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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 de saúde.

Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos, adotaremos Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Para o monitoramento e avaliação da intervenção utilizaremos os prontuários, a ficha espelho disponibilizada no site do curso e a planilha de coleta de dados (também disponibilizada pelo curso, ANEXO B). Pediremos a gestão o material para a impressão de 200 prontuários e 200 fichas espelhos (ANEXO C), estimamos alcançar com a intervenção 60% dos 140 usuários hipertensos e 43 diabéticos. Também utilizamos o termo de consentimento livre e esclarecido para utilização das fotos (ANEXO D).

Para o monitoramento das ações utilizaremos as fichas espelho, prontuários e planilha de coleta de dados. Todos instrumentos serão preenchidos após a consulta de saúde do usuário e serão revisados periodicamente pela enfermeira e médica.

Com auxílio da gestão, criamos um arquivo específico para acondicionar os registros do programa. Já temos organizados os prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes na recepção, em uma pasta independente, para facilitar o trabalho. Para a manutenção da organização, contamos com o apoio da recepcionista. Para as ações de organização e gestão do serviço, serão necessários alguns materiais e instrumentos como: duas balanças, duas fitas métricas, uma agenda para realizar o agendamento dos hipertensos e diabéticos, um caderno para registro do controle da pressão arterial, glicose, peso e circunferência abdominal dos usuários, um caderno para o registro das visitas domiciliares e a impressão de 100 fichas de visita domiciliar. Atualmente, já temos disponível a agenda e a balança, mas não temos fita métrica para a sala de triagem, embora já tenha sido solicitada à secretaria de saúde e coordenadora da atenção básica. Além disso, serão necessários materiais e equipamentos para a viabilização do atendimento clínico, que são: dois estetoscópios, dois esfigmomanômetros, os quais já temos na unidade, precisaremos

também de um otoscópio, um oftalmoscópio, que foram solicitados à coordenadora da atenção básica, para poder garantir um atendimento com qualidade. Os responsáveis pelo atendimento clínico e manejo desses equipamentos serão a médica e a enfermeira. O atendimento acontecerá semanalmente. A médica atenderá 12 usuários por turno, em dois turnos por semana, assim como a enfermeira que atenderá oito usuários por turno em dois turnos. Para as visitas domiciliares, será solicitado transporte para a prefeitura. Atualmente, fazemos as visitas nas comunidades ribeirinhas em lancha, mas temos ocasiões que precisa ser de carro (período de seca), além disso, também necessitamos de alimentos para a equipe, quando a mesma for realizar visitas, que serão garantidos pela secretária de saúde e coordenadora da atenção básica, além de medicamentos para entregar aos usuários com hipertensão e diabetes para garantir o controle de sua doença e aproveitar a visita evitando que precisem comparecer em outro momento a UBS. Para os usuários provenientes das buscas reservaremos duas vagas para consulta de enfermagem e duas vagas para consulta médica.

Para as ações de engajamento público, vamos precisar de materiais educativos, que serão solicitados no setor de vigilância, que serão garantidos pela coordenadora da atenção básica com apoio da secretaria de saúde e da prefeitura. Utilizaremos cartazes que serão distribuídos pela unidade de saúde, tanto para informar sobre a intervenção como informar a população sobre hipertensão e diabetes.

Para a qualificação da prática clínica serão realizadas mensalmente capacitação aos ACS e à equipe de saúde no dia da reunião da equipe, utilizaremos a sala de reunião na própria unidade, também precisamos de projetor e notebook, que vão ser garantidos pela secretaria de saúde. Também utilizaremos o protocolo mencionado anteriormente. Iremos programar a primeira para antes do início da intervenção.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião de planejamento e avaliação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes e contato com gestores	X											
Cadastramento hipertensos e Diabéticos da área adstrita	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico e acolhimento dos Hipertensos e Diabéticos da UBS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática	X											
Busca ativa dos Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ações de promoção de saúde na UBS.	X			X			X			X		
Visitas domiciliares para Hipertensos e Diabéticos na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização do SIAB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão dos equipamentos e controle de estoque.	X			X			X			X		
Monitoramento do exame	X			X			X			X		
Monitoramento da intervenção na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

O resultado da intervenção será apresentado para equipe, os gestores e a comunidade nas seguintes datas: 28 e 29 de julho de 2015 aproveitando para a entrega da produção dos ACS.

3 Relatório da Intervenção

Através deste relatório, serão descritas as ações que foram previstas no projeto de intervenção e que visam qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos assistidos na UBS/ESF Dr. Alfredo Campos, pela equipe de saúde dois no município de Manaquiri/AM. A intervenção teve duração de 12 semanas e iniciou no mês de março seguindo um cronograma integrado ao projeto antes citado.

O objetivo de nossa intervenção inicial era cadastrar e acompanhar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Nossa meta foi superada conseguimos cadastrar e acompanhar 87% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Grande parte das ações planejadas para a intervenção na UBS foram executadas sem maiores dificuldades, devido a cooperação de toda equipe, comunidade e seus representantes e gestores. Buscamos seguir o cronograma no decorrer das semanas, com tudo isso, foi possível uma melhor organização do serviço, assim como o cadastramento e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência, totalizando 87% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

Criamos uma pasta para acomodar os registros específicos da intervenção (Fig. 4), e um local para acondicionar e organizar os prontuários dos usuários (Fig. 5),

tudo isso favoreceu o monitoramento das ações previstas como identificar os faltosos as consultas e realizar a busca ativa com auxílio das ACS. As capacitações também aconteceram de maneira satisfatória, com participação dos membros da equipe. Realizamos reuniões periódicas da equipe para avaliação dos resultados e para conversar com os membros sobre o andamento da intervenção. Oferecemos atendimento clínico a todos usuários conforme protocolo do MS (Fig 6 e Fig. 7), marcamos dois dias fixos na semana para fazer este atendimento a estes usuários (dia de terça feira para enfermeira e na quinta para consulta médica) e assim alcançar uma quantidade de pessoas para fazer ações educativas com o grupo de hipertensos e diabéticos, contamos com apoio da equipe do NASF, aqui foram feitas palestras



Figura 4: Preenchimento dos registros



Figura 5: Arquivos

sobre hipertensão e diabetes, causas, fatores de riscos, diagnóstico, principais sintomas, complicações e tratamento (medicamentoso e não medicamentoso para o controle das mesmas), alimentação saudável, prática de atividades físicas entre outras, desta maneira alcançamos uma grande quantidade de usuários que participaram nestas atividades. Também durante as consultas orientamos os usuários tanto sobre sua doença quanto a importância de realizar acompanhamento na unidade. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Realizamos visitas domiciliares (Fig. 8, 9, 10, 11).

Foram realizadas atividades educativas com grupos de hipertensos e diabéticos (Fig. 12) tanto no âmbito da UBS como nas visitas as comunidades (fig. 8, 9, 10 e 11). Atividades como disponibilizar um dia fixo para: o atendimento desses usuários, realizar as visitas domiciliares e as atividades de promoção e prevenção em



Figura 6: atendimento na UBS



Figura 7: atendimento na UBS

saúde foram possíveis com a intervenção.



