

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC**

Orlando Comendador Reinoso

Pelotas, 2015

Orlando Comendador Reinoso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC**

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: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R373m Reinoso, Orlando Comendador

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC / Orlando Comendador Reinoso; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 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. Thurow, Leandro Leitzke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho...

A meus filhos Amanda e Alejandro por serem a inspiração da minha vida e o mais importante para mim.

A minha esposa pelo amor e por ficar comigo em todos os momentos.

A minha mãe pela ternura, incondicionalidade e amor eterno.

A minha irmã e sobrinho pelo apoio e exemplo.

Agradecimentos

Ao governo e povo brasileiros pela oportunidade de trabalhar com vocês.

Ao meu orientador Leandro Leitzke Thurow pela tolerância, compreensão e profissionalismo, demonstrado e exercido em cada momento.

À orientadora Ana Carine Ferreira De Araújo pelo impulso final.

A minha equipe de trabalho pela acolhida no cenário da unidade.

À Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura pelo apoio e confiança depositados.

Ao nosso Supervisor Dr. Pablo pelo suporte técnico e amizade.

Resumo

REINOSO, Orlando Comendador. **Melhoria da Atenção à Saúde aos usuários com Hipertensão Sistêmica Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC. 2015.** 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus apresentam alta morbimortalidade, acarretando perda importante da qualidade de vida do usuário, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento regular, pelo qual é responsável em grande medida a Atenção Primária de Saúde. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de complicações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, foi desenvolvido, num período de 12 semanas, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Do total estimado de 423 hipertensos, foram avaliados e participou da intervenção 341, o que confere cobertura de 80,6%. Do total estimado de 104 diabéticos, participaram da intervenção 69 usuários, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 66,3%. Quanto à qualidade, cabe ressaltar os índices alcançados no exame clínico apropriado dos usuários, que chegaram a 99,1% entre os hipertensos e 100% entre os diabéticos. Todos os hipertensos e diabéticos tiveram o registro adequado em ficha espelho e receberam orientação sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados. A grande maioria foi estratificada quanto ao risco cardiovascular, receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e foram orientados quanto à prática de atividade física regular. Conseguiu-se o presente resultado incrementando o nível de conhecimento da equipe, realizando visitas domiciliares e aproveitando ao máximo as atividades de grupo. A intervenção estimulou e facilitou o acesso dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus à Unidade de Saúde, para disfrutarem de um atendimento de qualidade, que já faz parte da rotina de trabalho. A equipe ganhou em nível técnico e capacidade de resolução das problemáticas e o trabalho em equipe constituiu o maior avanço.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde, Doença crônica; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição por faixa etária da população de Xapuri/AC, 2010.	19
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	73
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	74
Figura 4	Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	75
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	76
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	77
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	78
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	79
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	80
Figura 10	Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	82
Figura 11	Figura 11. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática de atividade física na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	84
Figura 12	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

AC -	Acre
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
AVC -	Acidente Cerebrovascular
CAB -	Caderno de Atenção Básica
CAP -	Caderno de Ações Programáticas
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DM -	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONGs -	Organizações Não Governamentais
ONU -	Organização das Nações Unidas
PCCU -	Preventivo de câncer cérvico uterino
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
USF -	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	26
2 Análise Estratégica	Erro! Indicador não definido.
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística	60
2.3.4 Cronograma	65
3 Relatório da Intervenção	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	67
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção	72
4.1 Resultados	72
4.2 Discussão	86
5 Relatório da intervenção para gestores	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	94
Referências	95
Anexos	96

Apresentação

O trabalho exposto neste volume relata a intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Sistêmica Arterial e/ou Diabetes Mellitus, na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/Acre, desenvolvido num período de 12 semanas. O volume está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo do volume consta a Análise Situacional, desenvolvida na unidade 1 do curso, que consiste na descrição da Unidade de Saúde, nos aspectos de infraestrutura, equipe de saúde, e rede assistencial disponível no município. No segundo capítulo é apresentada a Análise Estratégica, que revelou o projeto de intervenção elaborado ao longo da unidade 2 do curso. O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção, produto da unidade 3, que foi a intervenção propriamente dita. No quarto capítulo encontra-se a Avaliação da Intervenção, com os resultados e discussão, construídos ao longo da unidade 4 do curso. O quinto e sexto capítulo se referem aos relatórios para gestores e comunidade, respectivamente, e o sétimo capítulo traz a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. No final, têm-se as referências e os anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) encontra-se localizada no município de Xapuri, estado do Acre. Chama-se José Raimundo de Melo e conta com 885 famílias cadastradas até o momento e uma população estimada em 2.800 pessoas. Sua área de atuação compreende zona rural e os bairros Laranjal, Aeroporto e principalmente Muxirão, no qual está localizado. A equipe conta com um médico generalista, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um recepcionista e um auxiliar geral. Considera-se uma equipe completa para as práticas no município.

A unidade é pequena e recentemente passou por uma reforma parcial onde foi beneficiada com novas áreas de odontologia, copa, banheiro para portadores de necessidades especiais, vacinação e sala de esterilização, sendo que este último ainda não funciona. Está pendente um novo consultório médico, o atual não tem as condições necessárias. Dessa maneira a UBS conta com recepção e sala de espera, sala de arquivos, sala dos ACS, consultório médico, sala conjunto para curativos, esterilização e pré-consulta, dois banheiros, sala de enfermagem, sala odontológica, sala de vacinação, copa e área de esterilização.

A dinâmica do trabalho se desenvolve em conjunto. Fazemos uma reunião de equipe com periodicidade semanal onde se tomam as estratégias e decisões para os problemáticos presentes e se fazem os planejamentos para a semana seguinte. O principal objetivo vem sendo a implantação das ações de prevenção, pois só trabalhávamos com pessoas doentes. Entre os programas já implantados estão a prevenção do câncer de colo de útero e as consultas de pré-natal.

Neste momento já praticamos ações de saúde direcionadas aos outros grupos priorizados como os hipertensos, diabéticos, asmáticos, com problemas de saúde mental, idosos, câncer de mama entre outros. O maior número de usuários com doenças crônicas são os hipertensos e diabéticos. Já foram feitas palestras, dinâmicas de grupo, conferências e trabalho individual.

O atendimento fica dividido em consultas na UBS e visitas e atividades na comunidade. Mantemos o atendimento agendado, principalmente com usuários portadores de doenças crônicas que são acompanhados segundo o preconizado pelos programas do Ministério da Saúde (MS).

Dentro dos programas, temos o Pré-natal, com um número elevado de gestantes classificadas como de alto risco (gravidez na adolescência). Diante da problemática a equipe já desenvolve estratégias para identificar as causas fundamentais e atuar nelas. Outra situação encontrada tem haver com os idosos, muitos deles moram sozinhos e uma alta porcentagem convive com doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). No entanto a continuidade do tratamento não é boa, encontrando-se muitos usuários não controlados, muitas vezes pela razão antes mencionada de não tomar a medicação, tomar fora do horário estabelecido, tomar remédio errado ou não tomar a quantidade certa. Frequentemente também encontramos o analfabetismo, dificultando o entendimento das indicações e como devem ser feitas.

No dia a dia temos dificuldades com os encaminhamentos para os especialistas, as consultas demoram demais, o município não tem quase nenhum recurso próprio para facilitar o acompanhamento dos usuários e para solicitar exames além da rotina. Os usuários precisam procurar fora do município, sendo os recursos diagnósticos muito deficientes. Na nossa realidade, a consulta médica não possui as condições necessárias para um bom atendimento. Outro tema que prejudica a nossa população é a disponibilidade de medicamentos na farmácia básica. Antidepressivos e antialérgicos para crianças menores de dois anos são alguns dos exemplos, que não ficam a disposição para os usuários, considerando que a maior parte deles não apresenta uma boa situação financeira.

Outro tema importante é com relação à disponibilidade de métodos anticoncepcionais. Não contamos com disponibilidade de Dispositivo Intrauterino (DIU), o qual seria de muita utilidade na contracepção na adolescência principalmente.

Gostaríamos de trabalhar mais na prevenção, principalmente diretamente na comunidade, mas a pressão assistencial muitas vezes conspira contra isso. Ainda que muitas coisas já fossem feitas, considero que os avanços nestes últimos seis meses para o povo de Xapuri não dá para ser considerado importante. Sem dúvida crescemos no número de consultas, na organização dos programas segundo estabelece o MS, porém ficam aqueles temas mais álgidos, como a situação com os insumos médicos, especificamente com o tema dos medicamentos, a demora que ainda temos que enfrentar para as avaliações pelos especialistas, especialmente nos casos que precisam com urgência, e as limitações nos recursos diagnósticos. Vamos dia a dia melhorar como profissionais e seres humanos, ajudar aquele que mais precisa dando acesso a um dos direitos mais apreciados pelos homens que é o direito à saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Xapuri é um município que fica localizado no sudeste do Acre, Brasil. Situa-se na microrregião de Brasileia, mesorregião do Vale do Acre. Cidade Histórica, Xapuri é considerada o "berço" da Revolução Acreana e o símbolo do Movimento Ambientalista Mundial. É conhecida também por seu filho mais ilustre, o seringueiro e líder sindical Chico Mendes, que viveu toda a sua vida na cidade. O governo do Acre e a prefeitura local utilizam o dia 22 de março de 1904 como data da fundação do município para as atividades festivas da cidade.

Os primeiros habitantes da região foram os índios das tribos dos Xapurys. A região foi palco de intensos entraves com a Bolívia. A Bolívia exigia a saída dos moradores, e passou a enviar tropas para ocupar a região. Em 1902, a região de Xapuri passou a ser integrada ao Território das Colônias, sendo ocupada por autoridades bolivianas a que provocou descontento popular e deu lugar a uma revolta contra a Bolívia, sob o comando do militar gaúcho José Plácido de Castro que conjuntamente com seus homens atacaram a Intendência Boliviana de Xapuri no dia 6 de Agosto de 1902, logrando a vitória sobre o exército boliviano, proclamou-se assim o Estado Independente do Acre. Era o início da Revolução Acreana, que só terminaria quando o Exército Acreano dominaria a Intendência Boliviana na cidade de Puerto Alonso, atual Porto Acre. No período da Revolução Acreana Xapuri teve um papel determinante, pois a vila era o principal reduto do Exército Acreano, formado por seringueiros e ex-combatentes na Revolução Federalista, que ficaram baixo o comando de Plácido. A vila foi palco de continuados combates entre o Exército Boliviano e o Exército Acreano. Em Abril de 1903, Xapuri se tornou Capital do Acre Meridional.

Na década de 1970, por conta da queda do preço da borracha e da abertura da região para a agricultura e pecuária pelo governo militar, muitos seringais foram vendidos para fazendeiros, eles ordenavam a saída das famílias de suas colocações na maioria dos casos com o uso da força, destruindo as casas e deixando os moradores ainda numa pobreza maior, dando início aos conflitos entre os seringueiros, indígenas e sindicalistas contra os fazendeiros. Nesses conflitos, muitos sindicalistas importantes, como Wilson Pinheiro, foram assassinados destaca-se o nome de Chico Mendes, seringueiro, e que depois se tornou líder sindical, político e ambientalista. Chico Mendes foi o promotor de movimentos

pacíficos contra a destruição da Floresta Amazônica e a favor dos direitos dos Povos da Floresta. Sua luta passou a ser acompanhada, reconhecida e apoiada por ambientalistas e Organizações Não-Governamentais (ONGs) em defesa do Meio Ambiente, culminando no Prêmio Global 500, oferecido pela Organização das Nações Unidas (ONU). Entre as ideias e conquistas de Chico Mendes estão as Reservas Extrativistas e Reservas Indígenas, criadas a partir da década de 70. O trabalho desenvolvido por aqueles homens incomodou aos fazendeiros e homens de poder e trouxe ameaças de morte; ele foi morto em 22 de dezembro de 1988. Aqueles que acreditaram que sua morte acabaria com as lutas por preservar a floresta cometeram um grande equívoco. A partir daquele momento sua vida e ideias viraram exemplo não só para a Amazônia e Brasil, mas para o mundo todo.

O município é recheado de situações, locais e monumentos históricos, recebendo assim muitos turistas de vários estados brasileiros. São eles: Casa Blanca, construída em madeira com dois pavimentos, era o local onde funcionava a intendência Boliviana, e atualmente sedia o Museu Casa Branca; Igreja de São Sebastião, construção em estilo colonial, construída em meio à Revolução Acreana; Museu Chico Mendes, instalado na casa onde vivia o seringueiro, sindicalista e ambientalista, tombado pelo Iphan como Monumento Histórico e Cultural. A casa de Chico Mendes recebeu uma reforma, financiada pelo Governo do Acre, mantendo suas características originais. Textos pendurados nas paredes e no teto do lugar narram como aconteceu a morte do seringueiro, em 1988. Na mesma rua, fica a Fundação Chico Mendes. Bem perto da cidade fica o Seringal Cachoeira, sede do Assentamento Agroextrativista Chico Mendes, o lugar oferece um passeio ecológico em meio a uma densa floresta tropical e rústicos chalés da pousada.

Nas praias do Inferno e Zaire, localizadas próximas ao centro da cidade, acontecem o Festival de Praia e Esportes. Cachoeira dos Padres, uma das únicas cachoeiras localizadas na porção leste do Acre, fica às 4h de barco do Centro de Xapuri.

A economia de Xapuri é basicamente voltada para o setor primário e a pecuária, destacando-se o extrativismo vegetal. A borracha e a castanha ainda são os principais produtos do município. Atualmente a cidade vive uma tendência para a industrialização de produtos da floresta. Em 2008 foi criada na cidade a primeira fábrica de preservativos naturais do planeta, a Natex, que utiliza a borracha natural retirada das reservas extrativistas da região para a fabricação dos preservativos.

O número de habitantes em Xapuri, de acordo com o censo 2010, é de 16.016 habitantes, sendo 8.310 homens, 7.706 mulheres, 10.270 na área urbana, e 5.746 na área rural.

O sistema de Saúde do município é formado em sua maioria por estabelecimentos públicos. Há cinco Unidades de Saúde da Família (USF) com seis equipes, duas delas não estão completas. Não contamos com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tampouco temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Das unidades básicas, três delas contam com atendimento ambulatorial odontológico com uma equipe composta por Odontólogo e Auxiliar em saúde bucal.

Dispomos de um pequeno serviço de reabilitação, onde dadas as características estruturais e de disponibilidade de recursos humanos podem atender principalmente os problemas agudos e que não requeiram de seguimento prolongado. Priorizam-se os casos de sequelas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e atendimentos a pessoas da terceira idade. Neste momento empreende-se a construção de uma nova unidade de atendimento, na Rua do Ibama, que será uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Outros recursos que podemos assinalar é o laboratório, mas a realidade dista muito do esperado, pois há muitos meses se limita a realizar exame parasitológico de fezes. A situação da indisponibilidade de exames complementares e a dificuldade no acesso aos serviços especializados constituem dois dos principais problemas que hoje encaramos no atendimento.

Para os encaminhamentos das urgências e emergências, contamos com um hospital do Estado com 28 leitos para internação e uma ambulância. Há um médico clínico geral de plantão e serviço de Raio X, que mesmo a qualidade dos filmes não sendo boa, devemos reconhecer que ajuda muito. Mas devo falar um pouco acerca do relacionamento que vem se estabelecendo entre os praticantes do hospital e os médicos participantes do Programa Mais Médicos. O que encontramos até agora foi resistência, muito desconhecimento e más intenções, que em ocasiões passadas induziram a blasfêmias sobre o trabalho feito, quando a todas as luzes a realidade de hoje é muito diferente àquela encontrada na nossa chegada.