Figura 8: Visita a Comunidade Ribeirinha



Figura 9: visita a comunidade ribeirinha



Figura 10: Atendimento domiciliar



Figura 11: visita domiciliar



Figura 12: Atividade em Grupo

Sobre a busca ativa, conseguimos captar todos os usuários faltosos. Sobre as orientações de dieta saudável, a prática de exercícios físicos, higiene bucal, risco cardiovascular também conseguimos atingir nossa meta estimada. De forma geral posso dizer que, foi um pouco difícil reunir a todos os líderes de cada comunidade porque moram distante da UBS, embora foi apresentado o projeto de forma independente a cada um deles diante das visitas feitas em cada comunidade, os quais julgaram muito importante realizar este projeto com estes usuários e apoiaram a equipe em tudo o que foi preciso para alcançar nosso objetivo organizando a população para fazer os atendimento em escola, igrejas, onde foram feitas palestras conjuntamente com a equipe do NASF, participando uma grande quantidade de pessoas, não só os diabéticos e hipertensos, também as pessoas com mais de 18 anos, onde aproveitamos o momento para fazer aferição de pressão arterial a estes usuários e hemoglicoteste as pessoas com fatores de risco para a diabetes na procura de morbidade oculta, algumas pessoas apresentaram dúvidas com relação a alimentação e foi esclarecida. Também foi de muita utilidade todos os materiais solicitado a gestora quando apresentamos o projeto, a qual apoiou cada uma das ações a serem desenvolvidas na intervenção. A equipe onde trabalho foi a única que fez a intervenção nesta ação programática já que ,as outras equipes encontravam-se trabalhando em outra ação.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentre as ações previstas e não desenvolvidas, citamos o problema e a dificuldade vivenciada em relação aos exames complementares dos usuários cadastrados no programa. Estes não estão de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Tudo isso, devido a problemas com o laboratório, primeiramente, não estavam realizando alguns exames pela falta dos reagentes, então solicitamos a gestão que fossem providenciados os reagentes (e foram), por fim a máquina responsável pelos exames quebrou e ficamos no aguardo de um técnico vindo de outra cidade para seu conserto. Para contornar esse problema, seguimos solicitando os exames aos usuários e aqueles que podem vão a municípios vizinhos para realizar

seus exames. Devido a todo esse problema foi impossível atingir a meta de qualidade referente aos exames complementares em 100%.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Inicialmente tive dificuldade com o manuseio da planilha de dados, mas assim que entendi seu funcionamento ficou bastante fácil, pois antes estava usando os dados referentes as 5 equipes, mas só a minha fez a intervenção. Precisei adequar os dados da planilha para o número de pessoas acompanhadas referente a minha equipe, dessa maneira, antes de ajustar a planilha, meus indicadores encontravam-se abaixo do ideal. A ficha espelho e os diários de intervenção foram instrumentos que me auxiliaram durante essas semanas e que seguirão sendo usados, pois ajudam a registrar informações importantes e individuais referente a cada usuário. Apesar de ser trabalhoso o preenchimento dos diários e das planilhas, eles permitem o correto seguimento dos usuários e possuem valiosas informações. Também utilizei fotos para registrar as atividades o que pode tornar meu trabalho mais real ao leitor. Para essas fotos pedimos a autorização dos usuários, através do termo de consentimento. Todos instrumentos utilizados para registrar os dados foram muito úteis para poder descrever os resultados de minha intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Sobre a viabilidade da incorporação das ações a rotina do serviço, podemos dizer que a resposta é sim. Houve cooperação por parte de todas partes envolvidas o que facilita muito o trabalho e permite com que as atividades propostas sejam desenvolvidas sem muitas dificuldades. Com o auxílio dos materiais disponibilizados

pelo curso foi possível planejar e organizar ações sistematizadas no intuito de qualificar o serviço ofertado a população.

Eu, minha equipe e as outras equipes que dividem o espaço da UBS estamos satisfeitos em parte com o resultado alcançado e buscaremos o aumento dos indicadores ao longo do tempo, pois a nossa intenção é que a intervenção continue. Posso avaliar a intervenção como um trabalho muito positivo em meu serviço, que proporcionou o estreitamento de laços tanto entre a equipe, mas também com a comunidade. A nossa intenção é que todo usuário com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes seja atendido de maneira integral, igualitária e humanizada. Também é nossa intenção diagnosticar em nossa população o mais precoce possível essas enfermidades para oferecer o tratamento oportuno e evitar o surgimento das possíveis complicações. Outra intenção do trabalho é mudar estilos de vida, estimulando a população a ter hábitos saudáveis, trabalhando com a prevenção dessas doe

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O objetivo fundamental da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Dr. Alfredo Campos na área de abrangência da equipe de saúde 2, existe 140 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 43 usuários com diabetes mellitus. Pactuamos atingir uma meta de cobertura de 60% desses usuários nesses primeiros 3 meses de intervenção devido à dificuldade de acesso dos usuários a unidade, assim como da equipe as comunidades. Ao final do terceiro mês cadastramos e acompanhamos 87% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Objetivo: Aumentar a cobertura a hipertensos com mais de 20 anos da área adstrita

Meta: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

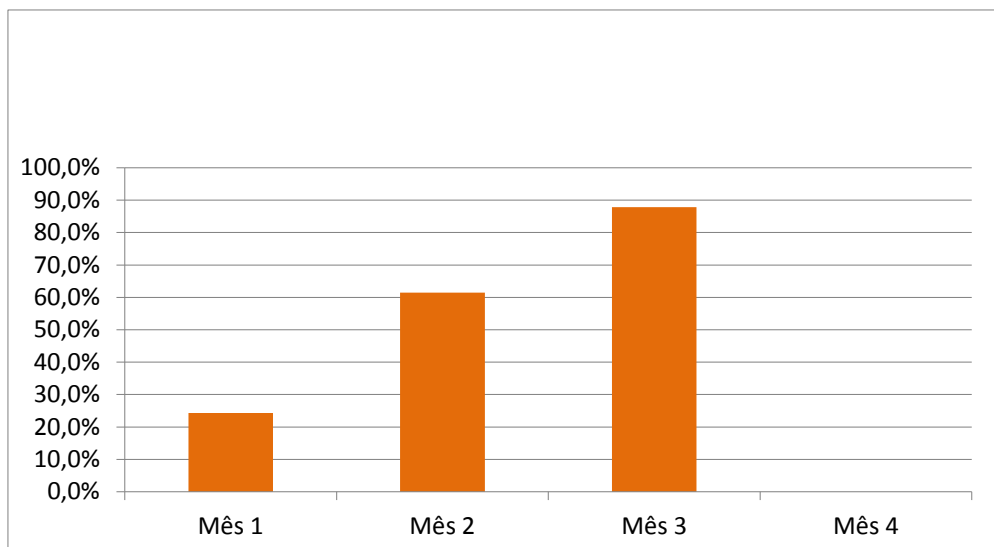


Figura 13: Gráfico: Evolução mensal cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Observando o gráfico podemos dizer que, com o transcurso da intervenção pudemos ampliar de mês em mês a cobertura desses usuários, com 34 usuários hipertensos atendidos no primeiro mês que representa 20%, 86 no segundo mês (61,4%) e a 123 usuários no terceiro mês representando 87,9 %, logo conseguimos superar a meta proposta inicialmente que era de 60%.