Outro tema álgido tem relação com a gestão da saúde. Infelizmente aqueles que têm a responsabilidade de dirigir os processos não tem a preparação suficiente para o tema, falta coragem para enfrentar as problemáticas e mais organização das

intervenções e planejamento conjunto, conhecendo que o Programa Mais Médicos chega para se inserir na estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) estabelecida pelo MS. Consta-se muito desconhecimento dos programas e objetivos que foram base do trabalho. O dia a dia até as conquistas de hoje vem sendo de posições firmes na frente de manter velhas práticas sem resultados demonstrados. Tendo como fundamento que na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída a universalidade de acesso a todo brasileiro sem discriminação étnica, sexual, política ou de inserção no mercado de trabalho. Além da universalidade, o SUS também foi pensado para dar assistência integral, equânime, regionalizada e com garantia de participação popular. Esta última, a mais revolucionária das intenções é o desafio constante de profissionais, serviços, comunidades e gestores. Pois bem, tem-se que batalhar muito para fazer valer os direitos dos brasileiros.

O problema pode se desenvolver aplicando métodos que permitam avaliar qualitativamente as atividades desenvolvidas para a promoção da saúde, e que esta informação sirva para o planejamento do trabalho. Comentamos isto porque é justo indicar que nem todas as ações carecem de sentido, pelo contrário, o tema da melhora das Unidades de Saúde avança de forma acelerada, todos eles receberem reformas e o maior, que conta com duas equipes, foi totalmente reformado e reinaugurado. Acredita-se que, ao promover saúde, pode ser feita muita coisa de forma mais rápida e com poucos recursos. Acreditamos que chegue o dia onde se podem cumprir os direitos do usuário brasileiro da saúde.

Outros recursos privados que encontramos no município são dois laboratórios, dois consultórios médicos uns deles com serviço de ultrassonografia, e dois consultórios odontológicos.

Nossa UBS chama-se José Raimundo de Melo, é uma instituição urbana, mas que compreende o atendimento de zona rural também, diretamente ligada ao SUS, e com um modelo de atenção pautado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conta com 885 famílias cadastradas até o momento e uma população estimada em 2.799 pessoas. Sua área de atuação compreende zona rural e os bairros Laranjal, Cerâmica, Aeroporto e principalmente Mutirão, onde está localizado. Também fazemos o atendimento de pessoas da área rural que não fica compreendida em nossa população, mas que procura atendimento conosco, como produtores rurais que combinam o comércio de seus produtos junto com o atendimento médico. Possui uma equipe de saúde da família, que para os padrões do município está

completa, composta por um médico generalista, um odontólogo, uma enfermeira que a coordenadora da UBS, três técnicos em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, sete ACS, um recepcionista e um auxiliar geral.

A dinâmica do trabalho se desenvolve em conjunto, fazemos uma reunião de equipe com periodicidade semanal onde se tomam as estratégias e decisões para os problemáticos presentes e fazemos os planejamentos para a semana seguinte. O principal objetivo vem sendo a instauração das ações de prevenção, já que só se trabalhava com pessoas doentes. Entre os programas implementados estão a prevenção do câncer de colo de útero e as consultas de pré-natal.

Neste momento já praticamos ações de saúde direcionadas aos outros grupos priorizados como os hipertensos, diabéticos, asmáticos, com problemas de saúde mental, idosos, câncer de mama entre outros. Temos alta prevalência de usuários com doenças crônicas como hipertensos e diabéticos. Fazemos palestras, dinâmicas de grupo, conferências e trabalho individual.

O atendimento fica dividido em consultas na UBS e visitas e atividades na comunidade. Trabalhamos com atendimento agendado, principalmente com usuários portadores de doenças crônicas, seguindo protocolos e programas estabelecidos pelo MS. Em nosso caso recebemos e atendemos usuários da área de abrangência da UBS, mas também de outras localidades. Até agora não tivemos que dar atendimento a muitas emergências, no caso de ser necessário o encaminhamento, contamos com um hospital de respaldo.

Um dos temas álgidos e que conspira como uma boa atenção dos usuários é a disponibilidade de acesso aos especialistas. Em geral o usuário tem que esperar seis meses para consultar com as diferentes especialidades. A situação torna-se pior, pois o município depende muito dos recursos humanos e diagnósticos que temos que procurar fora. Não dispomos nem dos exames de rotina para o seguimento de programas da magnitude do pré-natal. Chegamos ao final do pré-natal e muitas vezes faltaram exames considerados fundamentais. No dia a dia do trabalho procuramos o atendimento certo, dando ênfases na exploração do método clínico. O brasileiro gosta e dá muito crédito aos exames, um pouco desdenhando a perícia clínica, mas é uma batalha já ganha, porém que toma tempo todo dia.

A UBS é pequena e recentemente teve uma reforma parcial onde foi beneficiada com novas áreas de odontologia, copa, banheiro especial, vacinação e sala de esterilização, este último ainda não funciona porque ainda é não dotado dos

equipamentos necessários. É uma edificação dividida por um corredor central de largura insuficiente para uma boa movimentação de pessoal deficiente ou em cadeiras de rodas. Em ambos os lados situam-se arquivos. Possui consultório médico, sala de enfermagem, dois banheiros, cozinha e copa, sala dos ACS, sala de procedimentos, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de nebulização junto com pré-consulta, curativo, injeções e sala de esterilização. Outro tema álgido é o tratamento dos diferentes tipos de lixo, pois não temos expurgo, o depósito não tem a segurança requerida e fica aberto, ainda pior porque a recolhida dele não acontece de forma regular, e o risco de contaminação individual e dano ao meio ambiente são significativos.

Com respeito ao tema das barreiras arquitetônicas, a mobilidade reduzida pelo corredor estreito é o principal problema. A UBS não tem degraus e o banheiro dos usuários apresenta todos os requerimentos para receber deficientes e cadeirantes. Cadeiras de rodas não ficam disponíveis na unidade. Está pendente novo consultório médico porque o que existe atualmente não tem as condições necessárias. É uma estrutura que não facilita o desenvolvimento dos processos assistenciais, acredito que pelas características que historicamente teve quanto à disponibilidade do médico para de forma permanente trabalhar nela.

O consultório médico é o ambiente com menor qualidade para o atendimento, sala pequena e que não dispõe de torneira para o lavado. Fica localizado na frente da UBS e toma parte da área de recepção, o que reduz a privacidade e está vulnerável aos ruídos produzidos na área externa. A principal dificuldade encontra-se no salão compartilhado para realizar nebulização, pré-consulta, curativo, injeções e esterilização.

A UBS oferta dois turnos de serviço. Pela parte da manhã habitualmente temos sessões de consultas, aquelas programadas, a demanda espontânea e o atendimento de urgências e emergências. Pela tarde temos dois dias que utilizamos para as visitas coordenadas e atividades educativas na comunidade. A UBS não desenvolve nenhuma atividade durante o fim de semana. Junto ao trabalho médico, ofertam-se as facilidades para vacinação, curativos, cirurgia menor, injeções, preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU), testes rápidos para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis, Hepatite B e C, consultas odontológicas, teste de pezinho, nebulizações, entre outras.

A área geográfica de abrangência encontra-se delimitada. Temos conhecimento da existência de mapa do território, mas a Unidade não conta com ele. Os ACS possuem os mapas correspondentes as suas microáreas.

No que se refere à análise da situação de saúde da área, temos que começar do zero, pois isso nunca foi feito. Neste momento tem-se que dedicar muito tempo para a reorganização e realização das novas estratégias. Já temos uma reunião da equipe que se realiza semanalmente, onde o debate e a exposição de temas já é uma realidade, apesar de ainda não discutirmos casos. Antes a equipe se limitava a cumprir com as indicações e estratégias de intervenções propostas. Mas temos que dar mais importância à reunião da equipe, esse espaço semanal deve ser aproveitado no desenho das estratégias do trabalho em equipe para resolver as demandas e necessidades de saúde da população, estimulando sua participação e fazendo com que ela olhe a atenção básica como primeiro ponto de entrada no sistema de saúde.

Examinando as prioridades entendemos que temos que centrar em disponibilizar adequadas condições para o trabalho. Nossa Unidade em específico fica bem distante do hospital, não contamos com logística para os atendimentos urgentes e emergentes, encontra-se limitada a resolução a problemas cirúrgicos menores por falta de instrumental e outros insumos médicos.

O último registro completo do nível de cadastramento da população aconteceu no ano 2010, depois disso já foram feitas muitas atualizações, mas não uma que retificasse os dados de forma certa e total. Também nos últimos tempos a Unidade ganhou novas áreas, com o aumento correspondente no número de microáreas e na quantidade de ACS. O número da população geral é 2.799.

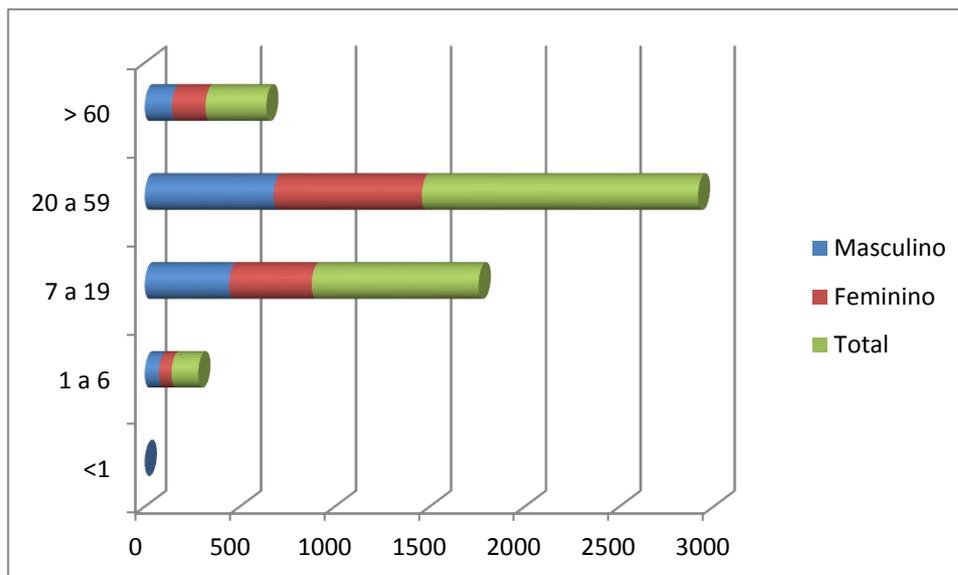


Figura 1. Distribuição por faixa etária da população de Xapuri-AC, 2010.

A equipe já começou um trabalho de pesquisa nos documentos que constam na UBS, fundamentalmente aos prontuários e livros de registro médico, e já alcança algum fruto pesquisando grupos priorizados pelo MS e que ficava desassistido, como no caso da saúde da mulher e câncer de colo de útero e patologias das mamas. As atividades são desenvolvidas com dificuldade pela situação da instabilidade dos ACS. Pelos resultados no caso dos diabéticos e hipertensos, a realidade é que temos usuários portadores da doença que ainda não foram identificados ou que vivem sem um controle adequado.

A resposta à demanda espontânea sempre foi possível, porém com dificuldades. Nossas ferramentas principalmente são os recursos brandos, temos que explorá-los, materiais e outros equipamentos mais complexos ficam fora de alcance e dificultam e resolutividade a urgências e emergências. Ainda temos muitos doentes que não tem cobertas suas necessidades de tratamento, portanto a demanda espontânea ainda é uma alternativa. Sobrepõe-se outras situações que aumentam as demandas espontâneas, como o acompanhamento aos casos crônicos e onde o uso de medicamentos demanda a renovação das receitas, ao mesmo tempo em que a farmácia não dispõe de um volume adequado de medicamentos que permita passar tratamentos prolongados. Para o acolhimento até o momento o fazemos de forma individual, mas a meta é o acolhimento coletivo, conhecendo a importância de envolver toda a equipe na primeira escuta do paciente.

Nossa atenção à saúde da criança não pode ser considerada ótima. Começamos a fazer consultas de atenção à saúde da criança há cinco meses, antes disso não se realizava nenhuma atividade de consulta ou visita para esse grupo. Aconteciam apenas vacinação e realização do teste do Pezinho, coordenados pela enfermeira. Atualmente fazemos atendimento de Puericultura todos os dias, mas destinamos as terças-feiras como dia prioritário para esse tipo de atendimento, alternando as semanas para atendimento de crianças abaixo de um ano e as crianças de um até seis anos. Participa do atendimento apenas o médico, sendo que a enfermeira dá apoio nas questões educativas. Não há registros específicos para a puericultura e não seguimos protocolos de atendimento ou encaminhamento. Enfermeira e ACS realizam o acompanhamento para o programa Bolsa Família. Ainda conseguimos formar grupos de crianças, todos os meses em áreas diferentes, com atividades de palestras, vídeos educativos, atividades em grupos com orientação pediátrica. Os temas principalmente são prevenção de acidentes, adesão ao aleitamento materno, vacinação, estilo de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento neurológico normal.

Com respeito à cobertura de atenção à saúde da criança, apresentamos 50% das crianças menores de um ano atendidas na UBS, de um total de 56 crianças estimadas para a população pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP).

Entre os indicadores de qualidade, 57% das crianças estavam com as consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, mas deveria estar próximo de 100%. A primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida foi realizada em 64% apenas, 93% realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida, estavam com vacinas em dia, e foram orientados quanto a aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, 57% tiveram monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Triagem auditiva e avaliação de saúde bucal são os piores indicadores, com percentual zero. Ainda não conseguimos vincular eficientemente o trabalho odontológico às necessidades de atendimento da UBS.

Acredito que já fazemos algumas coisas, ainda de forma deficiente, mas falta muito para ser feito, precisa-se adequar os registros, tomar os protocolos do MS como ferramenta de trabalho diário, envolver um número maior de pessoas, e incrementar a frequência das atividades.

A atenção ao pré-natal é uma das prioridades da UBS. Já temos um arquivo separado para os registros, fizemos melhoras no livro de registro individual dos atendimentos, no intuito de ter as informações prontamente quando se precisa delas. Agora trabalhamos no registro eletrônico de todas as informações, como prontuário eletrônico, que vai dar possibilidade de informações adicionais. O atendimento de pré-natal é realizado por médico e enfermeira. O médico destina as manhãs de quinta-feira para o pré-natal, a enfermeira não tem um dia fixo, mas agenda preferencialmente para as quintas pela manhã também, e são atendidas todas as demandas espontâneas por qualquer problema, em todo momento. Toda gestante atendida sai com a próxima consulta agendada de acordo com o estabelecido pelo protocolo do MS adotado na unidade. Todas as quintas-feiras pela manhã, antes de iniciarmos o atendimento, realizamos atividades educativas de grupo com as gestantes, nas quais participam todos os membros da equipe.

Considerando a estimativa fornecida pelo CAP de 41 gestantes, apresentamos uma cobertura de 48%, com acompanhamento de 20. O que quer dizer que ainda há 21 gestantes sem acompanhamento. Somos conscientes da falta de controle da área, falta de cobertura das áreas pelos ACS, e trabalho deficiente da equipe na pesquisa das gestantes. Por isso, às vezes nos surpreendemos com a aparição de novos recém-nascidos.

Com relação aos indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal, todas as gestantes estão com consultas em dia, solicitação de exames, vacina antitetânica e contra Hepatite B, prescrição de sulfato ferroso e orientação para aleitamento materno. Consideramos cumprimos com as expectativas, no entanto, consideramos nem tudo foi feito e pode-se melhorar. 95% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e apenas 50% passaram por avaliação de saúde bucal. O ponto mais crítico, que é de responsabilidade nossa, é o não cumprimento dos exames ginecológicos por trimestres. O fato de não ser feito antes, não justifica não realizar agora, e acredito que tomamos a caminho mais fácil, de fazer do jeito que era feito, apesar de saber que é errado. Merece destaque também a situação com os exames complementares, que são solicitados, mas acontece com frequência que chegamos ao final do pré-natal e não podemos avaliar alguns resultados porque ainda não foram recebidos.