As ações que permitiram o alcance dessa meta foram as seguintes: capacitação da equipe de saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde para o cadastramento de hipertensos da área de abrangência, revisão dos prontuários e ficha espelho procurando monitorar o número de hipertensos cadastrados, procura de usuários faltosos com ajuda dos ACS, atualização do SIAB, atividades de educação em saúde nas comunidades, atividades educativas com o grupo de hipertensão (atividades que fizeram com que a população conhecesse o trabalho realizado) tanto nas comunidades como na UBS, acolhimento e atendimento dos hipertensos, busca ativa dos hipertensos, podemos dizer que toda equipe manteve-se ativa nesse processo. As outras equipes não participaram inicialmente da intervenção.

Objetivo: Aumentar a cobertura à diabéticos com mais de 20 anos da área adstrita

Meta: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

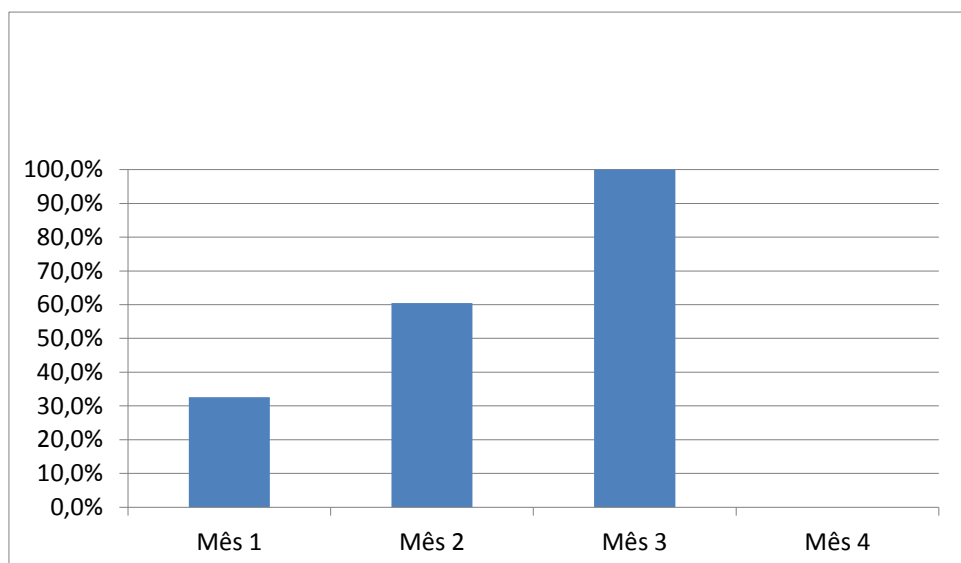


Figura 14: Gráfico Evolução mensal indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

De acordo com o gráfico relativo a cobertura do programa de atenção ao diabético, conseguimos alcançar 100% da cobertura que foi alcançada no terceiro mês, conseguimos acompanhar e cadastrar 43 usuários ao final da intervenção. No primeiro mês cadastramos e acompanhamos 14 usuários e 26 no segundo mês. A ampliação da cobertura só foi possível graças as ações realizadas durante a intervenção como: capacitação da equipe de saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde para o cadastramento de diabéticos da área de abrangência, revisão dos prontuários e ficha espelho procurando monitorar o número de diabéticos cadastrados, procura de usuários faltosos com ajuda dos ACS, atualização do SIAB, atividades de educação em saúde nas comunidades, atividades educativas com o grupo de diabéticos (atividades que fizeram com que a população conhecesse o trabalho realizado) tanto nas comunidades como na UBS, acolhimento e atendimento dos diabéticos, busca ativa dos diabéticos, podemos dizer que toda equipe manteve-se ativa nesse processo.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

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

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

Durante os três meses de intervenção, o número de usuários diabéticos com exame clínico em dia manteve-se em 100% ao final de cada mês. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 14 diabéticos, no segundo mês 26 e no terceiro 43. A estratégia que permitiu o alcance das metas pactuadas foi a reorganização da atenção à saúde de usuários diabéticos. Durante as consultas, buscou-se um exame clínico detalhado, conforme protocolo do Ministério da Saúde, sempre na tentativa de identificar fatores de risco associados e complicações inerentes ao diabetes. As consultas também foram organizadas e seguiam um roteiro, o que permitiu uma padronização. Também devo ressaltar que durante as capacitações da equipe muito se conversou sobre os fatores de risco e as complicações.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

Meta: Garantir a 100% dos hipertensos 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.

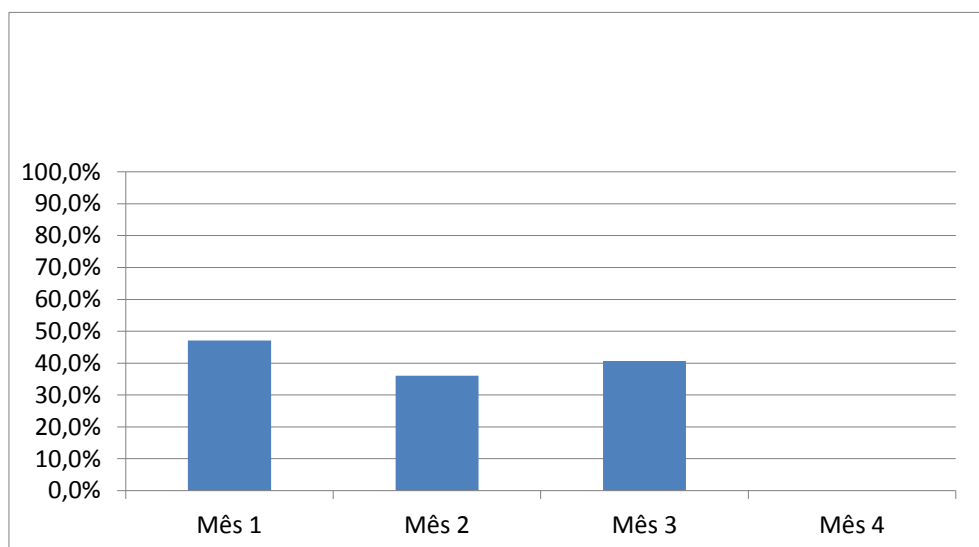


Figura 15: Gráfico Evolução mensal indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Infelizmente para essa ação a meta atingida não foi igual a pactuada devido um problema no laboratório, que estava com seu maquinário em manutenção, o que teve impacto direto em nosso indicador de forma negativa, de acordo com os diários, na segunda semana de intervenção, logo de início aconteceu esse problema. Nem

todos usuário tiveram seus exames complementares em dia, no primeiro mês de intervenção, apenas 16 usuários estavam com seus exames em dia ou 47,1%, no segundo mês 31 ou 36% e no final do terceiro mês 50 usuários ou 40,7% estavam com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Foi conversado sobre o problema com a gestora da unidade em uma reunião para que conseguisse uma solução, mas até o final da intervenção o problema não havia sido resolvido. Uma estratégia que utilizamos foi pedir para aqueles usuários que possuíam condições realizar o exame na cidade vizinha (mas nem todos puderam já que a unidade não forneceu transporte).

Durante as consultas teve-se o cuidado de avaliar se o usuário estava ou não com seus exames em dia de acordo com o protocolo. Para os que não estão com o exame em dia solicitamos e registramos na ficha espelho (devido ao problema com o maquinário em manutenção). Aqueles que puderam realizaram seus exames em cidades vizinhas podiam escolher qual a de melhor conveniência (Castanha, Iranduba ou Manaus).

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir a 100% dos diabéticos 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.

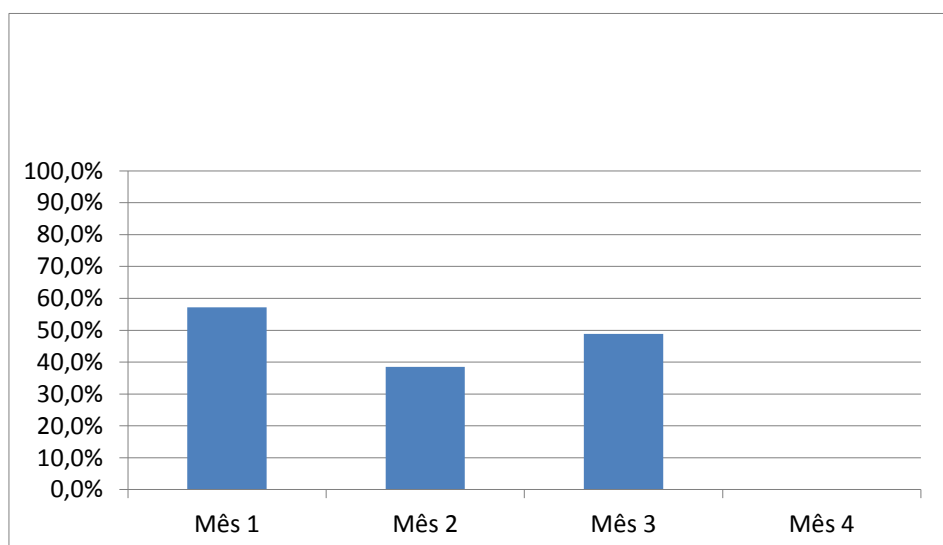


Figura 16: Gráfico Evolução mensal proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Infelizmente também não atingimos a meta de 100% para esse indicador, devido aos mesmos problemas relatados anteriormente, pela quebra do maquinário responsável pelos exames complementares. No primeiro mês estavam em dia com seus exames 8 de 14 diabéticos (57,1%) cadastrados, no segundo mês 10 de um total de 26 diabéticos (38,5%) e no último mês 21 de 43 (48,8%).

Durante as consultas teve-se o cuidado de avaliar se o usuário estava ou não com seus exames em dia de acordo com o protocolo. Para os que não estão com o exame em dia solicitamos e registramos na ficha espelho (devido ao problema com o maquinário em manutenção). Aqueles que puderam realizaram seus exames em cidades vizinhas podiam escolher qual a de melhor conveniência (Castanha, Iranduba ou Manaus).

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

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

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

Para este indicador, durante os 3 meses mantemos a meta de 100%. A evolução se deu da seguinte maneira: no primeiro mês 33 (100% dos cadastrados) hipertensos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, 86 no segundo mês (100% dos cadastrados) e 123 ao final do terceiro mês (100%).

Com relação à disponibilidade dos medicamentos prescritos aos usuários com hipertensão todos estão disponíveis nas Farmácias Populares, sempre durante as consultas a estes usuários prescrevemos a medicação para retirar na própria farmácia da UBS, mas apresentamos alguns problemas com a disponibilidade dos mesmos, os usuários continuaram com o uso de sua medicação, pois foram orientados a comprar os mesmos nas Farmácias Populares, permitindo manter sua doença controlada e assim evitar possíveis complicações.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

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

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

Da mesma maneira que o indicador anterior, este indicador, durante os três meses também mantemos a meta de 100%. A evolução se deu da seguinte maneira: no primeiro mês 12 (100% dos cadastrados) hipertensos estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, 24 no segundo mês (100% dos cadastrados) e 41 ao final do terceiro mês (100%).

Com relação à disponibilidade dos medicamentos prescritos aos usuários com diabetes todos estão disponíveis nas Farmácias Populares, sempre durante as consultas a estes usuários prescrevemos a medicação para retirar na própria farmácia da UBS, mas também apresentamos alguns problemas com a disponibilidade dos mesmos, os usuários continuaram com o uso de sua medicação, pois foram orientados a comprar os mesmos nas Farmácias Populares, permitindo manter sua doença controlada e assim evitar possíveis complicações.

De acordo com meus diários na segunda semana fizemos toda revisão do estoque e verificamos que estava em falta glibenclamida e aspirina, que foi solicitado a gestão e repostos.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos da área adstrita

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

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

Para este indicador também mantemos a meta de 100% durante toda intervenção. No primeiro mês 34 usuários foram cadastrados e avaliados quanto a realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 86 e ao final do terceiro mês 123. Aqueles que apresentaram cárie ou outra necessidade foram encaminhados ao dentista.

Temos disponibilidade de três vagas para o atendimento destes usuários com o odontólogo, apesar das limitações com o serviço (devido ao compressor estragado, mas a gestão comprometeu-se a resolver o problema), no momento são ofertados serviços como extrações, curativos ou aplicação de flúor. Os casos de urgências são encaminhados para o Centro Odontológico Especializado que fica situado em Manaus. Dentre os problemas bucais mais comuns encontramos ausências dentárias, cáries e raízes residuais, os usuários foram agendados para a continuação de seu tratamento dentário, assim como foram explicadas sobre as alterações bucais que

podem ocorrer na cavidade bucal de hipertensos e diabéticos, como sensação de boca seca, diminuição de saliva.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos da área adstrita

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

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

Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos diabéticos (14) haviam recebido avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico. Da mesma forma, ao final do segundo (26) e terceiro mês (43), todos diabéticos cadastrados no programa receberam avaliação quanto a atendimento odontológico atingido 100%.

Temos disponibilidade de três vagas para o atendimento destes usuários com o odontólogo, apesar das limitações com o serviço (devido ao compressor estragado, mas a gestão comprometeu-se a resolver o problema), no momento são ofertados serviços como extrações, curativos ou aplicação de flúor. Os casos de urgências são encaminhados para o Centro Odontológico Especializado que fica situado em Manaus. A equipe de saúde bucal contribui muito para a manutenção do indicador.

Objetivo: Melhorar a adesão dos hipertensos da área adstrita

Meta: Buscar 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.

Nos três meses de intervenção foram realizadas buscas ativas e conseguimos captar 100% dos usuários faltosos. Isso só foi possível graças a atuação de toda equipe, principalmente pelos ACS, os mesmos foram orientados sobre quais os usuários faltosos em cada semana. Durante as reuniões de equipe os ACS eram informados ou a enfermeira através do telefone passava a lista dos faltosos. Com a revisão dos prontuários e da ficha espelho, pudemos ter o controle durante toda intervenção. Para aqueles usuários com dificuldades para chegar ao serviço de saúde foram feitas visitas domiciliares.