Em relação ao Puerpério, temos que dizer que a UBS não realizava este tipo de acompanhamento, incluído nos últimos quatro meses como rotina do trabalho. As

gestantes não foram orientadas acerca da importância do acompanhamento ao puerpério, e algumas que receberam a orientação não cumprem. Prática comum era a mãe chegar à UBS para realizar o teste do pezinho do recém-nascido e não procurar outro recurso de atendimento e nem ser oferecido pela equipe cuidados ou orientações para esse período. Felizmente a realidade mudou.

Segundo as estimativas do CAP, tínhamos 56 puérperas nos últimos 12 meses, mas só temos o registro de 14, o que representa cobertura de 25%. Os indicadores da qualidade da atenção ao Puerpério avaliados respondem às expectativas, pois todas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinados e o estado psíquico avaliado. Da mesma forma que as gestantes, nenhuma realizou exame ginecológico.

Para melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS muito pode ser feito. Primeiramente, a atenção a esse grupo envolve apenas enfermeira e médico, e os outros membros da equipe participam de uma forma muito limitada. Seria mais proveitoso articular o pré-natal inteiramente como equipe. Foi vencido o preconceito do exame das mamas, e precisamos programar o exame vaginal.

Com respeito ao câncer de mama e de colo de útero temos que comentar que como em outros programas já estabelecidos, as ações que foram desenvolvidas até agora não atendem às necessidades. Na realidade foi feito muito pouco, e com quase nenhum registro das ações que respalde o trabalho realizado. A dinâmica e ações de trabalho em nossa UBS no momento são bem simples, limitando-se por enquanto a aproveitar aquela usuária que chega a demanda espontânea referindo alguma sintomatologia sugestiva das doenças em questão, ou as que procuram o serviço para realizar os exames. Mas o planejamento e a busca das mulheres que deviam fazer o preventivo o exame das mamas ainda não acontece. O exame citológico é feito quase sempre pela enfermeira, com a participação do médico toda vez que é requerido. E no caso dos exames das mamas a maior parte deles é feito pelo médico, que nesse momento faz a solicitação da mamografia ser for necessário.

Nossa forma de registro é bem incompleta e insatisfatória, e temos certeza que os dados existentes não correspondem à realidade. A cobertura de 100% na prevenção no caso do câncer de colo de útero é irreal, pois não acreditamos que

acompanhamos todas as mulheres da área. Além disso, a informação de mais de 50% de preventivos em dia, avaliação de risco e orientação para prevenção, ainda que a porcentagem seja baixa, nos parece superestimado. Não temos identificado nenhuma mulher com câncer de colo de útero.

No contexto do câncer de mama a situação ainda é pior, pois não possuímos dados para avaliar as ações, tampouco temos conhecimento de usuárias portadoras de câncer de mama na comunidade, o que não garante tranquilidade, pois pode haver e nem sabemos.

Para melhorar essa e outras ações programáticas, é preciso haver uma aproximação e trabalho em equipe, pois nossa realidade hoje é que se desenvolvem algumas ações pela enfermeira e médico, mas de forma independente e sem nada de coordenação. Impõe-se planejar, organizar e desenvolver ações e estratégias em resposta às análises que se realize, um trabalho que comece pelo cadastramento de toda a população feminina em risco dessas doenças.

O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos acontece em todos os turnos de trabalho, mas se concentram programações para dias específicos. Após a consulta, trata-se de aprazar a próxima consulta. Acontecem duas sessões de consultas por mês na UBS, onde é convocado um número maior de usuários, e em outras ocasiões planejamos em conjunto ações educativas na comunidade, combinadas com atendimentos na própria comunidade, em casas ou centros. Os atendimentos são registrados apenas nos prontuários médicos.

Realiza-se atendimento de urgências e emergências médicas aos portadores de HAS e DM, e damos solução a uns números considerados de situações dessas, que não precisam ser encaminhados para o hospital. Com respeito à Diabetes, porém, as possibilidades de intervenção nos casos de urgência são reduzidas, pois não temos insulina regular nem soluções parenterais. Toda vez que se identifica uma hiperglicemia importante e sintomática temos que encaminhar para o hospital, e no caso contrário, quando o problema é hipoglicemia, a situação fica pior, por não ter a disposição glicose para uso parenteral. O número de atendimentos não é excessivo, e embora conheçamos os protocolos de atuação para os problemas de hipertensão arterial e diabetes, eles não são utilizados com regularidade pela situação de baixa disponibilidade de recursos.

Dentro das ações que se realizam com maior frequência, ressaltamos aquelas orientadas à prevenção do sedentarismo e obesidade, com promoção de hábitos de

alimentação saudável, controle do peso corporal, a vinculação ao exercício físico, o combate contra o alcoolismo e detecção precoce dos estados de deterioração do estado mental.

Os dados fornecidos pelo município, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), indicam que temos 209 hipertensos e 32 diabéticos, o que confere cobertura de 42% e 23%, respectivamente, considerando as estimativas do CAP, de 492 hipertensos e 140 diabéticos. Certamente essa cobertura está longe da realidade, evidencia que o nível de desconhecimento é significativo e que temos usuários hipertensos e diabéticos que ainda não foram identificados como tais.

Analisando os indicadores de qualidade, apresentamos 15% dos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e com exames periódicos em dia, 22% com atraso nas consultas e com avaliação de saúde bucal em dia, e 78% com orientação sobre prática de atividade física regular e para alimentação saudável.

As ações são planejadas e avaliadas, mas os métodos de trabalho e de controle com certeza podem ser melhorados. Aproveita-se o espaço da reunião da equipe para combinar as propostas de atividades, mas temos que comentar que ainda não estamos suficientemente organizados para realizar um processo de análise dos resultados, mas uma avaliação geral e mais ampla ainda vai acontecer, já que faremos um novo cadastramento dos microáreas pelos ACS, identificando os agravos prioritários, como HAS e DM.

A atenção à saúde da pessoa idosa foi uma das primeiras ações organizadas na unidade, pelo elevado porcentagem de clientes nessa faixa etária. Atualmente as ações acontecem de forma programática, mas de forma não satisfatória, principalmente pelo desconhecimento dos protocolos de atendimento. Uma quantidade significativa das consultas programadas é reservada para este grupo. Uma vez identificadas situações de saúde nas visitas realizadas pelos membros da equipe, os usuários são convocados para avaliação em consulta ou é programada visita com o médico. Nas atividades de grupo desenvolvidas com eles na comunidade ou unidade é o momento que aproveitamos também para identificar problemáticas que precisem de acompanhamento. Por demanda espontânea comparece um número significativo, recebendo atenção do médico e da enfermeira. A equipe já desenvolveu muitas atividades, dentro dos programas de atenção é aquele que foi mais beneficiado, mas instrumentos inadequados produziram registros improvisados e incompletos.

Em relação aos números, a realidade supera a estimativa do CAP. Nossa população acima dos 60 anos é 320, quando o estimado é 179, e ainda consideramos que temos alguns idosos que não estão cadastrados. O município tem uma população de idosos muito grandes, dado pelas características demográficas e sociais da região, já que é uma cidade pequena com muita área rural, onde se dedicam principalmente à coleta de castanha e borracha da seringueira. A população mora principalmente na cidade e ficam aqueles que já se estabeleceram com negócios próprios, também de pequena escala, o que quer dizer que a população jovem procura emprego fora do município. Em resumo a cidade está envelhecendo.

Entre os idosos acompanhados, 137 têm avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular e acompanhamentos em dia; 91 têm Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; e 21 estão com avaliação de saúde bucal em dia. O pior marcador encontra-se nos atendimentos odontológicos. Os percentuais não foram mencionados, já que a população real é maior do que a estimada.

No processo de trabalho poderiam ser melhorados os métodos de registro e o seguimento do protocolo. É preciso fazer um melhor planejamento de acordo com as problemáticas identificadas, favorecendo aquela população mais frágil. Temos a satisfação de já haver feito muito, mas a realidade de tudo aquilo que pode ser feito e ainda melhorado torna necessária uma nova forma de organização e planejamento do trabalho da equipe.

Sem nenhuma dúvida o maior desafio da equipe é realizar as ações de acordo com os protocolos e programas já estabelecidos pelo Ministério da Saúde, fazendo as adequações a nosso município. Precisamos dedicar tempo e recursos para aquilo que é mais preciso, e como faremos cumprir os preceitos da Carta dos Direitos do Usuário da Saúde, tarefa difícil, mas temos a consciência de que com os recursos que podem se programar na Atenção Primária à Saúde (APS) vai ser possível.

A gente tem a responsabilidade de mudar tudo aquilo que dependa da competência profissional, funcionar verdadeiramente como uma equipe, que quer dizer mais que fazer algumas coisas em conjunto, todos devem pensar como líderes e sentirem-se responsabilizados por tudo. Acredito que é realizável porque o

trabalhador da saúde brasileiro tem um alto nível de preparação, gosta, respeita e ama o próximo, então com essas certezas só falta trabalhar de forma organizada.

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

No Relatório de Análise Situacional a equipe tinha um nível insuficiente de conhecimento acerca dos problemas da unidade e das situações de saúde da comunidade adstrita à nossa UBS, por isso alguns problemas não tiveram uma abordagem adequada. Uma vez que tivemos a oportunidade de analisar a realidade com base nos parâmetros estabelecidos pelo MS, com profundidade, e viver as situações da comunidade desde o ponto de vista dos líderes comunitários, conseguimos ter uma ideia real do estado de saúde dos usuários e, como consequência, fazer uma ótima triagem das problemáticas com o subsequente planejamento das ações. A equipe de trabalho mantém a mesma estrutura e pessoal, o que definitivamente é positivo, sendo que hoje a equipe trabalha articuladamente e com um nível de conhecimento suficiente. Os registros estão mais bem organizados e temos metas de trabalho bem definidas. Mudanças na organização e dinâmica de trabalho aconteceram.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de morte da população brasileira, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Apresentam alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e as doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade. No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e do DM e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção de complicações (BRASIL, 2013b).

A UBS José Raimundo de Melo possui modelo de atenção pautado na ESF, onde atua uma equipe de saúde, composta por um médico generalista, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, sete ACS, um recepcionista e um auxiliar geral. É uma instituição urbana, mas que compreende o atendimento de zona rural também. A população cadastrada é estimada em 2.799 pessoas, delas, 209 e 32 são portadores de HAS e DM, respectivamente.

O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos acontece em todos os turnos de trabalho, mas se concentram programações para dias específicos. Oferecemos atendimento clínico programado, acolhimento à demanda espontânea com atendimento de urgências e emergências, e ações educativas na comunidade, combinadas com atendimentos na própria comunidade, em casas ou centros. Os atendimentos são registrados apenas nos prontuários médicos. Considerando as estimativas do CAP, de 492 hipertensos e 140 diabéticos, apresentamos cobertura de 42% para HAS e 23% para DM. Considerando as estimativas da Planilha de Coleta de Dados, de 423 hipertensos e 104 diabéticos, nossa cobertura fica em 49,5% e 30%, respectivamente. Analisando os indicadores de qualidade, apresentamos 15% dos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e com exames periódicos em dia, 22% com atraso nas consultas e com avaliação de saúde bucal em dia, e 78% com orientação sobre prática de atividade física regular e para alimentação saudável.

Nessa perspectiva, a organização da atenção a esse grupo de modo programático, com registro específico e monitoramento sistemático, e a qualificação dessa atenção, mostra-se extremamente necessárias, o que revela a relevância da intervenção proposta. A equipe está envolvida e comprometida em aumentar a qualidade da atenção, compreendendo a importância do resultado que proporcionará à nossa população. Entre os desafios esta a realização dos exames complementares, pois o município não conta com os recursos para garanti-los e a grande parcela dos usuários não pode realizar em rede particular, e a disponibilização de medicamentos em quantidade suficiente.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 73% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS José Raimundo de Melo, no Município de Xapuri, Acre. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM, acima de 20 anos de idade residentes na área de abrangência, estimados em 423 e 104 usuários, respectivamente, de acordo com a Planilha de Coleta de Dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar de forma semanal e consolidado mensal o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho. Será realizado na UBS, todas as terças-feiras e a na última sexta-feira de todo mês. É de responsabilidade do médico com participação da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Utilização da ficha espelho e do registro eletrônico oferecido pela universidade, conjuntamente com o prontuário eletrônico. Sistemas serão permanentemente alimentados na UBS. É de responsabilidade do médico com participação da equipe.
- Criar na UBS uma equipe de acolhimento para os pacientes portadores de HAS, que funcionará permanentemente. Será responsável a coordenadora da UBS.
- Pedir para a secretaria que nos forneça os esfigmomanômetros faltantes na unidade para adequada tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde. A ser realizada pela coordenadora da unidade, dentro da reunião de coordenação.

Engajamento público

Ações:

- Informar no processo de acolhimento, nas palestras às terças-feiras, nas visitas na comunidade, no âmbito da consulta médica e de enfermagem e em atividades coletivas na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde. Participará toda a equipe.
- Transmitir nas atividades de reconsulta e nas visitas programadas para os ACS à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Responsável será a equipe, para executar de forma continuada.
- Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM. Participará toda a equipe.
- Programar palestras e atividades interativas com a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão. Realizado pela equipe segundo programação da unidade e dentro da comunidade.

Qualificação da prática clínica**Ações:**

- Realizar capacitação dos ACS para cadastramento dos hipertensos. Realizado pelo médico na unidade.
- Capacitar em verificação da pressão arterial de forma criteriosa a equipe da unidade de saúde. Exemplificação da técnica correta de utilização do manguito e colocação da banda. Realizado pelo médico na unidade envolvendo a equipe.

Meta 1.2: Cadastrar 73% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação**Ação:**

- Monitorar de forma semanal o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho, na reunião da equipe. Responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço**Ações:**

- Utilização da ficha espelho e do registro eletrônico oferecido pela universidade, conjuntamente com o prontuário eletrônico. Sistemas serão permanentemente alimentados na UBS. É de responsabilidade do médico com participação da equipe.

- Criar uma equipe de acolhimento para os pacientes portadores de Diabetes, nas atividades a desenvolver dentro da unidade, conformada por todos os membros da equipe. O responsável é a coordenadora da UBS.

- Manter na unidade lancetas, lâminas e os aparelhos em condições de funcionamento para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. A responsável será a coordenadora da UBS.

Engajamento público

Ações:

- Avisar no processo de acolhimento, nas palestras a realizar as terças-feiras, nas visitas à comunidade, no âmbito da consulta médica e de enfermagem e em atividades coletivas na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Participará a equipe toda.

- Orientar nas visitas programadas pelos ACS a importância de monitorar a diabetes mellitus com medição da glicose pelo menos anualmente.

- Realizar palestras e atividades educativas sobre a importância do rastreamento para DM. Participará a equipe toda.

- Programar palestras e atividades interativas com a população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes. A realizar pela equipe segundo programação da unidade e dentro da comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Realizar capacitação dos ACS para cadastramento dos hipertensos. Realizado pelo médico na unidade.