No primeiro mês tivemos 15 faltosos e realizamos 15 buscas, 33 faltosos para 33 buscas no segundo mês e ao final da intervenção 46 faltosos e 46 buscas, conseguimos novo agendamento para todos esses usuários, nenhum deixou de ser

assistido. As razões das faltas as consultas é principalmente o mau tempo que enfrentamos, com muitas chuvas e a falta de transporte para os moradores das comunidades ribeirinhas. Para tentar contornar os problemas programamos visitas nas áreas com maior número de faltosos.

Durante busca ativa realizada na terceira semana, gostaria de citar em especial uma senhora visitada, com hipertensão e que nunca havia realizado coleta de preventivo e conseguimos agenda-la e atende-la na UBS, demonstrando a importância do atendimento integral dos usuários, estávamos buscando por uma patologia e descobrimos que a usuária nunca havia feito o preventivo. Em outra visita diagnosticamos uma usuária idosa com hipertensa e a mesma possuía diversas lesões de pele, aproveitamos e para agenda-la na UBS para consulta com especialista para avaliação.

Na quinta semana de intervenção, visitamos uma usuária de 63 anos, com hipertensão e diabetes, cadeirante devido a um acidente vascular cerebral isquêmico, estava muito deprimida por não poder realizar suas tarefas diárias, então planejamos uma consulta com a equipe do NASF para dar suporte e que iniciasse com fisioterapia para tentar inseri-la novamente ao convívio social, além disso apresenta anemia, sua família foi esclarecida sobre alimentação saudável.

Outro caso muito interessante que acompanhamos na quinta semana foi o senhor Manoel da Silva de 87 anos, recém diagnosticado com hipertensão e com hérnia escrotal esquerda, cuidado por sua filha de 43 anos, obesa, que na ocasião do atendimento ao seu Manoel foi diagnosticada também com hipertensão e passou a ser cuidada por nossa equipe.

Objetivo: Melhorar a adesão dos diabéticos da área adstrita

Meta: Buscar 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. Da mesma maneira que para a busca ativa dos hipertensos, nos três meses de intervenção conseguimos captar 100% dos usuários diabéticos faltosos. Isso só foi possível graças à atuação de toda equipe, principalmente pelos ACS, os mesmos foram orientados sobre quais os usuários faltosos em cada semana. Durante as reuniões de equipe os ACS eram informados ou a enfermeira através do telefone passava a lista dos faltosos. Com a revisão dos prontuários e da ficha espelho,

podemos ter o controle durante toda intervenção. Para aqueles usuários com dificuldades para chegar ao serviço de saúde foram feitas visitas domiciliares.

No primeiro mês tivemos três faltosos e realizamos três buscas, nove faltosos para nove buscas no segundo mês e ao final da intervenção 17 faltosos e 17 buscas, conseguimos novo agendamento para todos esses usuários, nenhum deixou de ser assistido.

Objetivo: Melhorar o registro dos hipertensos da área adstrita

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

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

Esse indicador também foi mantido em 100% durante toda intervenção. Ao final do primeiro mês de intervenção 100% dos hipertensos (34) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. Igualmente, ao final do segundo (86) e terceiro mês (123), ou seja, 100% dos hipertensos possuíam registro adequado na ficha de acompanhamento.

O que possibilitou a manutenção desta meta foi o adequado treinamento da equipe para a manutenção desses registros e correto preenchimento, também a organização de um arquivo para acondicionar os registros do programa, o que permitiu um acesso rápido e fácil a esses dados, sem falar que toda equipe possui acesso a essas informações.

Aqui gostaria de comentar o caso do seu Omar Costa, 70 anos e hipertenso, que estava cadastrado, mas não tinha prontuário, realizamos sua consulta, de acordo com os diários na quinta semana de intervenção, confeccionamos seu prontuário e registramos os dados tanto nesse como na ficha espelho.

Objetivo: Melhorar o registro dos diabéticos da área adstrita

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

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

Assim como conseguimos manter a meta de 100% dos registros adequados para hipertensos, também conseguimos manter 100% dos registros adequados para

os diabéticos. Ao final do primeiro mês todos os 14 diabéticos cadastrados possuíam registros adequados, seguidos de 26 e 43 no segundo e terceiro mês respectivamente.

Podemos dizer que os mesmos aspectos citados anteriormente contribuíram de forma positiva para a manutenção desses registros (organização do arquivo com fácil acesso, treinamento da equipe).

Demonstrando que a organização do serviço reflete diretamente nos resultados de um trabalho, como exemplo, para todas ações nos baseamos nos registros, a excelência do serviço começa pelos registros adequados dos usuários, pois partindo deste princípio é que conseguimos planejar ações e saber como está a qualidade do atendimento prestado.

Objetivo: Realizar estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos da área adstrita

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Todos hipertensos tiveram estratificação de risco cardiovascular. Durante os três meses mantemos a meta de 100%. 34 hipertensos foram avaliados no primeiro mês, 86 no segundo e 123 no terceiro.

Durante todas as consultas o usuário era estratificado quanto ao risco, aquele usuário que apresentasse alguma lesão em órgão-alvo já era classificado como de alto risco (segundo o protocolo do Ministério da Saúde).

Em casos que não era possível realizar essa estratificação, solicitamos exames complementares.

Objetivo: Realizar estratificação do risco cardiovascular dos diabéticos da área adstrita

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Outra meta que mantemos em 100% durante os três meses. Todos diabéticos cadastrados, tiveram estratificação do seu risco cardiovascular. A evolução aconteceu da seguinte maneira: 14 no primeiro mês, 26 no segundo e 43 no terceiro mês. Para

que todos fossem estratificados quanto ao risco cardiovascular, procuramos na primeira consulta já fazer essa classificação, de acordo com protocolo seguido, sem necessidade de exames complementares.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

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

A respeito das orientações sobre alimentação saudável, todos os hipertensos e diabéticos receberam orientações. Mantemos 100% da meta nos três meses de intervenção. Ao final do terceiro mês de intervenção alcançamos 123 hipertensos e 43 diabéticos.

Essas orientações foram repassadas de forma individual durante as consultas, ou em grupo nos dias de encontro na UBS e nas visitas domiciliares. Para a manutenção desse indicador devemos citar o envolvimento de toda equipe, que foi treinada durante as capacitações para o repasse das informações e trabalharam de forma ativa no processo.

Aqui gostaria de citar em especial o caso de uma usuária que consultou na unidade na quarta semana de intervenção, mulher 30 anos de idade hipertensa e com obesidade, nesse caso em especial demos maior atenção para as orientações de nutrição e encaminhamos a uma nutricionista e endocrinologista para ser acompanhada. A usuária relata que faz tudo conforme orientamos, mas não é o que parece devido seu estado de saúde. Mas para nossa surpresa, na quinta semana de intervenção caso semelhante foi encontrado, outra usuária de 32 anos com obesidade e hipertensão, tivemos a mesma conduta citada anteriormente.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita.

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

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

Durante os três meses de intervenção mantemos 100 % da meta que era orientar os hipertensos e diabéticos sobre a prática regular de atividade física. Todos

os cadastrados foram orientados, e ao final da intervenção os 123 hipertensos e os 43 diabéticos foram atingidos. Tudo isso só foi possível graças a participação de toda equipe de saúde, mediante capacitação. Essas informações foram repassadas individualmente nas consultas, de forma coletiva nos grupos e nas visitas domiciliares.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos

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

Durante os três meses de intervenção 100% dos usuários foram orientados sobre os riscos do tabagismo. Aqueles que são fumantes foram de maneira incansável instruídos pela equipe para abandonar o hábito. Todos foram orientados durante as consultas, atividade em grupo e nas visitas domiciliares. Toda equipe teve um importante papel para o cumprimento desta ação e todos participaram de forma ativa. Ao final da intervenção 123 hipertensos e 43 diabéticos foram orientados.

Objetivo: Realizar promoção à saúde aos hipertensos e diabéticos da área adstrita

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Nos três meses de intervenção todos hipertensos e diabéticos foram orientados para os cuidados com higiene bucal. Além da avaliação odontológica com o dentista, toda equipe teve papel importante para a manutenção deste indicador e todos eram responsáveis por repassar essas informações aos usuários. Ao final da intervenção 123 hipertensos e 43 diabéticos foram orientados.

4.2 Discussão

A intervenção feita na Unidade Básica de Saúde Dr. Alfredo Campos do município Manaquiri no Estado de Amazonas sobre “Qualificação da atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, propiciou a

ampliação da cobertura da atenção da equipe de saúde, melhora dos registros, melhora na organização do trabalho tanto na recepção como no processo de trabalho da equipe. Os resultados alcançados por nossa equipe durante a intervenção foram empolgantes: ao final do terceiro mês conseguimos cadastrar e acompanhar 123 usuários hipertensos, meta maior do que a pactuada, inicialmente pactuamos 60% dos usuários e alcançamos 87,9% (devido ao difícil acesso as comunidades ribeirinhas, assim como dos usuários a unidade), da mesma maneira, para a diabetes, cadastramos e acompanhamos 43 usuários com diabetes, número maior que o pactuado inicialmente, pactuamos 60% e atingimos 100%.

Além disso, nossos indicadores de qualidade durante toda intervenção apresentaram 100%, com exceção dos exames complementares em dia, fato esse que pode ser explicado porque no primeiro momento em nosso laboratório acabou o reagente necessário para gerar os resultados dos exames, informamos à gestão que disponibilizou o material, mas após isso a máquina do laboratório estragou e ficamos aguardando o conserto que não foi realizado em tempo hábil, na tentativa de resolver isso, encaminhamos os usuários para realizar seus exames nas cidades vizinhas, mas nem todos conseguiram o acesso. A gestão se responsabilizou pelo conserto do maquinário.

A intervenção teve impacto positivo nas outras equipes de saúde que dividem a estrutura física da unidade, eles gostaram muito das ações propostas a este grupo e a incorporaram também na rotina do serviço de suas equipes, mas enquanto estávamos realizando a intervenção apenas minha equipe realizou todas ações propostas. As outras equipes mostraram-se entusiasmadas com os resultados alcançados pela nossa e no futuro irão organizar as ações de acordo com a proposta do curso. Além disso, propiciou a qualificação da atenção com destaque na ampliação da oferta dos exames requeridos pelos usuários que inclui exame dos pés e pulsos periféricos aos diabéticos e classificação de risco de ambas as doenças e propiciando a atenção priorizada aos usuários com alto risco cardiovascular, atuando sobre os fatores de risco para evitar possíveis complicações dos órgãos alvos, com tudo isso, conseguimos com que a equipe fique mais perto dos usuários, através das visitas domiciliares na procura de usuários faltosos e de aqueles que não podem comparecer a UBS por suas condições físicas como os cadeirantes ou pessoas idosas.

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada 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 pela equipe (médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS) e da recepção o que gerou uma união do grupo. Durante todo o tempo da intervenção todos profissionais mostraram-se participativos nas atividades realizadas na Unidade de Saúde. Esta participação da equipe foi essencial para o bom andamento de todas as ações programadas. Para a médica e enfermeira em especial, foi uma experiência única, antes nunca estivemos em um lugar onde precisamos viajar de lancha, visitar lugares que nunca pensamos, além de conhecer as condições de vida e culturais dessas pessoas, gostamos muito da experiência porque são pessoas humildes e necessitadas em questão de orientação e educação em saúde. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, no atendimento a outros grupos priorizados e também com o monitoramento das ações como a supervisão do estoque dos medicamentos porque não seria só a farmacêutica quem vai perceber se tem falta de algum medicamento, também a equipe vai ajudar em isso.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensos e Diabéticos eram concentradas na atenção médica exclusiva. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhora do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, além de favorecer o conhecimento acerca da medicação que precisam os usuários, informação que traz benefícios para o serviço já que permite a adequada planificação dos recursos materiais em função de oferecer uma atenção integral ao usuário. O acolhimento realizado pelos profissionais da equipe foi reorganizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização, e todos mantiveram-se ativos no processo de escuta e na tentativa de solucionar os problemas dos usuários, o que também foi de muita importância para a criação de um vínculo de confiança e respeito com a comunidade. A busca ativa dos usuários, as orientações a todos sobre controle da sua doença e fatores de risco associados também foi uma conquista nas atividades diárias da unidade.

Após a conclusão da intervenção, marcamos uma reunião onde foi realizada uma apresentação dos resultados alcançados para a gestora da unidade, conforme mostra a figura 17 e para a equipe de saúde conforme mostra a figura 18. Todos ficaram muito empolgados com as melhorias do serviço e com o cumprimento das

metas de acordo com o cronograma. Além disso, todos estão engajados para que o trabalho continue e que seja ampliado a outras ações programáticas.

Ainda é muito cedo para avaliar o impacto da intervenção na comunidade, mas posso dizer que tem sido muito bem aceito pelos hipertensos e diabéticos, estão satisfeitos com o atendimento, ofertado com qualidade, respeito e prioridade, outro aspecto que todos estão satisfeitos é ter dois dias fixos na semana para o atendimento, um dia para a enfermeira e outro para a médica, ao início isso ocasionou um pouco de insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas depois como a equipe começou

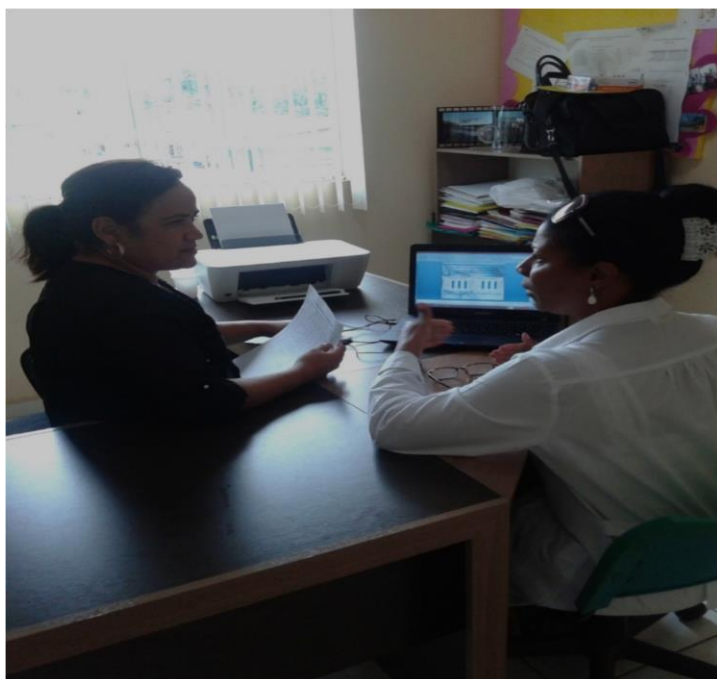


Figura 17: Apresentação dos resultados a gestora



Figura 18: Apresentação dos resultados a equipe

fazer ações educativas nas comunidades eles entenderam o motivo da mesma, o papel de cada profissional e suas atribuições frente ao serviço de atenção básica e hoje estão contentes e de acordo com a nova organização. A equipe continua trabalhando após o final da intervenção para a ampliação da cobertura do programa já que possivelmente ainda temos usuários com estas doenças sem diagnosticar.