- Realizar capacitação da equipe da unidade de saúde para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 Mmhg. Exemplificação da técnica correta. A ser realizado pelo médico na unidade envolvendo a equipe. Previsto para a segunda semana de intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar semanalmente nas fichas espelho a realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Responsabilizar médico e enfermeira com o exame clínico de hipertensos. Serão especificadas, nas reuniões semanais, pelo médico, as atribuições do médico e da enfermeira no exame clínico de hipertensos.
- Oferecer no contexto da reunião da equipe capacitação para os membros da equipe sobre as funções e atribuições de cada membro na realização do exame dos hipertensos. A ser executar pelo médico na primeira semana de intervenção.
- Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Hipertensão arterial, do Ministério da Saúde, n. 37 (BRASIL, 2013B).
- A periodicidade para atualização dos profissionais será semanal. Será realizado na própria UBS, às terças-feiras, e ficará a cargo do médico, com participação da equipe.
- A coordenadora da UBS providenciará a versão atualizada dos protocolos impressos.

Engajamento público

Ação:

- Efetuar pelos ACS ações de saúde na comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão. Serão dotados dos elementos teóricos e de informação impressa e de fácil compreensão pela população para de forma didática transmitir a mensagem nas visitas realizadas diariamente, durante todo o processo.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Instruir os membros da equipe na realização do exame clínico, na segunda semana de intervenção e será desenvolvido pelo médico, com participação da equipe, na unidade de saúde.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar semanalmente nas fichas espelho a realização do exame clínico apropriado nos diabéticos. É atribuição do médico.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Responsabilizar médico e enfermeira com o exame clínico de diabéticos. Serão especificadas, nas reuniões semanais, pelo médico, as atribuições do médico e da enfermeira no exame clínico de diabéticos.
- Oferecer no contexto da reunião da equipe capacitação para os profissionais membros da equipe, sobre as funções e atribuições de cada membro na realização do exame dos diabéticos. A ser executado pelo médico na primeira semana de intervenção.
- Realizar as reuniões de capacitação com base no Caderno da Atenção Básica de Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, n. 36 (BRASIL, 2013A).
- A periodicidade para atualização dos profissionais será semanal, tendo como local a UBS, todas as terças-feiras. É de responsabilidade do médico, com participação da equipe.
- A coordenadora da UBS providenciará a versão atualizada dos protocolos impressos.

Engajamento público

Ação:

- Desenvolver, principalmente pelos ACS, ações de saúde na comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser cumprida nas visitas realizadas diariamente, durante todo o processo.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Qualificar na realização do exame clínico, especialmente na exploração da sensibilidade e das possíveis lesões a encontrar nos pés e como preveni-los. Na segunda semana de intervenção, de responsabilidade do médico, para toda a equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados de acordo com o protocolo. É de responsabilidade do médico.
- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada. É de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Solicitar pelo médico, no âmbito da consulta programada, os exames complementares, de forma permanente.
- Comunicar ao gestor municipal dos processos de intervenção que acontecem no município e das necessidades logísticas deles. Executado pela Coordenadora da Unidade na reunião da Equipe Municipal.

Engajamento público

Ações:

- Realizar atividades educativas, na UBS, comunidade, trabalho individual e coletivo, para orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares. Execução de toda a equipe.
- Orientar nas consultas aos usuários quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, pelo médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Prover no contexto da reunião da equipe capacitação sobre o protocolo adotado pela unidade de saúde para solicitação de exames complementares. O médico explicará o conteúdo para a equipe, na reunião da equipe da primeira semana de intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados de acordo com o protocolo.
- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos com os exames solicitados respeitando a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- O médico solicitará para todos os hipertensos, durante a consulta programada, os exames complementares necessários ao acompanhamento.
- Comunicar ao gestor municipal dos processos de intervenção que acontecem no município e das necessidades logísticas deles. A ser realizado pela Coordenadora da Unidade na reunião da Equipe Municipal.

Engajamento público

Ações:

- Realizar atividades educativas, na UBS, comunidade, trabalho individual e coletivo, para orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares. Execução de toda a equipe.
- Orientar nas consultas aos usuários quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, pelo médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, através da explicação e detalhamento do conteúdo para a equipe, em reunião na primeira semana de intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se os usuários receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A ser realizado pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Não há farmácia na UBS, logo, as ações de atualizar estoque e organizar registro das medicações em uso não cabem na nossa realidade.

Engajamento público

Ação:

- Informar os usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades educativas a serem realizadas na UBS, visitas, comunidade e nas consultas, por toda a equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- O médico aproveitará o material oferecido pela universidade no fórum da área clínica para atualização sobre o tratamento da hipertensão.
- Realizar capacitação da equipe, durante reunião, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o campo de medicamentos utilizados para ver se os usuários receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A ser realizado pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Não há farmácia na UBS, logo, as ações de atualizar estoque e organizar registro das medicações em uso não cabem na nossa realidade.

Engajamento público

Ação:

- Informar os usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades educativas a serem realizadas na UBS, visitas, comunidade e nas consultas, por toda a equipe de saúde.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- O médico aproveitará o material oferecido pela universidade no fórum da área clínica para atualização sobre o tratamento da diabetes.
- Realizar capacitação da equipe, durante reunião, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de hipertensos avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Será organizado o atendimento odontológico aos hipertensos, de maneira permanente e como parte do acompanhamento.
- A Odontóloga é responsável pela organização de uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico de forma permanente.

Engajamento público

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos, durante as palestras na unidade e comunidade, a serem executado pela equipe, sob supervisão da Coordenadora da Unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Será realizada reunião de capacitação para toda equipe, sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Atividade prática a ser realizada pela equipe de saúde bucal na segunda semana da intervenção, na Unidade de Saúde.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, o número de diabéticos avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Será responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Será organizado o atendimento odontológico aos diabéticos, de maneira permanente e como parte do acompanhamento.
- A Odontóloga é responsável pela organização de uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico de forma permanente.

Engajamento público

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos, durante as palestras na unidade e comunidade, a serem executado pela equipe, sob supervisão da Coordenadora da Unidade.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Será realizada reunião de capacitação para toda equipe, sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Atividade prática a ser realizada pela equipe de saúde bucal na segunda semana da intervenção, na Unidade de Saúde.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os hipertensos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo. A ser realizado pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Depois dos dias de atendimento, será feito uma lista dos usuários que faltaram à consulta, para serem buscados em visita domiciliar. Será de responsabilidade dos ACS.

- Será garantido o agendamento dos usuários que forem buscados.

Engajamento público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos hipertensos, durante as visitas à comunidade, nas atividades de consulta na UBS e nos momentos de intercâmbio e aprendizagem dentro e fora da unidade. Será responsabilidade de toda equipe.

- Ouvir na comunidade e nos espaços de intercâmbio na unidade, principalmente nas palestras, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão. Participará toda a equipe.

- Orientar durante as consultas e visitas sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Encargo do médico e enfermeira de forma permanente.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar aos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, a ser realizada pelo médico, na unidade na terceira semana de intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os diabéticos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo. A ser realizado pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Depois dos dias de atendimento, será feito uma lista dos usuários que faltaram à consulta, para serem buscados em visita domiciliar. Será de responsabilidade dos ACS.

- Será garantido o agendamento dos usuários que forem buscados.

Engajamento público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos diabéticos, durante as visitas à comunidade, nas atividades de consulta na UBS e nos momentos de intercâmbio e aprendizagem dentro e fora da unidade. Será responsabilidade de toda equipe.
- Ouvir na comunidade e nos espaços de intercâmbio na unidade, principalmente nas palestras, sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes. Participará toda a equipe.
- Orientar durante as consultas e visitas sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Encargo do médico e enfermeira de forma permanente.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar aos ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, a ser realizada pelo médico, na unidade na terceira semana de intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Avaliar semanalmente a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde (ficha espelho e prontuário). É de responsabilidade do médico, com participação da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Atualizar a cada quinze dias os dados do SIAB, através da Coordenadora Municipal do Mais Médicos.
- Todos os profissionais que atenderem o usuário, deve fazer preenchimento adequado da ficha espelho e do prontuário.

- O médico será o responsável por verificar as fichas espelho semanalmente e fazer o registro eletrônico dos dados.

- **Engajamento público**

Ação:

- Realizar orientação aos usuários sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, nas consultas de hipertensos, pela enfermeira e médico na UBS continuamente.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento da ficha espelho. Acontecerá na primeira semana da intervenção, e será de responsabilidade do médico, com participação da equipe.

- A equipe deve registrar adequadamente os procedimentos clínicos nas consultas, incluindo valores dos sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Avaliar semanalmente a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde (ficha, espelho e prontuário). É de responsabilidade do médico, com participação da equipe.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Atualizar a cada quinze dias os dados do SIAB, através da Coordenadora Municipal do Mais Médico.

- Todos os profissionais que atenderem o usuário, deve fazer preenchimento adequado da ficha espelho e do prontuário.

- O médico será o responsável por verificar as fichas espelho semanalmente e fazer o registro eletrônico dos dados.

Engajamento público

Ação:

- Realizar orientação aos usuários sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, nas consultas de diabéticos, pela enfermeira e médico na UBS continuamente.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento da ficha espelho. Acontecerá na primeira semana da intervenção, e será de responsabilidade do médico, com participação da equipe.

- A equipe deve registrar adequadamente os procedimentos clínicos nas consultas, incluindo valores dos sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular. O controle inclui a medida da procura imediata daquele faltoso. A ser realizado dentro da reunião da equipe, pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, através da organização da agenda pelo médico.

Engajamento público

Ações:

- Advertir nas consultas médicas de estratificação do risco cardiovascular, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Ofereceremos as datas da próxima consulta e dos exames a realizar. Informação que será de responsabilidade da enfermeira e do médico, de forma continuada.

- Organizar calendário de palestras e diferentes atividades em grupo com técnicas participativas e transmissão de vídeos educativos que proverão ao usuário o conhecimento dos principais fatores de risco modificáveis, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool. A cumprir pela equipe, segundo o cronograma de atividades a desenvolver dentro e fora da unidade. Será de responsabilidade do médico.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Instruir a enfermeira para realizar nas consultas a estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Para acontecer na primeira semana da intervenção, em atividade teórico prática oferecida pelo médico.

- Realizar capacitação da equipe sobre o registro dessa avaliação no prontuário e ficha espelho. Ocorrerá na primeira semana, através de exercício prático comandado pela enfermeira para toda a equipe.

- Capacitar equipe quanto a: Alimentação saudável; 10 alimentos que fazem bem e não podem faltar na sua dieta; Dicas para controlar a pressão; Dançoterapia; Atividade física para idosos; Álcool e cigarro versus vida com qualidade; Aprendendo a se alimentar e Sinais de alerta para Hipertensão. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar as fichas espelho, semanalmente, para monitorizar o número de usuários diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular. O controle inclui a medida da procura imediata daquele faltoso. A ser realizado dentro da reunião da equipe, pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, através da organização da agenda pelo médico.

Engajamento público

Ações:

- Advertir nas consultas médicas de estratificação do risco cardiovascular, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Ofereceremos as datas da próxima consulta e dos exames a realizar. Informação que será de responsabilidade da enfermeira e do médico, de forma continuada.

- Organizar calendário de palestras e diferentes atividades em grupo com técnicas participativas e transmissão de vídeos educativos que proverão ao usuário o conhecimento dos principais fatores de risco modificáveis, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool. A cumprir pela equipe, segundo o cronograma de atividades a desenvolver dentro e fora da unidade. Será de responsabilidade do médico.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Instruir a enfermeira para realizar nas consultas a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Para acontecer na primeira semana da intervenção, em atividade teórico prática oferecida pelo médico.

- Realizar capacitação da equipe sobre o registro dessa avaliação no prontuário e ficha espelho. Ocorrerá na primeira semana, através de exercício prático comandado pela enfermeira para toda a equipe.

- Capacitar equipe quanto a: Alimentação saudável; 10 alimentos que fazem bem e não podem faltar na sua dieta; Dicas para controlar a pressão; Dançoterapia; Atividade física para idosos; Álcool e cigarro versus vida com qualidade; Aprendendo a se alimentar e Sinais de alerta para Hipertensão. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos hipertensos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação nutricional aos hipertensos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Realizar palestras e atividades participativas que abordarão a qualidade da alimentação, alternativas de alimentação para hipertensos, processo da alimentação, dicas para uma boa alimentação e formas de preparação dos alimentos. A ser executado pela equipe na Unidade e na comunidade.

Engajamento público

Ação:

- Explicar para os hipertensos e seus familiares quais são as vantagens de uma alimentação saudável. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Oferecer vídeos e conferências para os membros da equipe nos temas seguintes de alimentação: Qualidade da alimentação, Alternativas de alimentação nos pacientes hipertensos, Processo da alimentação, Dicas para uma boa alimentação, Formas de preparação dos alimentos e Fisiologia da digestão. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

- Capacitar à equipe acerca das metodologias de educação em saúde, sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação nutricional aos diabéticos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o

grau de cumprimento das atividades de orientação nutricional aos diabéticos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Realizar palestras e atividades participativas que abordarão a qualidade da alimentação, alternativas de alimentação para diabéticos, processo da alimentação, dicas para uma boa alimentação e formas de preparação dos alimentos. A ser executado pela equipe na Unidade e na comunidade.

Engajamento público

Ação:

- Explicar para os hipertensos e seus familiares quais são as vantagens de uma alimentação saudável. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Oferecer vídeos e conferências para os membros da equipe nos temas seguintes de alimentação: Qualidade da alimentação, Alternativas de alimentação nos pacientes hipertensos, Processo da alimentação, Dicas para uma boa alimentação, Formas de preparação dos alimentos e Fisiologia da digestão. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

- Capacitar à equipe acerca das metodologias de educação em saúde, sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre prática regular de atividade física aos hipertensos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação

sobre prática regular de atividade física aos hipertensos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Criar grupos para prática de exercícios físicos por microárea. Responsáveis ACS, médico e Coordenador de Esportes do Município. Iniciar na quarta semana da intervenção.

- Marcar reunião com Secretário de Esporte para obter ajuda na organização de atividades prática de exercícios físicos. Reunião a ser realizada na terceira semana, na Secretaria de Saúde, coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde.

Engajamento público

Ação:

- Ofertar aos hipertensos e seus familiares elementos sobre a importância da prática de atividade física regular. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Projetar vídeo educativo sobre elementos básicos do corpo humano e vantagens da prática de atividade física regular. Tarefa do médico e da enfermeira, na terceira semana, numa atividade audiovisual na unidade de saúde.

- Capacitar sobre metodologias de educação em saúde. Sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre prática regular de atividade física aos diabéticos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação

sobre prática regular de atividade física aos diabéticos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Criar grupos para prática de exercícios físicos por microárea. Responsáveis ACS, médico e Coordenador de Esportes do Município. Iniciar na quarta semana da intervenção.

- Marcar reunião com Secretário de Esporte para obter ajuda na organização de atividades prática de exercícios físicos. Reunião a ser realizada na terceira semana, na Secretaria de Saúde, coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde.

Engajamento público

Ação:

- Ofertar aos diabéticos e seus familiares elementos sobre a importância da prática de atividade física regular. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Projetar vídeo educativo sobre elementos básicos do corpo humano e vantagens da prática de atividade física regular. Tarefa do médico e da enfermeira, na terceira semana, numa atividade audiovisual na unidade de saúde.

- Capacitar sobre metodologias de educação em saúde. Sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação sobre os

riscos do tabagismo aos hipertensos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- A Coordenadora da UBS levará o tema dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", dentro da reunião de coordenação de medicamentos do município mensalmente, supervisionado pelo responsável da farmácia e Secretário de Saúde.

Engajamento público

Ação:

- Informar aos hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, durante as consultas, por médico e enfermeira, de forma continuada.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Realizar capacitação da equipe sobre alternativas de tratamento para o tabagismo. Responsabilidade do médico e da enfermeira, na terceira semana, em uma atividade audiovisual na unidade de saúde.

- Capacitar sobre metodologias de educação em saúde. Sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos diabéticos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação sobre os riscos do tabagismo aos diabéticos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- A Coordenadora da UBS levará o tema dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", dentro da reunião de coordenação de medicamentos do município mensalmente, supervisionado pelo responsável da farmácia e Secretário de Saúde.

Engajamento público

Ação:

- Informar aos diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, durante as consultas, por médico e enfermeira, de forma continuada.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Realizar capacitação da equipe sobre alternativas de tratamento para o tabagismo. Responsabilidade do médico e da enfermeira, na terceira semana, em uma atividade audiovisual na unidade de saúde.

- Capacitar sobre metodologias de educação em saúde. Sobre as matérias de técnicas grupais participativas, técnicas audiovisuais e conferências. As reuniões de capacitação serão ministradas por médico e enfermeira na terceira semana, na reunião da equipe.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Dispor de tempo planejado para atender as necessidades de atendimento individuais. Na consulta médica e segundo agendamento realizado por ele, de forma dinâmica e continuada.

Engajamento público

Ação:

- Ofertar aos hipertensos e seus familiares elementos sobre a importância da higiene bucal. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Realizar atividade prática sobre Técnica de escovação dos dentes, Principais doenças das gengivas e Prevenção das cáries dentais, na unidade, a ser realizado pela equipe de saúde bucal na quarta semana da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Verificar nas fichas espelho, semanalmente, a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos. Seguir a cada quinze dias, durante a reunião da equipe, o grau de cumprimento das atividades de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos realizados pelos ACS na comunidade. Será de responsabilidade do médico.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Dispor de tempo planejado para atender as necessidades de atendimento individuais. Na consulta médica e segundo agendamento realizado por ele, de forma dinâmica e continuada.

Engajamento público

Ação:

- Ofertar aos hipertensos e seus familiares elementos sobre a importância da higiene bucal. Missão da equipe em atividades a realizar em todos os contextos de atendimento e contato com os usuários.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Realizar atividade prática sobre Técnica de escovação dos dentes, Principais doenças das gengivas e Prevenção das cáries dentais, na unidade, a ser realizado pela equipe de saúde bucal na quarta semana da intervenção.

2.3.2 Indicadores

Para monitorar o alcance das metas, foram elencados indicadores, conforme descrito a seguir.

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 73% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos 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 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos 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 de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos, vamos adotar como referência os Cadernos da Atenção Básica (CAB) – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus, nº 36 (BRASIL, 2013a) e Hipertensão arterial, nº 37 (BRASIL, 2013b), ambos publicados pelo Ministério da Saúde no ano 2013 e disponíveis na UBS.

O registro das ações será feito fundamentalmente em prontuário e ficha espelho, que contemplam todos os itens que serão avaliados ao longo da intervenção. O prontuário impresso tem um formato que permite um preenchimento fácil e rápido. Registram todos dados gerais do paciente, medição de sinais vitais e medidas antropométricas, coleta da anamnese e antecedentes familiares e pessoais do usuário. Até esse ponto do documento, o formato permite que possa ser trabalhado por todos os membros da equipe, que é desenvolvida na pré-consulta. A segunda parte apresenta dados mais específicos e de domínio médico e da enfermeira, para registrar durante a consulta, e a avaliação dos exames complementares, interpretação do exame físico, identificação das problemáticas de saúde, instauração do tratamento e acompanhamento subsequente. Os registros impressos são organizados num arquivo independente no intuito de facilitar o acesso.

Nossa unidade não é totalmente informatizada, mas contamos com computadores. Utilizaremos um registro em planilha eletrônica em Excel, a ser preenchida num

segundo momento e que permitirá o monitoramento dos indicadores. Será alimentada semanalmente, sendo se responsabilidade do médico. O monitoramento através do registro eletrônico garantirá conhecer os dados que nos alertam quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Os resultados encontrados seriam os elementos para discussão na reunião da semana, com discussão dos indicadores e próximas estratégias. Contaremos também com um livro de registro, que não identificará todos os elementos a pesquisar, mas sim aqueles que serão de consulta no dia a dia, como a listagem de faltosos, por exemplo.

Estimamos alcançar com a intervenção um total de 296 hipertensos e 75 diabéticos. Em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e através da Coordenadora do Mais Médicos, disporemos dos prontuários e fichas impressos necessários no processo.

Para organizar o atendimento, o médico e um ACS revisarão o livro geral de registro, e identificará por microárea os usuários diabéticos e hipertensos a assistirem à consulta de forma individual. Será feito o agendamento daqueles que, por características específicas, precisarem ser atendidos com prioridade. Organizaremos o atendimento por microárea no intuito de ter um maior controle e assistência nas consultas. A enfermeira e o médico, de antemão, localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão as informações necessárias, levando em conta últimos exames realizados e seus resultados, e última consulta. Nesse sentido disporemos de uma pequena síntese do usuário, que nos permitirá definir prioridades.

Nosso processo de intervenção vai começar pelo informe dos documentos legais que regerão o trabalho, durante reunião da equipe. O médico e enfermeira farão uma apresentação do conteúdo dos CAB, e dos fundamentos da intervenção programada. A Coordenadora da UBS providenciará as versões impressas, assim como o fluxograma de atendimento. Os gestores municipais de saúde serão informados sobre o projeto, e devem garantir a realização dos exames, assim como dos insumos médicos necessários para os tratamentos. A Coordenadora do Mais Médicos garantirá a entrega semanal das listagens atualizadas de medicamentos nas unidades, e levará de quinze em quinze dias os dados atualizados para o SIAB.

As consultas de hipertensos e diabéticos serão programadas para as terças-feiras pela manhã. Previamente ao dia programado, será elaborada a listagem dos usuários que devem participar resultado do consenso entre ACS, médico e enfermeira. As consultas programadas para o médico contemplam e priorizam o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. A equipe de acolhimento será conformada por médico, enfermeira e ACS de acordo com a microárea que seja selecionada para o dia, que logicamente alcançará o maior número de usuários possível. O médico ou enfermeira farão a triagem, e definirá qual profissional realizará a consulta daquele usuário, caso não tenha acompanhamento definido.

O livro geral de registro constitui o primeiro documento de registro do programa, e será preenchido pelo ACS que estará presente no dia. A pré-consulta vai ser realizada pelo ACS e técnicos em enfermagem, e só então o usuário será avaliado por médico ou enfermeira, e odontólogo. Os exames complementares são solicitados no âmbito da consulta programada e os resultados serão avaliados na reconsulta agendada. Os usuários serão informados quanto à estratificação do risco cardiovascular e a importância do acompanhamento regular. Ofereceremos as datas das próximas consultas e dos exames a realizar. As visitas domiciliares para buscar os faltosos serão efetuadas imediatamente depois dos atendimentos, para agendamento das consultas.

As capacitações incluem a totalidade dos profissionais membros da equipe e será realizada de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Ocorrerão na UBS, como parte das reuniões da equipe, que acontece às terças-feiras à tarde, e em alguns casos farão atividades adicionais nas sextas-feiras à tarde. O responsável em geral será o médico. Os ACS terão prioridade na preparação. Os temas a tratar serão:

- a) Principais fatores de risco modificáveis, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool;
- b) Qualidade da alimentação, Alternativas de alimentação nos pacientes diabéticos, Processo da alimentação, Dicas para uma boa alimentação, Formas de preparação dos alimentos;
- c) Verificação da pressão arterial de forma criteriosa. Exemplificação da técnica correta de utilização do manguito e colocação da banda;

d) Capacitações quanto a exame clínico. Especial atenção ocupa o tema da exploração da sensibilidade e das possíveis lesões a encontrar nos pés e como prevenir elas;

e) O protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;

f) Método para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

g) Capacitação nos tema da saúde bucal (Técnica da escovação dos dentes, prevenção de caries);

h) Capacitação sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em consulta, incluindo valores de medição e sinais vitais, exames complementares e medidas antropométricas;

i) Fundamentos do exame físico;

j) A Enfermeira receberá capacitação, para no desempenho da consulta HIPERDIA possa realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;

k) Exercício prático de preenchimento dos registros, que contem a avaliação do escore de Framingham;

l) Capacitação quanto Alimentação saudável, 10 alimentos que faz bem e não podem faltar na sua dieta, Dicas para controlar a pressão, Dançoterapia, Atividade física para idosos, Álcool e cigarro versus vida com qualidade, O que é diabetes e hipertensão, Aprendendo a se alimentar, Sinais de alerta para a Diabetes e Hipertensão;

m) Conferência sobre alternativas de tratamento para o tabagismo;

n) Elementos básicos do corpo humano e vantagens da prática de atividade física regular;

o) Metodologias de educação em saúde. Técnicas grupais participativas. Técnicas audiovisuais. Conferências.

O médico ministrará os itens a, b, d, e, h, i, j, k, o; a enfermeira ministrará os temas correspondentes aos incisos c, f, m; o odontologista ficará responsável pelo g; e os ACS pelos l, n. As primeiras no cronograma compreendem o conhecimento dos protocolos, a técnica do exame físico e o domínio dos recursos do magistério que permitam incluir todos na preparação e aperfeiçoamento. O tempo médio vai ser de duas horas com pelo menos periodicidade semanal.

As ações dentro do Engajamento público formam parte fundamental da intervenção e responsabilidade da equipe toda, e os ACS receberam a tarefa de serem os principais efetadores. Deverão orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, protocolos adotados pela unidade, processo de trabalho e acolhimento, entre outros.

Em todos os contextos, consulta na UBS, comunidade, trabalho individual, coletivo e por todos os membros da equipe, os usuários e a comunidade são informados em quanto:

- a) À necessidade de realização de exames complementares e à periodicidade com que devem ser realizados;
- b) Importância das consultas e método de agendamento;
- c) Medicamentos disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;
- d) Acesso à avaliação da saúde bucal, técnica de escovação dos dentes, principais doenças das gengivas, prevenção das caries dentárias;
- e) Direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;
- f) Importância da prática de atividade física regular;
- g) Disponibilidade de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";
- h) Alimentação saudável;

No trabalho na comunidade e nos espaços de intercâmbio na unidade, principalmente nas palestras, ouviremos sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). Serão criados grupos quanto à prática de exercícios físicos por microáreas. Será feita prévia reunião com Secretário de Esportes para obter ajuda na organização de atividades físicas. Todas essas atividades serão avaliadas em reunião de equipe.

"abandono ao tabagismo"																	
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organização da agenda de saúde bucal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organização da agenda dos atendimentos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão concretizadas.	x																
Atualizações dos dados de novos pacientes diabéticos e hipertensos identificados pelos ACS, no SIAB.		x		x		x		x		x		x		x		x	
Realizar reunião com Secretario de Esporte para obter ajuda na organização de atividades físicas.			x														
Atualizações do estoque de medicamentos presentes na farmácia do município		x		x		x		x		x		x		x		x	
Atividade educativa sobre o que é hipertensão e diabetes. Aprendendo a se alimentar.				x				x				x					
Atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular				x				x				x					
Atividade educativa sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.				x				x				x					
Atividade educativa sobre a técnica de escovação dos dentes.				x				x				x					

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

A capacitação para os profissionais membros da equipe quanto aos protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática foram as duas primeiras ações cumpridas. Toda a equipe participou. Foi desenvolvida na primeira semana, aproveitando a reunião da equipe. O médico e a enfermeira foram responsáveis pela efetivação.

As ações que consistiam em adequar os conhecimentos teóricos práticos da equipe estavam concebidas para serem executados na segunda semana da intervenção, foram os seguintes: Como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Atividade prática fundamentos do exame físico; Atividade prática para os profissionais sobre procedimentos clínicos; Técnicas e valores de medição utilizados no registro dos sinais vitais, Exames complementares e medições antropométricas; Capacitação quanto verificação da pressão arterial de forma criteriosa para a equipe da unidade de saúde; Prática da técnica e utilização do glicômetro e Conferência sobre metodologias de educação em saúde; técnicas grupais participativas e técnicas audiovisuais. O volume de temas abordados foi amplo, então adotamos a estratégia de utilizar nessa semana o tempo reservado para visitas na comunidade, para a realização dessas capacitações. Realizamos duas aulas teórico-práticas nas

dependências da Secretaria de Saúde, local que conta com os meios audiovisuais necessários. Nesta atividade o maior compromisso recaio sobre o médico, mas a enfermeira, o odontólogo e dois técnicos em enfermagem colaboraram, transmitindo alguns temas. No final fizemos uma dinâmica de ideias que resultou em muito proveito. Hoje a atuação profissional da equipe constitui nossa principal fortaleza, quando os processos acontecem da forma correta não há dificuldades que possam atrapalhar; cada profissional hoje domina seu papel na ação programática. Os temas estudados são elementos teórico-práticos incorporados ao dia a dia da unidade, no trabalho, na comunidade e no exercício das diferentes ações.

A Secretaria de Saúde encargou-se do fornecimento do material logístico, assim, na primeira semana já contávamos na unidade com a versão impressa atualizada dos protocolos e manuais adotados em número suficiente.

A atualização na farmácia dos cadastros de hipertensos e diabéticos e dos dados de novos diabéticos e hipertensos identificados pelos ACS está em andamento, programa-se a digitalização dos atendimentos do município e a farmácia ficarão incluídas na rede. Idêntica situação com o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa, os dados estão prontos nos registros que ficaram disponibilizados para o processo de intervenção (prontuários, ficha espelho, registros eletrônico), e estamos aguardando pela inserção dos dados no sistema. A mudança dos processos eletrônicos no município já começou, mas ainda estamos aguardando.

No pedido semanal que era emitido na unidade, solicitava-se os materiais para completar os estoques de esfigmomanômetro e acessórios dos glicosímetros, feito pela enfermeira, que não teve nenhuma dificuldade.

No atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos confrontamos situações derivadas principalmente do volume de atendimentos gerados e da pouca disponibilidade de tempo. A avaliação dos usuários era um processo onde todos participaram, tanto no registro de dados como no exame do usuário, até chegar à sala de consulta com o médico ou a enfermeira. Então aconteceu como tínhamos previsto. Realizamos um agendamento por micro, sendo que em cada dia de atendimento compareciam os usuários de duas micro, e todo o pessoal ajudava na organização e aviso dos usuários na comunidade. Na busca dos faltosos os ACS tiveram a liderança, não foram muitos e conseguimos trazer todos à consulta.

Nas avaliações odontológicas não tivemos o mesmo sucesso, em parte porque é um tema mais técnico e porque também os atendimentos odontológicos não aconteceram em alguns casos por causas múltiplas, como falta de água e de estabilidade laboral da equipe odontológica. No final tivemos melhorias, ao lograr continuidade no trabalho da equipe odontológica conseguindo avaliar um numero crescente de clientes, pero o tempo perdido comprometeu o resultado.

A reunião com a gestão do município para discutir a disponibilização de medicamentos e estratégias para garantir os tratamentos do "abandono ao tabagismo" foi desenvolvida, e, embora um pouco tarde, conseguimos contar com os suplementos médicos e envolver os usuários no tratamento. Os trabalhadores da farmácia popular propiciaram a informação de disponibilidade e procura dos produtos pelos usuários cadastrados.

A organização da agenda de atendimentos efetivou-se pelo odontólogo e pelo médico, e foram instituídos todos os livros de registro, que ficaram disponíveis para qualquer consulta.

Foi planejado para a primeira semana o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes, solicitando apoio para a captação deles e para as demais ações que seriam realizadas. Aconteceu no momento planejado, mas a estratégia manteve-se por todo o tempo da intervenção. Foi uma das ações que permitiu mais resultados positivos, e os ACS novamente levaram um papel destacado.

As atualizações do estoque de medicamentos presentes na farmácia do município foram fornecidas semanalmente pela Secretaria de Saúde num documento impresso, chegava à unidade conjuntamente com os pedidos.

O registro das ações desenvolvidas ocupou uma boa parte de nosso tempo. No início o processo de atendimento era lento, dado que não tínhamos experiência no preenchimento dos diferentes registros. Com o passar do tempo ficamos mais ágeis. A organização dos arquivos foi atribuição do recepcionista, que foi feito no espaço destinado para este fim. Nas reuniões da equipe e sob coordenação da enfermeira da unidade se fazia a revisão do grau de cumprimento das ações prevista, das que não foram executadas na sua totalidade e definíamos a nova estratégia para o resgate delas. A verificação das informações registradas nas fichas teve dois momentos. Primeiro foi feito pelo profissional que registrou a informação, e num segundo momento foi executada pelo médico ou enfermeira indistintamente,

toda terça-feira, antes da reunião da equipe que acontece quarta-feira a tarde. No caso do registro eletrônico os dados foram inseridos pelo médico e por um dos ACS com domínio de computação, e os dois em conjunto faziam um resumo e revisão semanal.

As atividades educativas segundo o cronograma deram início no momento programado, e estendem-se até hoje, como ferramenta útil de transmitir informação para promoção de saúde. Os temas que principalmente foram tratados tiveram muita aceitação e hoje nossos usuários aprenderam a se alimentar, conhecem os benefícios da prática de exercícios físicos, ficaram conscientes dos riscos do cigarro e tiraram dúvidas sobre a correta técnica de escovação dos dentes e a frequência com que deve ser realizada. De modo geral, todas as atividades educativas foram conduzidas pelo médico, mas todos da equipe participaram. Ninguém ficou para trás na hora de transmitir conhecimentos e fazer promoção em saúde.

Os resultados obtidos na prática de exercícios físicos superaram as expectativas. Felizmente a Secretaria de Saúde disponibilizou um educador físico que participou das atividades da equipe, e realizou prática de atividade física com os usuários. A adesão dos usuários a essa atividade foi grande. Semanalmente convocávamos usuários diferentes, mas muitos iam novamente para participar das atividades físicas que eram executadas pelo educador físico. Todos gostaram e isso fortaleceu a relação da equipe com os usuários.

No final de cada mês aconteceu uma avaliação da intervenção com a participação da equipe, avaliando o número de usuários que vieram para a consulta e planejando as ações a serem desenvolvidas no próximo mês.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as atividades programadas foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, não

tivemos dificuldades. No início passamos por alguns problemas, mas foram rapidamente resolvidos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações planejadas no projeto já formam parte da rotina do serviço na nossa unidade e com um nível de comprometimento consciente hoje somos mais resolutivos. Temos garantido para os usuários os três pilares do êxito, atendimentos planejados, acesso aos tratamentos certos e orientação em saúde. É certo e comprovado que hoje nossos hipertensos e diabéticos gozam de um melhor controle de suas doenças, alcançamos o nível de conhecimentos necessários para identificar problemas e complicações e assim procurar atendimento no momento certo, e o mais importante, percebemo-nos atuando na verdadeira medicina de prevenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% 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.

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, na área adstrita à UBS José Raimundo de Melo, do Município Xapuri/AC. Como os dados existentes não eram confiáveis devido ao sub-registro, os cálculos populacionais foram baseados em estimativas. Assim do total de 423 usuários da área com hipertensão arterial foram avaliados e participaram da intervenção 341 deles. No primeiro mês, foram cadastrados 97 hipertensos, que representa 22,9%, até o segundo mês, 207, que equivale a 48,9%, chegando ao final da intervenção com uma cobertura de 80,6%, superando a meta proposta de 70% (Figura 2). Conseguiu-se o presente resultado incrementando o nível de conhecimento da equipe e aperfeiçoando os espaços de contato com os hipertensos e diabéticos, realizando visitas domiciliares e aproveitando ao máximo as atividades de grupo.

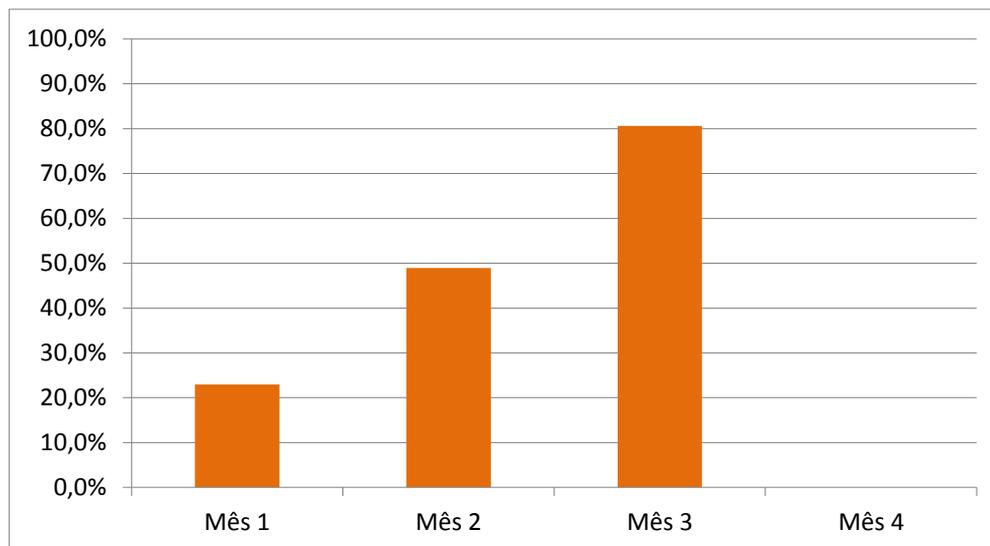


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 73% 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.

Em relação aos diabéticos, tínhamos uma estimativa de 104 usuários diabéticos na área. No primeiro mês, foram cadastrados 24 diabéticos, que representa 23,1%, até o segundo mês, 41 diabéticos, que equivale a 39,4%, chegando ao final da intervenção com 69 cadastrados, o que confere uma cobertura de 66,3% (Figura 3). A meta proposta de 73% não foi alcançada. As ações que contribuíram para o cadastro dos diabéticos foram a programação do atendimento, a busca ativa nas visitas organizadas e a realização periódica de testes de glicemia. Acreditamos que com mais um mês de intervenção teríamos conseguido atingir a meta proposta.

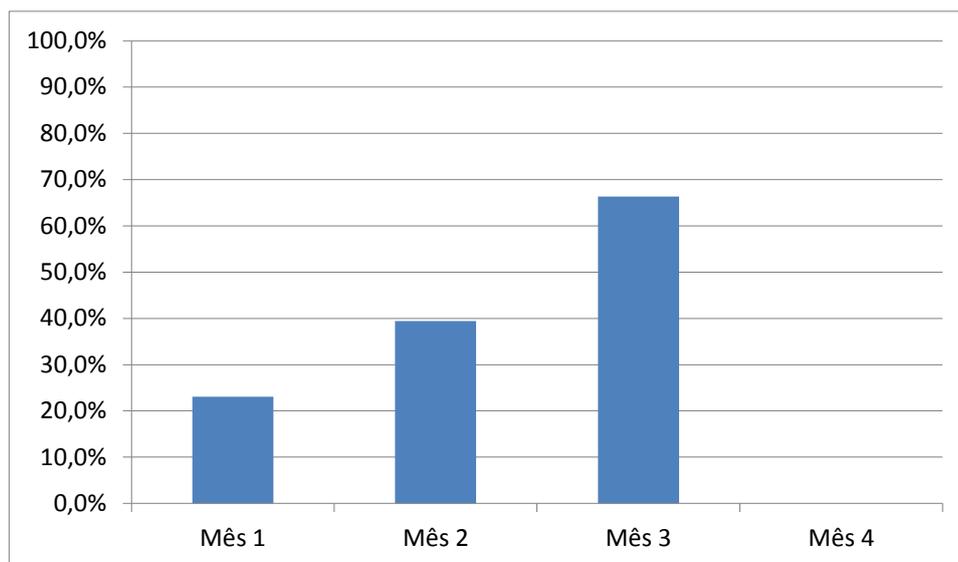


Figura 3. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

No primeiro mês, de 97 hipertensos cadastrados, 94 passaram por exame clínico apropriado, que representa 96,9%. No segundo mês, dos 207 cadastrados, 204 passaram por exame clínico apropriado, que equivale a 98,6%. E no terceiro mês, do total de 341 hipertensos cadastrados, 338 passaram por exame clínico apropriado, finalizando a intervenção com 99,1% nesse indicador (Figura 4). Não se atingiu a meta por três usuários acamados, pois o exame realizado na própria casa do usuário não permitiu uma adequada avaliação das mensurações antropométricas e exploração de reflexos. O exame clínico de qualidade era realizado durante a consulta programada, por médico ou enfermeira, o que foi um facilitador dessa ação.

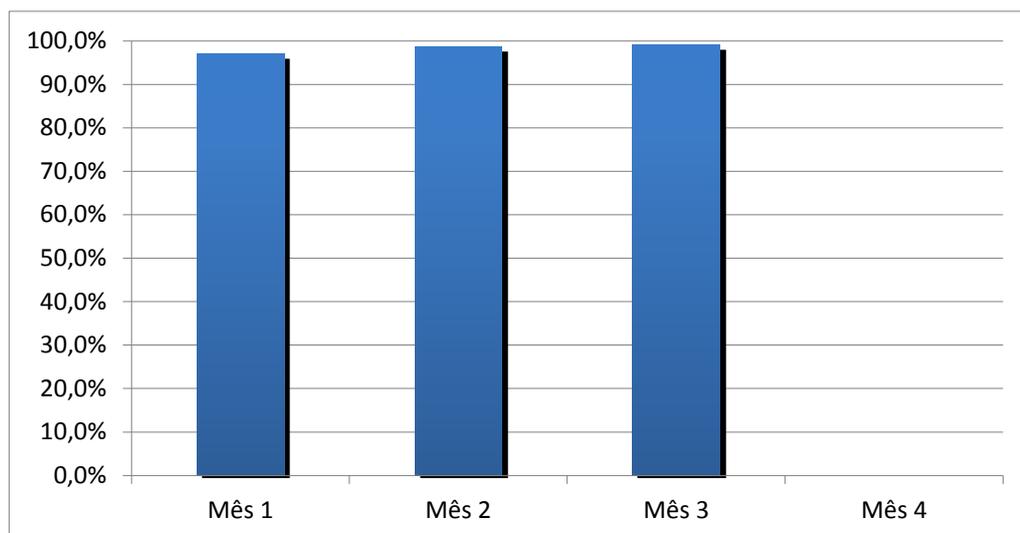


Figura 4. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

Nos três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos cadastrados no programa passaram por exame clínico apropriado. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. Vale ressaltar que a equipe alcançou um elevado nível na aferição correta dos parâmetros vitais, realização do teste de glicemia e avaliação dos membros inferiores. O exame clínico era realizado durante a consulta programada, por médico ou enfermeira, o que foi um facilitador para alcance da meta.

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

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

Na meta de realização dos exames atingiu-se o pior resultado. No primeiro mês, de 97 hipertensos cadastrados, apenas dois realizaram exames complementares (2,1%). No segundo mês, dos 207 cadastrados, apenas os mesmo dois haviam realizado os exames (1%). E no terceiro mês, do total de 341 hipertensos cadastrados, 92 conseguiram realizar os exames complementares, finalizando a intervenção com 27% nesse indicador (Figura 5). Durante todo o tempo

da intervenção a possibilidade de realizar os exames no laboratório do município ficou muito limitada, principalmente pela pouca disponibilidade de reativos. Vimo-nos forçados a procurar novas estratégias, uma vez que o que ficara pactuado com a gestão não se cumpriu. A estratégia finalmente foi encontrada, mas infelizmente sem tempo para atingir um bom resultado. No terceiro mês a opção foi enviar os usuários para realizar os exames nos hospitais de referência da capital do estado, mas o processo lá também é lento.

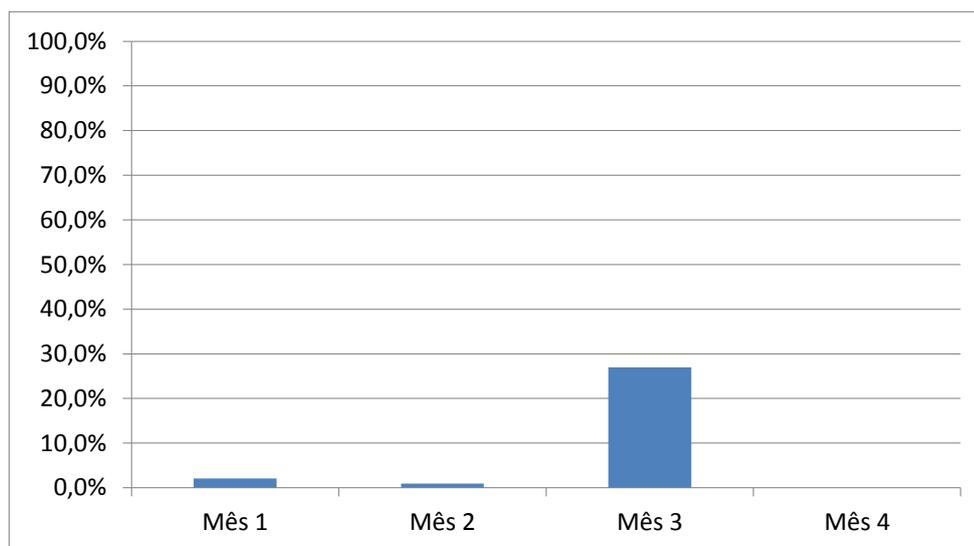


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

Com os diabéticos não aconteceu diferente. No primeiro mês, de 24 diabéticos cadastrados, apenas um realizou exames complementares (4,2%). No segundo mês, dos 41 cadastrados, apenas um havia realizado os exames (2,4%). E no terceiro mês, do total de 69 diabéticos cadastrados, 16 conseguiram realizar os exames complementares, finalizando a intervenção com 23,2% nesse indicador (Figura 6). Nossa população em quase toda a sua totalidade é de baixa renda, então a opção de realizar os exames em laboratórios particulares não é viável.

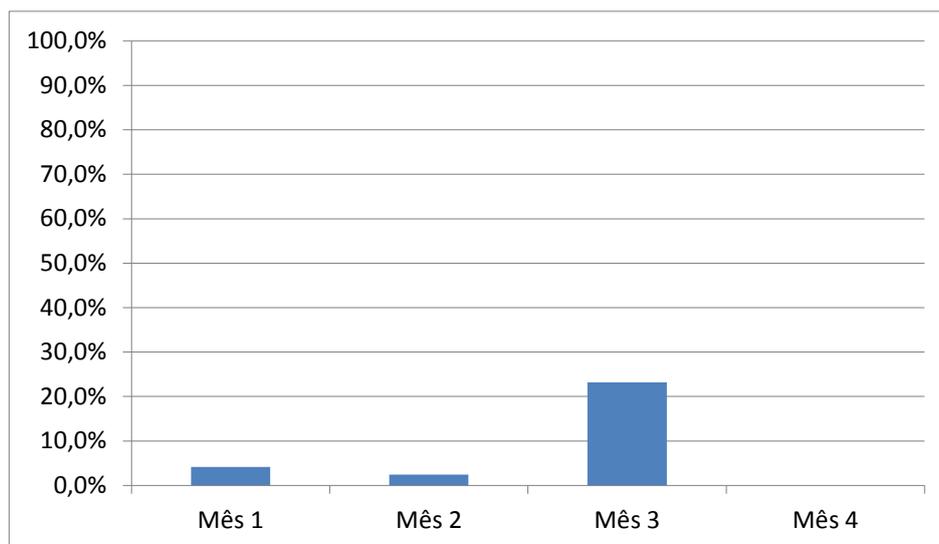


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

Meta 2.5 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.

No primeiro mês, de 97 hipertensos cadastrados, 96 tiveram a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, que representa 99%. No segundo mês, dos 207 cadastrados, 206 haviam recebido a prescrição priorizada, que equivale a 99,5%. E no terceiro mês, do total de 341 hipertensos cadastrados, 340 tinham a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, finalizando a intervenção com 99,7% nesse indicador (Figura 7). A meta não foi alcançada, mas os percentuais obtidos foram bem altos. Apenas um usuário continuou usando medicamento obtido em farmácia privada porque estava bem adaptado a um medicamento que a farmácia Popular/HIPERDIA não oferece. O que mais contribuiu para o percentual alcançado foi à disponibilidade de medicamentos na farmácia Popular/HIPERDIA, que se manteve estável todo o tempo.

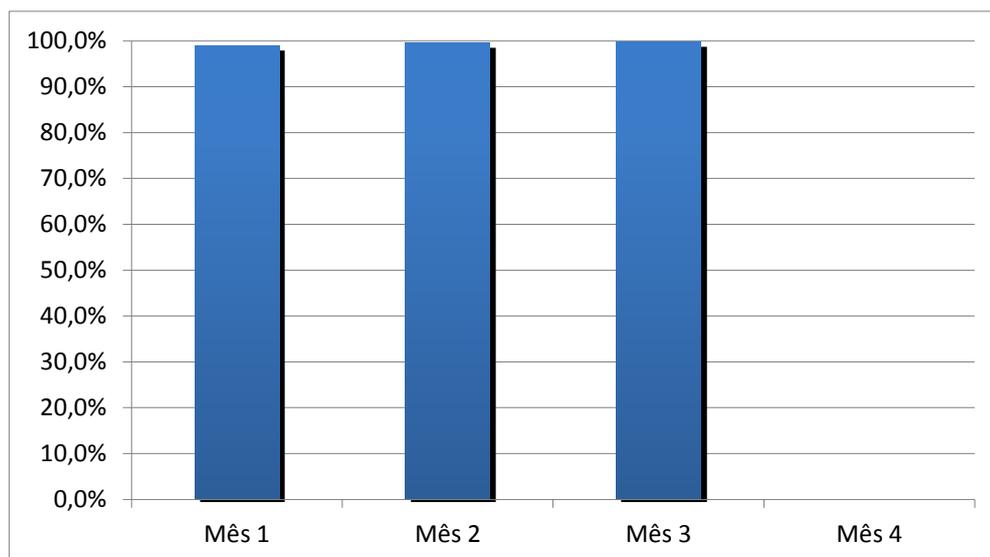


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

Meta 2.6 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.

Nos três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos cadastrados no programa tiveram a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. Os usuários diabéticos que participaram da intervenção hoje garantem seus tratamentos com medicamentos oferecidos pela farmácia do SUS. Resultado ótimo e que com certeza melhora a qualidade de vida de nossos usuários. A disponibilidade de medicamentos na farmácia Popular/HIPERDIA contribui para o resultado.

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

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

No primeiro mês, dos 97 hipertensos cadastrados, apenas 67 foram avaliados (69,1%). No segundo mês, de 207, 177 haviam sido avaliados (85,5%). E ao final do terceiro mês, dos 341 que participaram 311 deles havia sido beneficiado, o que representa um percentual de 91,2% (Figura 8). No atendimento odontológico, ao

longo da intervenção, enfrentamos algumas dificuldades, e foi preciso realizar reuniões com a gestão em mais de uma oportunidade. Uma debilidade do processo foi que a avaliação da necessidade de atendimento odontológico só ficou na responsabilidade da equipe odontológica. A equipe não recebeu capacitação sobre o tema e como consequência não contribuiu. As avaliações aconteceram na sala odontológica, e poucas foram efetuadas. Trinta pacientes hipertensos não conseguiram ser avaliados pelo odontólogo, e ficaram numa agenda para nos próximos dias completar esse aspecto. No final a equipe trabalhou forte, mas o tempo perdido comprometeu o resultado.

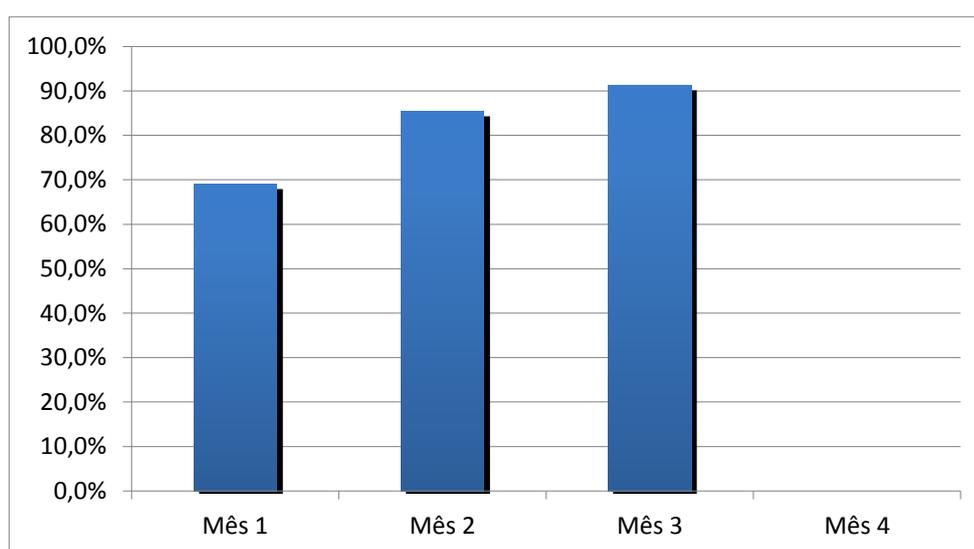


Figura 8. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

A avaliação odontológica dos diabéticos ocorreu de forma semelhante. No primeiro mês, dos 24 hipertensos cadastrados, apenas 16 foram avaliados (66,7%). No segundo mês, de 41, 33 haviam sido avaliados (80,5%). E ao final do terceiro mês, dos 69 que participaram 61 deles havia sido beneficiado, o que representa um percentual de 88,4% (Figura 9). Ficaram pendentes oito usuários dos 69 que integraram a intervenção. Os mesmos problemas que aconteceram com os hipertensos atingiram aos diabéticos.

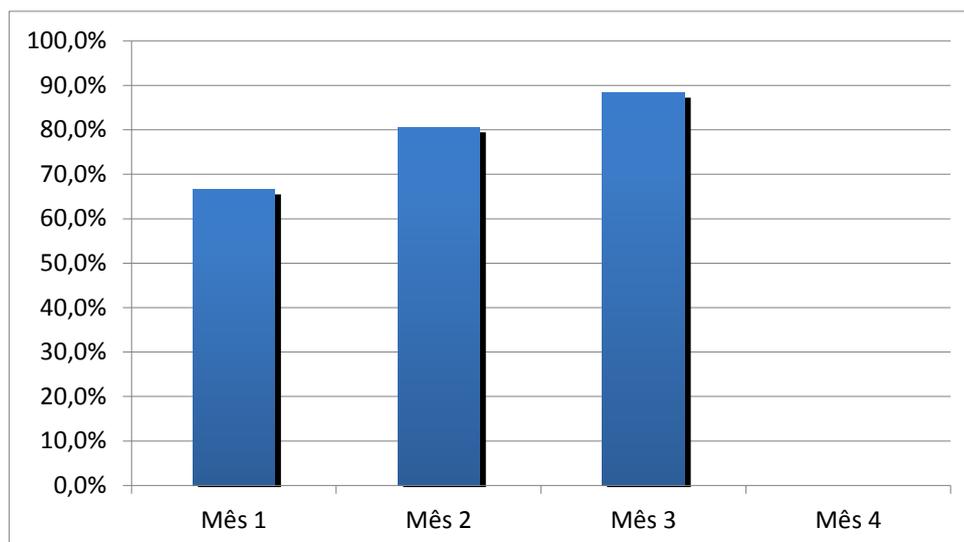


Figura 9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

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

A busca de hipertensos faltosos às consultas foi um dos que obteve melhores resultados. Nos três meses, o indicador alcançou 100%, tendo sido apenas um faltoso em cada mês. Os ACS fizeram muito bem sua função de busca, e os usuários foram muito disciplinados e compareceram sempre que foram chamados. Um usuário precisou de ações diferenciadas, pois se recusava a assistir a consulta alegando falta de tempo. Procuramos ajuda dos líderes comunitários e de amigos e conseguimos inclui-lo no programa de consultas, sendo avaliado adequadamente.

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

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

Não contamos com nenhum usuário diabético que tenha se ausentado às atividades que foram convocados. A conscientização da importância da intervenção culminou nesse resultado.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

Conseguimos um bom resultado no registro adequado na ficha de acompanhamento. A equipe toda dominou o preenchimento correto das fichas. Estabeleceu-se um sistema escalonado de registro da informação, onde cada profissional preenchia uma parte, que permitiu que todos os usuários contassem com seus registros em dia, alcançando a meta de 100%. Foram 97 no primeiro mês, 207 no segundo, e 341 hipertensos até o fim da intervenção.

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

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

Todos os diabéticos acompanhados também tiveram suas fichas preenchidas adequadamente. A logística cobriu todo o tempo a disponibilidade de material necessário para os usuários participantes. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção, com alcance da meta de 100%.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês, dos 97 hipertensos cadastrados, 95 foram avaliados quanto à estratificação do risco cardiovascular por exame clínico (97,9%). No segundo mês, de 207, 205 haviam sido avaliados (99%). E ao final do terceiro mês, dos 341 que participaram, 339 deles foram estratificados quanto ao risco cardiovascular por exame clínico, o que representa um percentual de 99,4% (Figura 10). A capacitação da enfermeira na realização da estratificação de risco segundo o escore de

Framingham ou de lesões em órgãos alvo só aconteceu na segunda semana, e dois usuários não tiveram estratificado o risco cardiovascular nesse período. Reconhecemos que com um pequeno esforço teríamos alcançado 100%

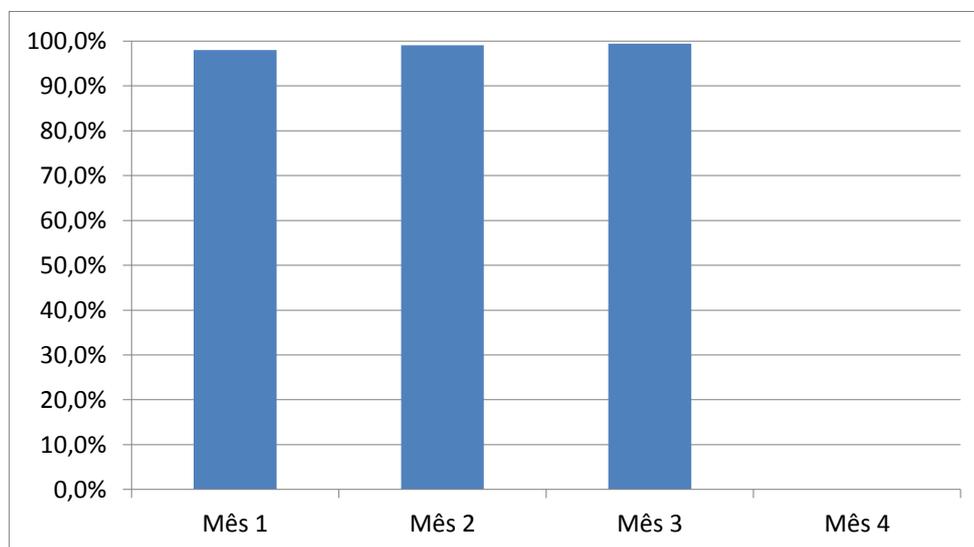


Figura 10. Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em todos nossos usuários diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular, nos três meses de intervenção. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. Sem nenhuma dúvida a capacitação neste tema que recebeu a enfermeira contribuiu de forma determinante para o resultado de 100%.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Nos três meses de intervenção, todos os hipertensos cadastrados foram orientados quanto a alimentação saudável. Foram 97 no primeiro mês, 207 no segundo, e 341 hipertensos até o fim da intervenção, alcançando a meta de 100%.

Os ACS constituíram-se nos maiores responsáveis pelo resultado, com a orientação boca a boca para todos os usuários, durante as visitas domiciliares.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Alcançamos 100% dos diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. Os ACS constituíram-se nos maiores responsáveis pelo resultado, com a orientação boca a boca para todos os usuários, durante as visitas domiciliares.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

No primeiro mês, dos 97 hipertensos cadastrados, 96 foram orientados quanto à prática regular de atividade física (99%). No segundo mês, de 207, 206 haviam sido orientados (99,5%). E ao final do terceiro mês, dos 341 que participaram, 340 deles foram orientados quanto à prática regular de atividade física, o que representa um percentual de 99,7% (Figura 11). A Secretaria de Saúde incorporou uma educadora física para auxiliar nas ações, e a população gostou muito do trabalho dela. Foi um grande avanço, onde a equipe conseguiu estimular os usuários a praticar atividade física. Um usuário ficou sem receber essas orientações porque foi morar em outra localidade.

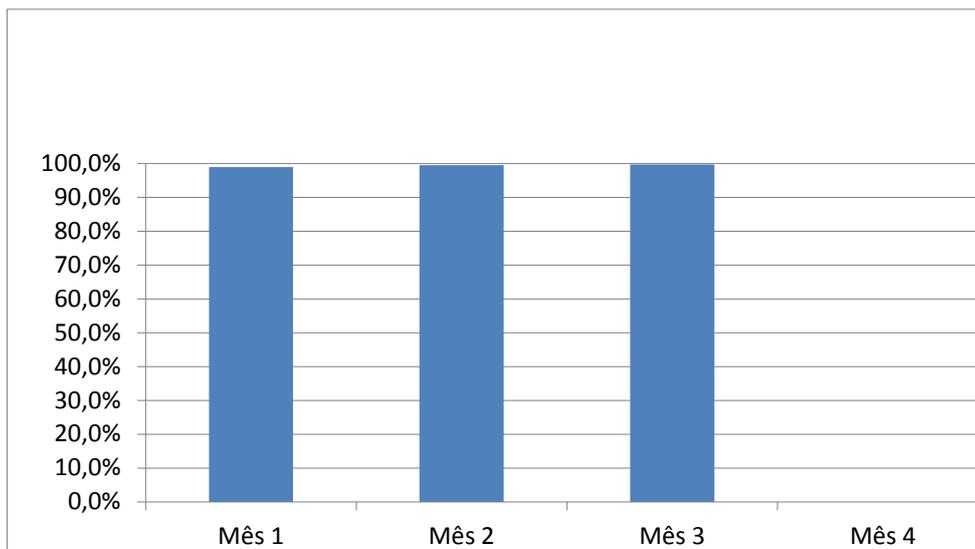


Figura 11. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática de atividade física na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

Nos três meses de intervenção, todos os diabéticos cadastrados foram orientados quanto à prática regular de atividade física. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. A incorporação da educadora física nas ações contribuiu muito para o alcance dessa meta.

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

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

No primeiro mês, dos 97 hipertensos cadastrados, 96 foram orientados sobre os riscos do tabagismo (99%). No segundo mês, de 207, 206 haviam sido orientados (99,5%). E ao final do terceiro mês, dos 341 que participaram 340 deles foram orientados sobre os riscos do tabagismo, o que representa um percentual de 99,7% (Figura 12). A não procura em tempo hábil do usuário que foi morar em outra cidade, impossibilitou o alcance da meta de 100%. Estes resultados foram alcançados devido à capacitação da equipe, à divulgação da sua importância durante as atividades educativas realizadas dentro e fora da unidade, com a participação

fundamental dos ACS junto a médico, técnicos em enfermagem e enfermeira. Uma boa estratégia foi incluir as experiências de ex-fumantes nas conversas com os usuários.

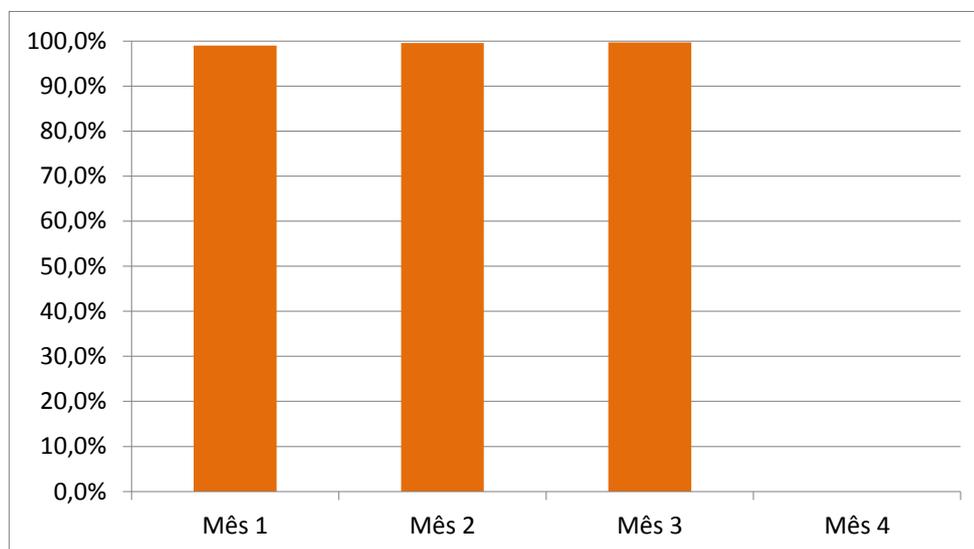


Figura 12. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS José Raimundo de Melo, Xapuri/AC, 2015.

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

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

No caso dos diabéticos obtivemos um ótimo resultado, de 100% de usuários com orientações sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. As técnicas grupais foram a chave do êxito, pois realizamos a exposição teórica sobre o tema, feita pelo médico, enfermeira e ACS, com a intervenção de ex-fumantes que traziam suas experiências com o consumo e a melhoria que experimentarão após largar o cigarro.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Concretizadas as atividades coletivas e individuais, atingindo 100% dos hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Foram 97 no primeiro mês, 207 no

segundo, e 341 hipertensos até o fim da intervenção. Uma organização de atividades que compreenderam trabalho na comunidade e nos diferentes departamentos da unidade. Aproveitamos todos os momentos e com a participação dos técnicos em enfermagem, da enfermeira, do odontólogo, da auxiliar de saúde bucal, dos ACS e do médico, executamos palestras, atividades demonstrativas, assim como trabalho homem a homem. Os principais temas repassados foram atividade demonstrativa quanto à técnica de escovação dos dentes e principais doenças da gengiva e dos dentes.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos alcançar 100% dos diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Foram 24 no primeiro mês, 41 no segundo, e 69 diabéticos até o fim da intervenção. Foram aproveitados todos os momentos de interação com o usuário. Na unidade de saúde todos participaram ativamente na orientação ao cliente, desde a recepção no momento do acolhimento onde organizamos pequenas palestras, de forma individual nas diferentes salas da unidade (pré-consulta, vacina, sala medica, sala de enfermagem, sala odontológica). Significativo foi o trabalho dos ACS que na comunidade procuraram e orientaram a todos aqueles que não tinham sido orientados. Em resumo, toda a equipe fez palestras, conversas, atividades demonstrativas e orientação individual.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS estimulou e facilitou o acesso dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus a poder disfrutar de um atendimento de qualidade. A equipe ganhou em nível técnico e capacidade de resolução das problemáticas, vários membros da equipe aprenderam a fazer avaliação do risco cardiovascular atendendo ao escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos.

O trabalho em equipe constituiu o maior avanço. Essa conquista demandou muito respeito, compreensão e até uma boa dose de tolerância. Um dos passos que definiu o êxito da intervenção foi que cada membro da equipe ficou conhecendo

suas responsabilidades e funções, seguido de uma intensificação dos elementos teóricos práticos para dominar eficientemente o desenvolvimento das ações planejadas. Quebramos velhas doutrinas de impedimentos, desconfianças e temores. Hoje se respira com mais crédito e segurança dentro da unidade.

Antes da intervenção, toda a prática na UBS era efetivada e centralizada no médico. Sem este nada dava certo. Revertemos essa situação e hoje todos os membros da equipe são conscientes de seus deveres e responsabilidades, e cada um têm uma atividade a cumprir. O médico é responsável pelo controle e organização das atividades educativas e das atividades de capacitação; a enfermeira como coordenadora da UBS encarrega-se dos aspectos logísticos; os técnicos de enfermagem supervisionam todo tipo de elementos necessários para o funcionamento da unidade; os ACS constituem o ponto vital na comunicação e inter-relacionamento com a comunidade e ao mesmo tempo são os principais atores em promoção de saúde. A equipe toda é responsável pelo acolhimento dos usuários e pela organização do trabalho do mês, em reuniões semanais, ao mesmo tempo em que adotamos as medidas necessárias para assegurar o trabalho diante das diferentes problemáticas.

O resultado percebe-se tanto nas ações de caráter individual como naquelas que exigem a participação de todos. Hoje todos os membros participam da realização dos elementos essenciais do exame físico que permitem identificar potenciais complicações. Conseguimos uma qualidade na organização e armazenamento das informações. Foi possível após esta intervenção identificar os usuários hipertensos e diabéticos dentro da grande massa de compõe nossa população.

Toda quinta-feira no turno da manhã ficou identificada pela população como o dia de atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos. O processo de aceitação foi lento, porém sempre indo em frente. Um dos maiores problemas da unidade é a elevada demanda espontânea e nem sempre conseguimos cobrir o nível das expectativas. Ter definido um espaço específico para hipertensos e diabéticos é conquista de toda a comunidade dada a incidência destas duas doenças. É muito difícil encontrar uma família que não tenha pelo menos um de seus membros portadores de HAS e/ou DM. Tivemos a oportunidade de descobrir que muitos não eram conscientes de sua condição de doentes. Fato significativo

também foi que os usuários que, com a intervenção, tiveram a oportunidade de conhecer seus direitos e passaram a exigí-los.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento trabalharia mais diretamente na comunidade, no qual ainda temos um campo vasto a desbravar.

A intervenção já faz parte da rotina da unidade. As quintas-feiras pela manhã tem um espaço reservado para os usuários de HAS e DM. Pretendemos formar, por afinidade, pequenas turmas de hipertensos e diabéticos e desenvolver com eles atividades que extrapolem o marco do educativo-assistencial.

Nos próximos passos para melhorar a qualidade geral do serviço prestado, almejamos contar com um espaço de tempo que possa dar cobertura de atenção aos usuários com problemas de abuso de álcool e drogas, problemáticas crescentes no município.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, principal causa de morte da população brasileira, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e as doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade. No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e do DM e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica.

Tomando em conta a situação desse quadro epidemiológico no Brasil, que também se apresenta em nossa área de abrangência, foi realizada durante 12 semanas, como parte do curso de Especialização em Saúde da Família ofertado para os profissionais do Programa “Mais Médicos”, uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM na UBS José Raimundo de Melo.

A população da área adstrita à UBS é de 2.799 pessoas, sendo 209 e 32 identificados como usuários hipertensos e diabéticos, respectivamente, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde. Considerando as estimativas da Planilha de Coleta de Dados, de 423 hipertensos e 104 diabéticos, nossa cobertura fica em 49,5% e 30%, respectivamente, situação que evidencia desconhecimento da situação real. Cobertura inadequada e falsos registros são as principais causas desses dados. Essa lacuna foi decisiva na adoção e execução da presente intervenção.

Foram definidos na intervenção os seguintes objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Tivemos uma porcentagem de metas que foram cumpridas em 100%, outras ficaram perto desse resultado e infelizmente algumas poucas não tiveram o resultado esperado.

Tínhamos uma estimativa de 104 usuários diabéticos na área, e conseguimos cadastrar no programa 69 usuários, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 66,3%, abaixo da meta proposta de 73%. A melhora nas consultas, procura ativa nas visitas organizadas e a realização periódica de testes de glicemia aportaram os presentes resultados. No caso da hipertensão arterial, 423 usuários foi a estimativa, e participaram da intervenção 341 usuários. Ao final da intervenção tivemos uma cobertura de 80,6%, superando a meta proposta de 70%. Todos os hipertensos e diabéticos tiveram o registro adequado em ficha espelho e receberam orientação sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados. A grande maioria passou por exame clínico apropriado, foi estratificado quanto ao risco cardiovascular, receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e foram orientados quanto à prática de atividade física regular. Conseguiu-se o presente resultado incrementando o nível de conhecimento da equipe e aperfeiçoando os espaços de contato com os hipertensos e diabéticos, realizando visitas domiciliares e aproveitando ao máximo as atividades de grupo.

Uma das grandes dificuldades foi garantir aos 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No final da intervenção apenas 92 usuários com HAS (27%) e 16 usuários com DM (23,2%) conseguiram realizar os exames. Durante todo o tempo fomos forçados a procurar novas estratégias, uma vez que o que ficara pactuado com a gestão não se cumpriu. A possibilidade de realizar os exames no laboratório do município ficou muito limitada, principalmente pela pouca disponibilidade de reativos. No terceiro mês a opção foi enviar os exames à cabeceira estadual, mas o processo

lá também é lento. Nossa população em quase toda a sua totalidade é de baixa renda, então a opção de realizar os exames em laboratórios particulares não é viável. Outra meta que não alcançou o resultado esperado foi a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. No caso dos primeiros, dos 341 que participaram 311 foram beneficiados, o que representa um percentual de 91,2%, e para os diabéticos atingimos 88,4%. Problemas de organização e indisponibilidade de material suficiente foram as causas principais desse resultado.

A principal conquista da intervenção consiste em ter incorporado o projeto à rotina do serviço e conseqüentemente ter garantido aos nossos usuários os três pilares do êxito - atendimento planejado, acesso aos tratamentos certos e orientação em saúde. Hoje nossos hipertensos e diabéticos gozam de um melhor controle de suas doenças, graças ao conhecimento que adquiriram para identificar problemas e complicações e assim procurarem o atendimento no momento certo, e o mais importante, hoje nos percebemos atuando na verdadeira medicina de prevenção.

Toda a quinta-feira no turno da manhã ficou identificada pela população como o dia de atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos. O processo de aceitação foi lento. Ter definido um espaço específico para hipertensos e diabéticos é conquista de toda a comunidade dada à incidência destas duas doenças. Tivemos a oportunidade de descobrir que muitos não eram conscientes de sua condição de doentes. Fato significativo também é que os usuários, com a intervenção, tiveram a oportunidade de conhecer seus direitos e passaram a exigí-los.

Contamos com o apoio da gestão municipal para a continuidade das ações, especialmente no que diz respeito à realização dos exames complementares, no sentido de reforçar o laboratório do município para que os usuários possam ter acesso facilitado à realização dos exames complementares pelo SUS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Foi realizada uma intervenção de 12 semanas no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS José Raimundo de Melo. O objetivo geral de nosso trabalho foi a melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O trabalho foi intenso e continuado e, sem dúvida, resultou em muito benefício para toda a comunidade.

A hipertensão e a diabetes são doenças muito comuns e conseguimos melhorar os atendimentos nessa área, aumentando a qualidade da consulta e chegando a muitos usuários, mesmo àqueles que por razões de saúde não tem a possibilidade de chegar até a unidade. Identificamos um grupo de hipertensos e diabéticos que sequer conheciam a sua condição de doentes e ainda resgatamos outros que não estavam nos cadastros da unidade e por consequência tinham um controle deficiente. Hoje pelas ações desenvolvidas, a unidade conta com um espaço de tempo reservado para esses usuários, e o mais importante, contamos com a estrutura e o planejamento para no futuro manter os avanços alcançados e ainda aperfeiçoar os processos de melhoria da saúde de nossa população. Todas as quintas-feiras, no turno da manhã, é o dia de atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos. Ter definido um espaço específico para hipertensos e diabéticos é conquista de toda a comunidade, visto que é muito difícil encontrar uma família que não tenha pelo menos um de seus membros portadores de alguma dessas doenças. A equipe ficou fortalecida e incrementou notavelmente a sua capacidade de resposta frente aos problemas.

Conseguimos cadastrar no programa 341 hipertensos e 69 diabéticos, chegando a 80,6% e 66,3% de cobertura. Todos os hipertensos e diabéticos tiveram o registro adequado em ficha espelho e receberam orientação sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados. A

grande maioria passou por exame clínico apropriado, foi estratificado quanto ao risco cardiovascular, receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e foram orientados quanto à prática de atividade física regular. Conseguiu-se o presente resultado incrementando o nível de conhecimento da equipe e aperfeiçoando os espaços de contato com os hipertensos e diabéticos, realizando visitas domiciliares e aproveitando ao máximo as atividades de grupo.

Apesar de resultados muito bons, precisamos comentar que tivemos duas importantes dificuldades. A primeira foi a realização de exames para avaliar o estado de bem estar geral, devido à falta de material no laboratório do município. No final da intervenção conseguimos conveniar com o laboratório do estado, mas o processo é lento. A segunda dificuldade está relacionada com a avaliação de saúde bucal, pois um grupo de usuários ainda não foi beneficiado. Esta situação aconteceu principalmente pela deficiente organização e falta de material para realizar os procedimentos. Além desses dois aspectos, durante estes três meses de trabalho a equipe se superou e superou muitos obstáculos, que se converteram em mais qualidade no atendimento.

A cooperação da população foi decisiva no êxito, os líderes nos apoiaram sempre e colaboraram para as experiências em liderança e condução de processos por parte da equipe. Convidamos toda a população que ainda não participou do projeto, que participe e usufrua dos benefícios e colabore com as melhorias.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No começo do curso tenho que reconhecer que fiquei um pouco na expectativa de quais conhecimentos poderia incorporar à nossa prática, uma vez que já era formado em uma especialidade similar há muito tempo. As dúvidas desapareceram na medida em que avançamos no curso, cada vez mais me convencia que tinha uma excelente oportunidade para aprender novos jeitos de praticar a medicina, ainda que seja universal em muitos aspectos. A situação encontrada na minha UBS José Raimundo de Melo me demonstrou ser válido e oportuno o curso de especialização. Nos momentos em que alguns problemas não tinham a solução esperada, tinha a disposição os elementos teóricos e o apoio necessário no curso, além do frequente contato com os princípios que fundamentam o SUS.

Todo bom profissional tem que viver ocupado na constante autopreparação e atualização e o curso facilitou este processo. Os espaços dos fóruns criaram a oportunidade de um ambiente rico em opiniões diversas, interessantes e válidas para focar as problemáticas cotidianas. Hoje me sinto um trabalhador da saúde com mais recursos e qualificação para o desempenho da medicina. Palavras não conseguiriam descrever o quão importante e decisivo foi o papel do orientador, sem sua ajuda e constante estímulo com certeza tudo teria sido mais difícil, se não impossível. Esse papel requer pessoas exemplos de comportamento ético e alto nível de preparação.

Com respeito aos elementos de aprendizagem mais relevantes decorrentes do curso, entendo que são os elementos para planejar e organizar eficientemente. Como consequência o resultado foi uma equipe unida e fortalecida em todos os aspectos e este foi o elemento decisivo para alcançar o êxito. Hoje a unidade é uma extensão de nossas vidas e não só o lugar onde trabalhamos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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