Neste caso posso dizer que teria sido um pouco mais fácil, porque agora tenho uma noção mais ampla do que poderia fazer e tivesse discutido isso com a equipe desde que começou a unidade de análise situacional. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar o projeto. Agora que finaliza o projeto e o mesmo vai se incorporar na rotina do serviço a equipe está em melhores condições para superar as dificuldades encontradas e melhorar a atenção a outros programas como: as grávidas e crianças.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, todas as mudanças realizadas nesse período fazem parte do nosso novo sistema de trabalho e toda equipe está capacitada para a manutenção das ações programadas, mas ainda temos que seguir trabalhando na conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorizar a atenção dos hipertensos e diabéticos, sobre tudo os de alto risco, nossa intenção é realizar todas nossas ações focadas na educação em saúde. A próxima ação programática a serem organizadas na UBS pela equipe vai ser a atenção ao pré-natal e puerpério, que já começamos a organizar o serviço para oferecer um melhor atendimento e controle a este grupo priorizado.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos,

que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Prezados gestores, venho a partir deste relatar sobre a intervenção realizada na Unidade Dr. Alfredo Campos no município de Manaquiri/AM com hipertensos e diabéticos da comunidade vinculada à UBS. O foco de intervenção foi escolhido após uma profunda análise da situação dos programas na UBS e constatamos que a atenção aos hipertensos e diabéticos não encontrava-se plenamente organizada. Nossa cobertura para hipertensos era 92 e para diabéticos era 27 acompanhados pela equipe.

A intervenção feita na Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação da cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertenso e diabéticos. Durante três meses de trabalho conseguimos cadastrar e acompanhar 123 hipertensos (87%) e 43 diabéticos (100%) meta maior que a pactuada inicialmente que foi de 60%.

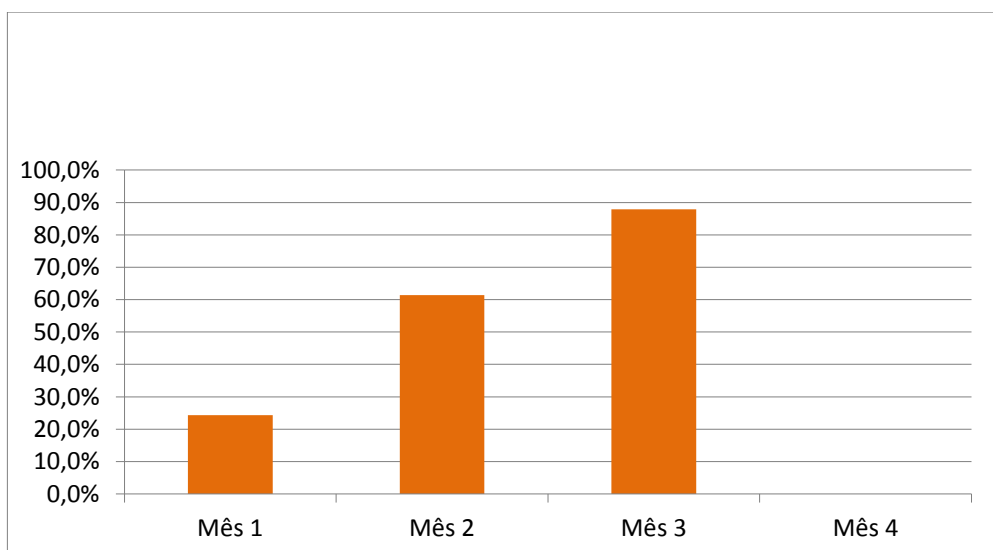


Figura 19: Evolução mensal cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

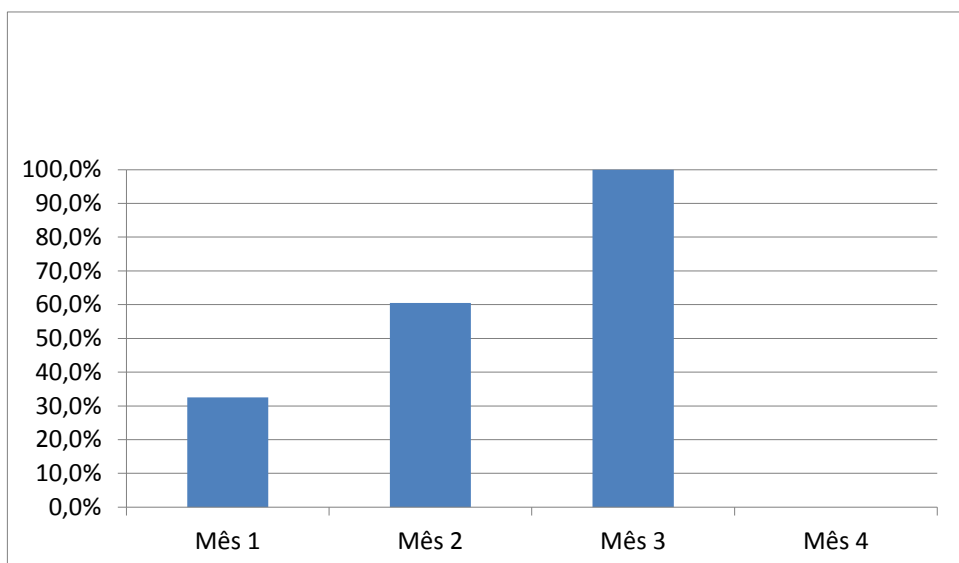


Figura 20: Gráfico Evolução mensal indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Com a intervenção foi possível melhora dos registros, melhora na organização do trabalho tanto na recepção como no desempenho da equipe com impacto positivo em outras equipes de saúde, que incorporaram as ações também na rotina de seus serviços, além disso, propiciou a qualificação da atenção com destaque na ampliação do exame requerido pelos usuários que inclui exame dos pés e pulsos periféricos aos diabéticos com a classificação de risco das duas doenças e propiciaram a atenção priorizada aos usuários com alto risco cardiovascular, atuando sobre os fatores de risco com o fim de evitar possíveis complicações dos órgãos alvos, também conseguimos com que a equipe fique mais perto dos usuários através das visitas domiciliares na procura de usuários faltosos e daqueles que não podem ir a UBS por suas condições físicas como os cadeirantes ou pessoas idosas.

Tudo isso ocasionou impacto positivo nos indicadores de saúde do município, portanto também repercutindo na melhora da qualidade de vida das pessoas, além de que a população ficou muito satisfeita com o novo sistema de saúde do ofertado em nosso posto. Todas as ações realizadas só foram possíveis devido à articulação da equipe que manteu-se unida na busca de serviços ideais.

Apesar de termos contado com apoio da gestão, por meio deste relatório, sigo insistindo resposta dos gestores para melhora das condições do laboratório para a realização de todos os exames complementares, já que essa foi a única ação prevista que não conseguimos cumprir 100%. Pedimos essa melhora não para beneficiar

apenas aos usuários com hipertensão e diabetes, também as grávidas e a população em geral com o objetivo de seguir melhorando outros indicadores de saúde não contemplados nesta investigação, outro aspecto a melhorar é a situação dos medicamentos, já que não somos abastecidos com a quantidade necessária para atender a comunidade, com a melhora desta situação será possível uma maior satisfação da população e menos queixas. Também gostaríamos de pedir o apoio para que as outras equipes possam realizar a intervenção com os hipertensos e diabéticos que todo material necessário seja fornecido.

Por fim, avaliando de forma global a intervenção foi de extrema importância para esse grupo de pessoas, podemos organizar todo o serviço e beneficiar nossos usuários, no sentido de controlar estas doenças e diminuir as taxas de morbimortalidade. A educação em saúde da comunidade foi uma das ferramentas mais importantes para o desenvolvimento do trabalho, pois responsabiliza o usuário pela sua saúde e faz com que mantenha vínculo com a UBS. Todas as ações organizadas nesse período permanecerão na rotina de nosso serviço.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante este ano estive trabalhando em Manaquiri, na Unidade de Saúde Dr. Alfredo Campos, vinculado ao PMMB, Programa Mais Médicos Brasil, cujo objetivo era melhorar o funcionamento das Unidades de Saúde, implantando e adequando o modelo de Estratégia de Saúde da Família nestas Unidades, através da realização de uma intervenção durante três meses. Após o reconhecimento da Análise situacional da unidade, escolhi trabalhar no aprimoramento do programa de atenção a hipertensos e diabéticos e tive o apoio de toda equipe durante esse período.

Com a intervenção foi possível reorganizar o serviço que antes era oferecido, através de capacitação da equipe, conseguimos ampliar a cobertura para os hipertensos da área e para os diabéticos. Organizamos os registros, a agenda e todos os usuários que buscam pelo serviço são acolhidos tem sua queixa escutada com o intuito de ter o seu problema resolvido na própria unidade.

Realizamos reuniões com os grupos para esclarecimento de dúvidas e aspectos referentes ao controle da doença e assim criamos um vínculo de confiança entre equipe e usuários. Nossa equipe sempre demonstrou empenho e carinho pela nossa comunidade. Tudo isso sempre foi estimulado principalmente nas reuniões com o foco na educação em saúde e contamos com apoio da equipe NASF, os temas abordados incluíram: principais sintomas, tratamentos, fatores de risco, importância dos exames complementares que indicamos para descobrir possíveis complicações, importância da periodicidade das consultas programadas na UBS, também foram feitas palestras sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas.

Através deste trabalho foi possível muitas mudanças, em especial na maneira de pensar de algumas pessoas com respeito a sua saúde, à receptividade com as indicações médicas e a responsabilização do usuário com a sua saúde, mudanças também no estilo de vida da população.

Estas ações têm sido muito bem aceitas pelos hipertensos e diabéticos, os quais estão satisfeitos com o atendimento prestado, com qualidade e prioridade, outra mudança que a intervenção proporcionou e foi muito bem aceita foi ter dois dias fixos na semana para o atendimento, um dia para a consulta com enfermeira e outro para a médica, esta divisão ajudou a estabelecermos as prioridades e com a divisão do trabalho conseguimos atingir um número maior de hipertensos/diabéticos.

A equipe continuará trabalhando apesar do término da intervenção, esperamos que a comunidade continue participando de forma ativa das atividades propostas, pois a adesão de todos usuários e participação nas consultas de acordo com o que é previsto é de extrema importância para o acompanhamento de sua saúde, assim como pedimos participação de vocês nas atividades programadas para acontecerem em grupo. Todas as mudanças conseguidas na organização do programa serão mantidas e farão parte da rotina do serviço, além disso estaremos em busca de novos casos de hipertensão e diabetes para manter o correto seguimento evitando complicações inerentes dessas doenças.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao início da especialização eu pretendia fortalecer meus conhecimentos sobre a Atenção Primária de Saúde aqui no Brasil e garantir um atendimento com maior qualidade a toda a população do município onde estou atuando como clínico geral na Atenção Básica de Saúde, fundamentalmente nas comunidades, conjuntamente com a equipe de saúde dando o melhor de mim, com muito amor e dedicação ,a essas famílias que não têm muitos recursos para ir a instituições privadas, enfatizando na promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento das mais frequentes, além disso, prevenção de incapacidades, assim como ganhar experiência quanto ao trabalho em equipe, para fortalecer as ações de saúde.

Todas estas expectativas iniciais foram mantidas e desenvolvidas com o transcurso da especialização que me serviu para um melhor desenvolvimento profissional já que, com as diferentes atividades feitas em cada semana aprendi a conhecer melhor o sistema de saúde no Brasil, o funcionamento, os protocolos do Ministério da Saúde, tanto os de atendimento aos grupos priorizados, como os de tratamento das principais doenças, sistema de referência de usuários que apresentem alguma urgência ou que precisarem de atendimento especializado que não seja oferecida no município, situação epidemiológica de minha área de abrangência, porque venho de outro país onde o sistema de saúde é diferente e os protocolos também, isto era uma das coisas que me deixava um pouco preocupada além do idioma, pensei que as pessoas não iriam me entender, mas a especialização me ajudou muito com isso e em meu desempenho profissional por meio dos casos clínicos e estudo da prática clínica oferecidos em cada unidade de estudo e no intercâmbio de experiências com outros especializando e orientadores.

Não posso deixar de falar do trabalho na UBS que foi mais organizado, unido e apoiado pela secretária de saúde quando começou o projeto, porque a mesma notou a diferença e melhoria do serviço de saúde em quanto à qualidade dos atendimentos, organização do trabalho, comprometimento dos profissionais com a saúde das pessoas em especial das comunidades ribeirinhas que apresentam condições socioeconômicas e culturais baixas e tem dificuldade na procura de atendimento na UBS pela distância da moradia com o serviço de saúde, e a equipe é capaz de levar

saúde a essas pessoas necessitadas com as ações de prevenção, promoção de saúde, tratamento de suas doenças e reabilitação.

Tudo isso tem permitido que me sinta realizada profissionalmente porque fui capaz de superar os medos que sentia ao início da especialidade, ao enfrentar-me com doenças que eram totalmente novas e desconhecidas e o curso me ofereceu ferramentas para minha qualificação. Nunca pensei estar no Brasil trabalhando no estado do Amazonas, nas comunidades ribeirinhas, com características especiais.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Diabetes mellitus**. 1. ed. n. 16. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica**. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 58p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: A Demanda Espontânea**, n.28. Volume II .Brasília –DF,2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Caderno 7. Hipertensão arterial sistêmica –HAS e Diabetes mellitus-DM. Protocolo** Brasília -2001.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante