

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde 24 horas do município de Marechal Candido Rondon/PR

Bruna Maria Bugs

Pelotas, 2014

Bruna Maria Bugs

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde 24 horas do município de Marechal Candido Rondon/PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, Turma 4, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Francine Cardozo Madruga

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B931m Bugs, Bruna Maria

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde 24 horas do município de Marechal Cândido Rondon - PR / Bruna Maria Bugs ; Francine Cardozo Madruga, orientadora. — Pelotas, 2014.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Madruga, Francine Cardozo, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Agradecimentos

A Deus, minha fonte de forças e referência para tudo que faço na vida, meu amparo nos momentos difíceis e em todas as vitórias alcançadas. Minha gratidão eterna.

Aos meus pais, Valmor e Neusa, que me ensinam a cada dia o que é ser e viver em família, obrigada pelo apoio, pela segurança transmitida e pela dedicação ao cuidar de mim e de contribuir com o desenvolvimento da pessoa que sou hoje.

A minha irmã, Thaís, a quem carinhosamente chamo de "amiguinha", obrigada por todos os momentos alegres que você me proporciona e pelo exemplo de equilíbrio que possui.

Ao meu noivo, Maurício, com quem vivencio e divido meus dias e conquistas, meu agradecimento pelo conforto, pelo incentivo e pelas provas diárias de amor.

A minha orientadora na primeira fase do curso Eliane Aparecida de Oliveira Costa e, especialmente, a minha orientadora na segunda fase do curso Francine Cardozo Madruga.

Por fim, meu reconhecimento a Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de cursar e apreender uma ferramenta tão importante para meu crescimento profissional como a especialização em Saúde da Família.

Resumo

BUGS, Bruna Maria. **Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde 24 horas do município de Marechal Cândido Rondon/PR.** 2014. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo é fruto da análise de uma atividade de intervenção realizada na Unidade de Saúde 24 horas da cidade de Marechal Cândido Rondon/PR. A intervenção foi proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. O objetivo principal do estudo foi melhorar a atenção a saúde de adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus pertencentes a área de abrangência da referida Unidade. Os dados foram coletados de outubro de 2013 a fevereiro de 2014 através de fichas-espelho, após a coleta os dados foram sistematizados e analisados em planilhas. Os resultados do estudo comprovam a melhoria da atenção aos usuários do serviço de saúde após realização de ações de ampliação da cobertura de atenção como, por exemplo, o acompanhamento de 437 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 1.719 hipertensos estimados para a área o que significa um percentual de 25,4%; melhora da adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; realização de exame clínico nos usuários, foi realizado o exame de 309 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção o que significa um percentual de 70,7%; melhora do registro das informações; mapeamento dos usuários para risco de doença cardiovascular e ações de promoção da saúde. A intervenção apresentou resultados positivos para o serviço de saúde, para a equipe de profissionais e para a comunidade. Houve maior integração entre diferentes setores e profissionais do serviço ao encaminharem usuários para o acompanhamento, ampliou-se a cobertura e a qualidade da atenção aos usuários no sentido da integralidade, as ações passaram a identificar riscos de complicações precocemente e a intervenção foi incorporada à rotina do serviço.

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

Lista de figuras

Figura 1	Cronograma de atividades semanais	45
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde 24 horas	52
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde 24 horas	53
Figura 4	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde 24 horas	54
Figura 5	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde 24 horas	55
Figura 6	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas	56
Figura 7	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas	56
Figura 8	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas	57
Figura 9	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas	58
Figura 10	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde 24 horas	59
Figura 11	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde 24 horas	60
Figura 12	Proporção de hipertensos com estratificação de risco	61

cardiovascular por exame clínico em diana Unidade de Saúde
24 horas

- Figura 13** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana Unidade de Saúde 24 horas 62
- Figura 14** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde 24 horas 63
- Figura 15** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde 24 horas 63
- Figura 16** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade de Saúde 24 horas 64
- Figura 17** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade de Saúde 24 horas 65
- Figura 18** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade de Saúde 24 horas 66
- Figura 19** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade de Saúde 24 horas 67
- Figura 20** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde 24 horas 67
- Figura 21** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde 24 horas 68

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CISCOPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	Pressão Arterial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Situação da Unidade de Saúde 24 horas.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e Metas.....	25
2.2.1 Objetivos	25
2.2.2 Objetivos específicos	26
2.2.3 Metas	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas	46
3.2 Ações previstas no projeto e que não foram desenvolvidas	47
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	49
3.4 Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	49
4 Avaliação da Intervenção.....	51

4.1	Resultados	51
4.2	Discussão.....	69
4.3	Relatório da Intervenção para Gestores.....	71
4.4	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	73
5	Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem.....	76
	Bibliografia.....	78
	Anexos	79

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado com o propósito de obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas, modalidade à distância, e está organizado em seis capítulos.

No primeiro capítulo é apresentada a análise situacional da Unidade de Saúde 24 horas da cidade de Marechal Cândido Rondon, no Paraná, neste tópico está delineada a estrutura física do serviço, o modo como ocorre o processo de trabalho na unidade, também é mostrado o relatório da análise situacional.

No segundo capítulo, a análise estratégica está apresentada, assim como a justificativa para a intervenção com os usuários do serviço de saúde que possuem hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, os objetivos e metas, indicadores, logística cronograma da intervenção.

O terceiro capítulo contém o relatório da intervenção no qual são descritas todas as ações realizadas, as ações não realizadas, as dificuldades vivenciadas e a articulação entre a intervenção e a rotina do serviço.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão da intervenção, além disso, estão dispostos os relatórios da intervenção para a comunidade e para os gestores a fim de esclarecer ao público alvo quais foram os resultados alcançados até o momento e buscar apoio para a continuidade da atividade.

No quinto capítulo é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção.

O último capítulo deste trabalho de conclusão de curso apresenta as referências utilizadas durante a confecção da intervenção e da sua análise.

1 Análise Situacional

É preciso avaliar as condições de todo serviço de saúde quando se objetiva desenvolver uma atividade. Conhecer as características do serviço, suas potencialidades e limitações permite que o profissional compreenda o modo como o serviço está organizado e qual a maneira adequada de intervir na realidade encontrada. Para tanto, a análise situacional buscou descrever todas as propriedades da Unidade de Saúde 24 horas no município de Marechal Cândido Rondon.

1.1 Situação da Unidade de Saúde 24 horas

O processo de trabalho da unidade mescla ações de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional com atividades de um pronto-socorro. Esta situação dificulta a implementação de muitas atividades do enfermeiro como a realização de puericultura e do acompanhamento de pré-natal de baixo risco.

Em se tratando de uma unidade de saúde que oferta atendimento de urgência e emergência, muitas pessoas procuram o atendimento por motivos ambulatoriais sem ter procurado o posto de saúde mais próximo da residência do usuário, sobrecarregando o serviço.

Para tanto, dentre as responsabilidades do enfermeiro está a triagem que consiste em selecionar os usuários de serviço que se encontram em situação de emergência ou urgência, os indivíduos que não se encontram nesta condição ainda são avaliados quanto à sua moradia, caso residam em áreas de abrangência de outras unidades básicas de saúde do município deverão ser orientados a consultar

nestes locais. Essa função seria facilitada através da construção de protocolos de assistência.

O trabalho interdisciplinar ainda não está concretizado na unidade, ocorrem trocas entre enfermagem e odontologia e serviço social. Entre enfermagem e medicina, ainda é insatisfatório.

O vínculo entre profissionais de saúde e comunidade é dificultado no serviço, pois o montante de população é grande e varia muito devido aos atendimentos de urgência e emergência.

A relação mais estreita que acontece é a realização de curativos domiciliares em usuários dos serviços de saúde de todo o município, já que as outras unidades básicas de saúde não o fazem, exceto as duas UBS que possuem ESF. O serviço vivencia inúmeros casos de conflitos com a comunidade que procura atendimento e é orientada a dirigir-se a outros serviços, já que não suporta toda demanda espontânea que chega à unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Marechal Cândido Rondon localizado no oeste do Paraná conta com uma população de aproximadamente 46.819 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O distrito foi fundado em 6 de julho de 1953, por meio da Lei Municipal nº 17 e o município foi criado em 25 de julho de 1960, pela Lei Estadual nº 4.245 (IBGE, 2010).

A característica socioeconômica da população se resume em propriedades agrícolas nas áreas rurais com produção de milho e soja, e a criação de animais como aves e suínos e o comércio no centro da cidade.

Marechal Cândido Rondon conta com sistema de saúde composto por instituições públicas e privadas. Dentre os serviços públicos de saúde 7 UBS, 1 Unidade de Saúde 24 horas que oferece atendimento de urgência e emergência, 2 ESF, 7 UBS no interior do município e um Hospital Municipal com 18 leitos para internação de baixa complexidade.

As UBS e as ESF funcionam 8 horas por dia (7h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00). O Hospital Municipal e a Unidade de Saúde 24 horas não interrompem suas atividades.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não constituem portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) servem como apoio às ESF, são formados por profissionais de diferentes categorias que devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008), os NASF não foram instalados no município que conta com apenas duas ESF, sendo necessárias no mínimo três ESF.

O atendimento odontológico pelo SUS é realizado nos Postos de Saúde, quando necessário são realizados encaminhamentos para instituições da rede privada ou para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que pertence ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), localizado no município de Toledo.

No que tange à atenção especializada são realizadas consultas com cardiologista, ortopedista, urologista, oncologista, endocrinologista na Unidade de Saúde 24 horas, mediante encaminhamento do clínico geral. Atendimento materno-infantil é realizado no Centro de Saúde da Mulher e da Criança com pediatras, ginecologistas e obstetras. Outras especialidades são ofertadas mediante encaminhamento para o CISCOPAR.

O Sistema de Saúde de Marechal Cândido Rondon possui um hospital municipal de pequeno porte para internações, não são realizadas cirurgias ou partos, tais procedimentos são efetuados por hospitais em Toledo/PR ou é acionada a Central de Leitos.

A realização de exames complementares se dá por meio do credenciamento de laboratórios da cidade, alguns tipos de ultrassonografia são realizados na Unidade de Saúde 24 horas, outros exames não disponíveis na rede SUS do município são encaminhados para realização através do CISCOPAR.

O credenciamento de laboratórios no município é feito através de um número limite de exames que costumam se esgotar frente à extensa demanda, isso faz com que os usuários do SUS tenham que esperar cerca de um mês para conseguirem agendar o exame, para então, aguardarem o dia da coleta e do resultado o que implica demora em mostrar os resultados em uma nova consulta. A Unidade de Saúde 24horas possui sala para realizar Raio-X.

No que se refere a estrutura física a Unidade de Saúde 24 horas está localizada no centro da cidade e realiza atendimentos pelo SUS. A construção é

antiga onde funcionava um hospital, foi adaptada para ser uma UBS. A Unidade oferece consultas ambulatoriais com clínico geral e com algumas especialidades, medicações, curativos, vacinação, exames radiológicos, serviço de epidemiologia, acompanhamento no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica(HIPERDIA), serviço de assistência social, nutricionista, dentista, psicologia, cadastramento no Cartão SUS e é o único serviço público de saúde no município que oferta atendimento de urgência e emergência. A Unidade não dispõe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não possui área de abrangência definida e não possui equipes de saúde da família.

A Unidade conta com uma sala de vacinas e Teste do Pezinho, quatro consultórios médicos para consultas ambulatoriais, sala de preparo/pré-consulta, sala de agendamento de consultas e exames, uma sala para condicionamento das fichas/prontuários, sala de emergência, consultório médico do plantão, sala de medicação e curativo, sala de enfermagem/triagem, sala de telefonista, sala de inalação, sala da direção, quarto com armários/vestiário da enfermagem, cozinha, observação masculina e feminina com três leitos cada, quarto do plantonista, esterilização, expurgo, lavanderia. Sala de raio-x, sala de epidemiologia, um pequeno laboratório e sala do HIPERDIA.

No segundo piso encontra-se o serviço social, odontologia, ultrassonografia, sala do cartão SUS, sala de pequenas cirurgias, sala de nutrição e salas de atividade administrativa.

No terceiro piso localizam-se uma sala de reuniões, onde são realizados grupos de gestantes, e duas salas de psicologia.

A unidade de saúde conta com clínicos-gerais e alguns especialistas como cardiologista, ortopedista, urologista e endocrinologista.

A equipe de enfermagem é composta por 5 enfermeiros e 22 funcionários entre técnicos e auxiliares de enfermagem. O pessoal do administrativo soma 14 pessoas. Há também dois técnicos em Raio-X, uma assistente social, dois psicólogos, uma nutricionista que trabalham na unidade.

No local são realizados estágios de prática do curso Técnico em Enfermagem do Colégio Estadual Antônio M. Ceretta.

Em relação à estrutura física do serviço, de maneira geral, a unidade é ampla e as atividades estão organizadas em três andares da construção. Os aspectos positivos da estrutura incluem a ampla sala de vacinas com entrada desvinculada da

Unidade de Saúde, isso possibilita à população que busca os serviços de vacina não precisem entrar no serviço onde são realizados procedimentos contaminados, respeitando o fluxo de pessoas e materiais contaminados e não contaminados. O serviço possui amplas salas de espera com cadeiras em número suficiente à demanda e com televisores, próximo a cada sala de espera está a sala de preparo de usuários do serviço que evita o fluxo desnecessário de pessoas a outros locais do serviço.

Dentre os aspectos negativos da estrutura destaca-se a não existência de local adequado para armazenamento do lixo, tanto comum quanto contaminado. O lixo comum é recolhido diariamente e é depositado no coletor instalado na calçada próximo à rua. O lixo contaminado é armazenado dentro de barris de plástico com tampa e são recolhidos semanalmente por empresa privada, esses barris localizam-se em uma área entre o depósito de materiais de limpeza/área de serviço e a área de limpeza/desinfecção de materiais, a área não possui cobertura contra chuva e vento e está exposta à entrada de roedores e insetos.

O prédio é antigo e apresenta diversos problemas que dificultam a luminosidade natural. Em períodos chuvosos a sala do agendamento é inundada o que impede a realização do trabalho. Os pisos e paredes possuem superfície lisa e lavável.

O fluxo de idosos é dificultado nas áreas que possuem degraus (sala de vacinas e consultórios ambulatoriais) e nos corredores que não possuem corrimão. As rampas possuem corrimão. Não há na estrutura nenhum banheiro adequado aos cadeirantes.

A farmácia da Unidade localiza-se há cerca de 2 quadras da UBS pois devido a uma reforma que aconteceu há alguns anos esta foi deslocada para outro espaço e, mesmo findada a reforma, a farmácia não retornou ao local onde funcionava.

A sala de medicação é a mesma sala de curativos e como o fluxo de pessoas é grande na unidade, por vezes ocorre demora no atendimento. A fim de agilizar a assistência muitos procedimentos de medicação são realizados na Sala de Emergência, quando esta não está ocupada. Esta sala não está próxima da área de desinfecção e limpeza de materiais como preconiza o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2008).

Estas são as principais características da Unidade e isto reflete no processo de trabalho, pois todos os dias a equipe de enfermagem se utiliza do improvisado para

melhor atender a população e, muitas vezes, gera problemas de saúde nos trabalhadores, pois a falta de banheiros adequados, as cadeiras de rodas inadequadas, a estrutura antiga, o espaço pequeno fazem com que não disponhamos de ergonomia adequada ao exercício do trabalho saudável.

A leitura do Anexo I da Portaria 2488 de 2011 permite a reflexão a cerca das responsabilidades dos profissionais de saúde na Atenção Básica, com destaque ao profissional enfermeiro. Tal legislação cita a territorialização e a definição da área de abrangência da unidade como uma das atribuições comuns a todos os profissionais, no entanto, não existe área definida para a UBS em questão. Além disso, a definição de uma área de abrangência embasa todas as ações de saúde a serem realizadas pelo serviço de saúde, a partir do diagnóstico da população adstrita.

O documento também cita o acolhimento da população por meio da classificação de risco. Estão sendo estudados modelos de protocolos a fim de elaborar um protocolo que sistematize a classificação de risco nos usuários a fim de viabilizar melhor atendimento à demanda espontânea.

O serviço de saúde conta com um setor de epidemiologia, responsável pela busca de possíveis casos de doenças de notificação compulsória, educação em saúde para a população acometida pelas doenças. Outros profissionais que não fazem parte do setor de epidemiologia também são responsáveis pela notificação de doenças quando se depararam com os casos.

A prática do cuidado familiar ou dirigido às coletividades ainda não ocorre de maneira adequada no serviço. O trabalho dificilmente é realizado de forma interdisciplinar.

A participação da sociedade no controle social e nos processos decisórios é muito pequena.

Das atribuições específicas do enfermeiro, as que não são realizadas de forma integral incluem a atenção à saúde nos espaços coletivos e a atenção voltada para as atividades programadas, já que a ênfase das atividades do enfermeiro está no atendimento às urgências e emergências.

O serviço de saúde não dispõe de ACS. O enfermeiro participa do gerenciamento dos insumos necessários ao trabalho.

Em se tratando da significação para a UBS a situação acima descrita reflete muito na qualidade da atenção prestada, pois as ações programáticas ficam à margem de todas as atividades que ocorrem na UBS. A Unidade em questão é o

único local que oferece atendimento de urgência e emergência pelo SUS no município o que gera grande demanda espontânea e impede o planejamento de ações de educação em saúde, assistência à saúde nos espaços comunitários, visitas domiciliares, entre outras.

A questão da não existência de área de abrangência definida para a Unidade e de ACS é outra característica negativa do serviço e que distancia ainda mais o enfermeiro da comunidade e impossibilita a construção de vínculos entre serviço e população.

O acolhimento à demanda espontânea no serviço é o tema que mais gera conflitos no serviço. Os usuários são recebidos na recepção e, através de um sistema informatizado seus nomes são encaminhados para o computador da sala de triagem/avaliação. Nesta sala os usuários são chamados individualmente a fim de que o enfermeiro realize a escuta qualificada e ajude-os a sanar problemas. A maioria das pessoas atendidos pelo enfermeiro vem em busca de consulta médica, no entanto, a demanda por consulta ultrapassa a disponibilidade de consultas ambulatoriais.

O enfermeiro realiza breve anamnese, escuta os usuários, afere sinais vitais e é responsável por dar o encaminhamento necessário ao caso do indivíduo. De acordo com os dados, os usuários são encaminhados ao ambulatório, consulta na emergência, Centro da Mulher e da Criança, Postos de Saúde dos Bairros.

No entanto, o encaminhamento para outros serviços nem sempre é possível já que a demanda é grande e o número de atendimentos ofertados é insuficiente. Por isso, a questão do acolhimento é um problema na Unidade já que os médicos exigem que os enfermeiros mandem usuários embora quando não há vagas em ambulatório.

Segundo a Legislação vigente e de acordo com Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o enfermeiro não pode dispensar pessoas que não se encontram em situação de urgência e emergência (COREN-SP, 2009).

A questão levantou inúmeras discussões na Unidade e foram propostas algumas soluções como a territorialização dos Postos de Saúde a fim de que cada unidade seja responsável por sua área adstrita. A hipótese não foi aceita, pois segundo os gestores isso nunca foi realizado no município e geraria conflito com a comunidade que está acostumada a chegar à Unidade 24hs e ser atendida.

Outra sugestão foi a implementação de Protocolo de Manchester a fim de categorizar os usuários que necessitam de atendimento imediato ou prioritário e os outros, então, serem encaminhados para outras unidades ou ambulatório.

Optou-se, deste modo, pelo Protocolo de Manchester que está sendo estudado e elaborado conforme as necessidades do contexto do serviço. A definição da área de abrangência nas UBS deveria ser realizada e, só depois disso, cada UBS deveria elaborar e implantar os seus protocolos de atenção à saúde. A fim de que os problemas da comunidade sejam resolvidos na UBS mais próxima e, caso não seja possível, encaminhar usuários para a Unidade 24 horas onde é ofertado serviço de urgência e emergência.

Na Unidade não ocorrem ações voltadas à grupos específicos como realização de pré-natal, puericultura ou grupo de idosos. O atendimento programático se dá ao nível do Programa HIPERDIA, apenas. Não foram desenvolvidos protocolos de atenção à saúde desses grupos populacionais e, tampouco, o sistema de registro de atendimentos permite a contagem da quantia de pessoas pertencentes à uma determinada faixa etária, por exemplo. Os registros de atendimento do serviço são feitos nos prontuários utilizados no ambulatório ou na ficha de atendimento individual elaborada para atendimento de emergência, faz-se necessário o desenvolvimento de outras formas de registro das atividades executadas pelos profissionais e características da população que utiliza os serviços.

As ações de atenção à saúde da criança não são realizadas de forma programática no serviço de saúde em questão, não foi implantado um protocolo de atendimento a esse grupo populacional. As crianças recebidas no serviço são encaminhadas para Sala de Avaliação/Enfermagem, como descrito no item anterior, as crianças são avaliadas quanto ao risco, caso se encontrem em situação de urgência ou emergência são atendidos na própria Unidade, caso contrário é feito contato via telefone com o Centro de Saúde da Mulher e da Criança e agendado consulta pediátrica para o mesmo dia. A Unidade de Saúde 24 horas não realiza um registro específico para atendimentos às crianças o que dificulta a avaliação dos principais problemas de saúde e sociais encontrados nessa população, bem como a proposição de intervenções e avaliação das ações realizadas.

A vacinação é realizada no serviço, assim como as medicações, curativos, exames radiológicos, entre outras atividades. O Centro de Saúde da Mulher e da

Criança é responsável, apenas, pela realização de consultas ambulatoriais o que faz com que os usuários se submetam às idas e vindas de um serviço para o outro a fim de que suas necessidades sejam assistidas. Sugestões de que as medicações, vacinas e consultas às crianças fossem realizadas todas em um mesmo local foram feitas aos gestores, porém foi justificada que o Centro não comporta essas atividades.

A população perde no que se refere à continuidade e integralidade da assistência, além da qualidade. O foco das atividades dos profissionais que atuam na Unidade de Saúde 24 horas são as de cunho curativista. A prevenção, mesmo se tratando de atenção primária à saúde, não é a principal ação realizada e o vínculo com a população é dificultado já que a área de abrangência não é definida. Para os serviços de saúde essa divisão gera consequências negativas como, por exemplo, a superlotação que se multiplica em vários serviços do município devido ao fluxo de usuários do serviço de saúde.

As ações de atenção à gestante não são realizadas de forma programática no serviço de saúde em questão, não foi implantado um protocolo de atendimento a esse grupo populacional. As gestantes recebidas no serviço são encaminhadas para Sala de Avaliação/Enfermagem e são avaliadas quanto ao risco, caso se encontrem em situação de urgência ou emergência são atendidos na própria Unidade, caso contrário é feito contato via telefone com o Centro de Saúde da Mulher e da Criança e agendado consulta ginecológica ou obstétrica para o mesmo dia. A Unidade de Saúde 24 horas não realiza um registro específico para atendimentos às mulheres o que dificulta a avaliação de principais problemas de saúde e sociais encontrados nessa população, bem como a proposição de intervenções e avaliação das ações realizadas.

O acompanhamento de pré-natal é realizado no Centro da Mulher. Como o município não realiza partos pelo SUS as gestantes em trabalho de parto são encaminhadas para o município vizinho – Toledo, nos casos de urgência a usuária é encaminhada a um hospital particular da cidade, os custos são pagos pela Prefeitura Municipal de Marechal Cândido Rondon.

Atividades de prevenção do câncer de colo de útero e de mama não são realizadas no serviço de saúde em questão, as usuárias podem realizar exames e atividades educativas no Centro de Saúde da Mulher e da Criança ou nas Unidades Básicas de Saúde próximas à residência. Infelizmente, nem todas as unidades

básicas do município realizam a coleta do exame preventivo o que gera a centralização deste procedimento na Clínica da Mulher e da Criança, no centro da cidade, é reconhecida a importância de se estabelecer uma atenção primária à saúde efetiva e de qualidade próxima do usuário, ou seja, nos bairros, a fim de permitir maior adesão da comunidade aos serviços prestados pela unidade de saúde, fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, engajamento da sociedade nas ações de controle social e redução no fluxo de pessoas atendidas nas unidades de saúde do centro da cidade, diminuindo, assim a demora no atendimento.

A Unidade não dispõe de um protocolo de atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes. A atenção a esse grupo é realizada por meio de atividades educativas, consultas com clínico geral e especialistas, cadastramento e controle de pressão arterial e glicemia capilar no setor de HIPERDIA.

A leitura do Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 15 que trata da hipertensão arterial sistêmica (HAS) sugere simples alterações que melhoram a qualidade de assistência ofertada à pessoas com HAS como, por exemplo, os diferentes tamanhos de manguito para aferição de pressão arterial (PA) da maneira correta. A Unidade de Saúde 24 horas possui apenas três tamanhos de esfigmomanômetro: um para crianças, vários para adultos e um para braços maiores. Na sala da triagem estão os três tamanhos, no entanto, quando é necessário verificar a PA de um usuário maior o aparelho é emprestado para outros setores. No setor de HIPERDIA que realiza a verificação de muitas pessoas só existe um tamanho. Novos aparelhos foram solicitados à chefia.

Para melhorar a assistência prestada, além da adequação de tamanho dos manguitos, é importante que sejam estimuladas as estratégias de modificação de estilo de vida desses usuários e que, muitas vezes, a melhora na qualidade de vida já é suficiente para reduzir os níveis pressóricos da população, segundo o CAB nº 15. Na Unidade são realizadas ações para tratamento medicamentoso e orientação nutricional de usuários, no entanto, não ocorrem atividades físicas coletivas orientadas por um educador físico. O que é outra sugestão para melhorar a qualidade da atenção à saúde de indivíduos com HAS.

O setor de HIPERDIA da Unidade realiza atividades educativas individuais com os usuários do serviço, as atividades coletivas foram interrompidas, pois estamos no aguardo de um novo enfermeiro que assuma a responsabilidade pela

coordenação do programa. Segundo o CAB nº 15 (BRASIL, 2006, p.8) “é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção”.

O documento revela uma estimativa de que 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. Este dado nos leva a refletir sobre a importância de se preparar a equipe para um trabalho com ênfase nas carências deste grupo populacional.

Assim como a atenção ofertada às pessoas com HAS, os usuários com diabetes mellitus(DM) merecem uma assistência integral. Com intuito de melhorar o processo de trabalho poderiam ser implementadas ações que inserissem ainda mais a família no cuidado à saúde, para ajudar o usuário a mudar seu modo de vida (CAB nº 16).

Outra sugestão apontada pelo Manual é a avaliação do estado psicológico dos indivíduos, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica. A Unidade de Saúde 24 horas possui dois psicólogos que poderiam atender os usuários com DM e HAS quando houver necessidade.

As atividades educativas que ocorrem na Unidade são individuais e, em sua maior parte, realizadas por uma técnica em enfermagem. As ações de educação em saúde poderiam ser realizadas de forma coletiva também, além de incluir outros profissionais como enfermeiro, nutricionista, médicos, psicólogos.

A avaliação com odontólogo também é importante já que as complicações do DM causam danos nas gengivas e frequente perda de dentes. Até o presente momento não conheço casos de pessoas que foram encaminhados para os odontólogos da Unidade com problemas decorrentes da DM, esta é outra sugestão de melhoria do trabalho apontada no CAB nº 16.

Promover a educação profissional permanente e capacitar a equipe para o exame físico dos pés é necessária para melhorar a qualidade da assistência ofertada. Durante o desenvolvimento na Análise Situacional do serviço de saúde foram contabilizados 1076 usuários com diabetes cadastrados na Unidade e nenhum destes foi submetido ao exame físico dos pés nos últimos três meses, essa condição reflete uma carência dos profissionais de saúde referente ao conhecimento deste exame. É importante que os profissionais participem de cursos no trabalho, a educação continuada reflete mudanças positivas para o crescimento profissional dos trabalhadores e para a comunidade assistida por estes profissionais.

Caso seja identificada a necessidade de capacitação de um ou mais membros da equipe na aquisição de conhecimentos e habilidades para desempenho destas atribuições, a equipe deve articular-se junto ao gestor municipal na busca da capacitação específica (BRASIL, 2006, p.46)

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica nº16 que trata do diabetes expõe o valor de profissionais responsáveis e capacitados na assistência de indivíduos acometidos por essa doença e, quando há necessidade de aprimoramento dos trabalhadores deverão ser planejados e realizados meios de aprimoramento do conhecimento e das práticas dos profissionais.

A Unidade não dispõe de um protocolo de atendimento a população idosa, tampouco existem registros específicos para as ações realizadas a esse grupo ou atividades coletivas para essas pessoas. A falta de protocolos no serviço de saúde dificulta a atenção individualizada que os usuários deveriam receber, pois o trabalho está organizado de acordo com regras estabelecidas sem uma lógica científica. O desenvolvimento de protocolos instiga o estudo das legislações vigentes, amplia o campo de visão para transformações que podem melhorar o processo de trabalho no serviço e garante uma assistência individualizada, focada nas necessidades do usuário e baseada nos estudos científicos.

Durante a análise situacional não foi possível contabilizar o número exato de pessoas com mais de 60 anos acompanhados na Unidade, no entanto, a população pertencente a esse grupo soma parcela importante no total de usuários do serviço já que diariamente a demanda por assistência à saúde dos idosos é numerosa.

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

Dentre os aspectos negativos no trabalho cita-se a não existência de uma área de abrangência definida no serviço. Tal condição dificulta o estabelecimento de ações programáticas assim como impede a realização de um diagnóstico da área com intuito de detectar problemas, propor medidas e avaliar as ações realizadas.

Outro aspecto negativo é a ênfase do trabalho do enfermeiro nas ações de urgência e emergência, por se tratar de serviço de atenção primária à saúde as atividades do enfermeiro deveriam estar focadas nas atividades preventivas,

educação em saúde, trabalhos na comunidade, atenção à grupos como crianças, idosos, entre outras ações.

Em suma a Unidade em questão apresenta muitos aspectos positivos relacionados à maneira de acolher a população, é visível a transformação nas relações entre usuários e funcionários e entre profissionais de diferentes categorias. O processo de trabalho tem se desenvolvido de forma mais harmoniosa em comparação com o que vinha acontecendo há alguns meses. Procura-se explicar ao usuário todos os procedimentos aos quais ele será submetido e ouvir suas angústias ou dúvidas isso estabelece uma relação de confiança com o profissional e ameniza as consequências negativas de outros problemas enfrentados na Unidade como a demora em agendar um exame ou consulta com especialista.

Outro aspecto positivo da Unidade foi a melhoria nas relações entre os profissionais, os conflitos entre médicos e equipe de enfermagem eram frequentes já que os médicos exigiam que os enfermeiros dispensassem pessoas sem atendimento quando não se encontravam em situação de urgência e emergência. Foram realizadas várias reuniões a fim de discutir o embasamento legal do trabalho do enfermeiro de nível superior de modo que orientar o usuário a voltar outro dia ou procurar outro serviço de saúde tem sido evitado.

Nas semanas de ambientação deste curso uma das tarefas contemplava a descrição das características do processo de trabalho no serviço e da estrutura física do local. Nesta atividade foram detalhadas particularidades da construção do prédio, da disposição das salas de atendimento, entre outras características. Na estrutura física na Unidade não ocorreram transformações importantes. A única mudança ocorrida foi a instalação de algumas torneiras que dispensam o uso das mãos para abrir e fechar.

Foi destacado também que a única tarefa no domicílio que acontece é a realização de curativo domiciliar nos usuários acamados, essa atividade continua sendo realizada, exceto nas áreas de abrangência das duas ESF existentes no município.

Na tarefa de ambientação também foi discutida a relação entre o serviço de saúde e a comunidade. Neste aspecto ocorreram modificações relevantes. Era comum a ocorrência de conflitos com a população devido ao fato de o enfermeiro ter de “mandar pessoas embora sem atendimento”, quando estas pessoas possuíam unidades de saúde próximo à sua moradia ou não se encontravam em situação de

urgência e emergência, ou seja, a unidade deveria atender ambulatorialmente a população que pertence à sua área de abrangência e nos casos urgentes seriam atendidas pessoas de qualquer área.

Foram realizadas reuniões com gestores, direção da Unidade e com os médicos a fim de discutir que a enfermagem não tem respaldo legal para dispensar pessoas sem atendimento e a impossibilidade de direcionar usuários para outros serviços de saúde já que não há definição de áreas de abrangência. Essas medidas reduziram os conflitos com a população e com os médicos, de modo que pudemos mostrar a cientificidade da profissão e defender os direitos dos usuários dos serviços de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças relevantes para o sistema público de saúde no país, pois acometem um amplo número de cidadãos. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 15, “no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais”(BRASIL, 2006, p.7). E estima-se que em 2010 já ultrapassamos 10 milhões de pessoas com diabetes (BRASIL, 2006).

A Unidade de Saúde 24 horas de Marechal Cândido Rondon conta com o setor de HIPERDIA, neste local os indivíduos com HAS E DM são cadastrados e acompanhados. O sistema HIPERDIA garante o recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, a fim de planejar estratégias para melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

A unidade possui 1.023 pessoas cadastradas com hipertensão arterial e 1.076 indivíduos cadastrados com diabetes, neste grupo estão incluídas pessoas de outras áreas de abrangência que não correspondem à área da unidade de saúde em questão. A população alvo do estudo constitui-se de indivíduos que pertencem à área, no entanto, os registros do serviço não possibilitaram contabilizar a quantidade de pessoas que integram este grupo.

A Unidade de Saúde 24 horas é uma unidade de saúde tradicional que oferta atendimentos de urgência e emergência, porém, como apresentado anteriormente, o serviço não possui uma área de abrangência definida aliado à esta dificuldade o atendimento aos usuários com HAS e DM não possui um método de registro que possibilite a contabilização de quantos usuários cadastrados fazem parte da área de

abrangência da Unidade, caso a abrangência estivesse formalizada. Para tanto, a população de usuários com HAS e DM estimados para a área foi calculada com base no número de menores de um ano vacinadas na Unidade.

A estimativa é realizada da seguinte forma: o número de crianças menores de um ano vacinadas na Unidade deve ser multiplicado por 100 e o resultado deve ser dividido por 1,82 que é a taxa de natalidade no Brasil (supõe-se que a taxa de natalidade do município não difere da taxa do país) o valor obtido corresponde ao valor estimado para a população da área de abrangência do serviço, que foi de 11.300 pessoas.

A partir do número de indivíduos da área de abrangência é possível estimar o número de pacientes com HAS e DM que pertenceriam a área do serviço, ou seja, 22,7% da população possui HAS e 5,6% da população possui DM (BRASIL, 2012). Assim, a população da área de abrangência com HAS foi estimada em 1719 hipertensos e 424 diabéticos.

Os indivíduos atualmente cadastrados realizam acompanhamento no setor, recebem orientações individuais sobre alimentação, estilo de vida, atividades física, uso dos medicamentos e encaminhamento para especialidades, quando necessário.

Há necessidade de ampliar a participação de outros membros da equipe na atenção prestada aos usuários com HAS e diabetes. Além disso, a unidade não conta com registros adequados para as atividades realizadas com esse grupo. Justifica-se a realização da intervenção com foco nestas pessoas pela necessidade de melhorar a qualidade da assistência e diminuir os atendimentos da urgência e emergência decorrentes de complicações destas doenças.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivos

O objetivo geral da intervenção proposta no curso de especialização em Saúde da Família é melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

As metas funcionam como quantificadores dos objetivos, ou seja, são modos de acompanhar o quanto os objetivos foram alcançados. Foram estabelecidas metas para cada objetivo proposto.

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.

- a) Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- b) Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

- c) Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- d) Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

- e) Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- f) Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

- g) Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- h) Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Relativas ao objetivo 4:Melhorar o registro das informações.

- i) Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- j) Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- k) Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- l) Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6:Promoção da saúde.

- m) Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.
- n) Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.
- o) Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- p) Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- q) Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.
- r) Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.
- s) Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
- t) Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

O estudo apresentado foi desenvolvido em várias etapas. Inicialmente foi realizada uma análise situacional a fim de conhecer toda a realidade do serviço de saúde em se tratando do processo de trabalho, estrutura física e de recursos humanos. A segunda etapa consistiu na elaboração de uma intervenção para uma ação programática do serviço.

Após isso, a intervenção foi colocada em prática. O público-alvo da atividade consistiu nos usuários do serviço que possuíam hipertensão e/ou diabetes e que pertenciam à área de abrangência da unidade de saúde.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2013 a fevereiro de 2014 e para tal foram utilizadas a Planilha de Coleta de Dados (Anexo A) e a Ficha Espelho (Anexo B) fornecidas pelo curso de especialização.

2.3.1 Detalhamento das ações

Os objetivos e metas a serem cumpridos durante a intervenção sugerida pelo curso de especialização em Saúde da Família e após o curso, sendo incorporados como rotina do serviço de saúde deverão ser seguidos criteriosamente de modo a gerar melhoria da atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

A assistência à saúde dos usuários que pertencem a esse grupo será sistematizada, todas as ações serão registradas em instrumentos que permitam a avaliação da evolução individual dos usuários e, também, deste grupo, no intuito de avaliar o impacto das ações na coletividade.

Os instrumentos utilizados na intervenção serão empregados para acompanhar o desenvolvimento da intervenção e avaliar a qualidade das ações, sendo eles, para acompanhar a intervenção proposta (Anexo B) e para coletar dados (Anexo A).

As ações desenvolvidas na intervenção serão apontadas a seguir e estão organizadas de acordo com os eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Quanto ao monitoramento e avaliação

As ações que abrangem atribuições de monitorar a evolução da intervenção e avaliar a eficácia das ações, dentre elas estão:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos e hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO: no primeiro dia útil de cada mês todas as fichas espelhos de usuários acompanhados serão avaliadas quanto à realização dos procedimentos acima descritos, exceto para os procedimentos de consulta odontológica e de realização de exames complementares cuja monitorização será realizada a cada dois meses. As informações serão registradas no computador em documentos de texto de modo a facilitar a visualização e o acompanhamento mês a mês dos procedimentos realizados.

Quanto à organização e gestão do serviço

Estas ações fazem referência ao modo como a intervenção foi planejada e a forma como é gerida.

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

DETALHAMENTO: Questionar todas as pessoas que apresentam alteração nos níveis de PA ou hemoglicoteste (HGT) para o fato de fazerem uso de medicação contínua para essas doenças e se já possuem cadastro no Programa, caso não possuam cadastro deverão ser orientados para fazerem o cadastro na Unidade de Saúde mais próxima da residência do usuário. Se a Unidade em questão for a Unidade de Saúde 24 horas, encaminhar a pessoa para o setor de HIPERDIA após a consulta médica.

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

DETALHAMENTO: Manter o ideal de que todos os usuários que adentram o serviço deverão ter suas necessidades ouvidas e, se possível, não dispensá-los sem atendimento ou sem agendamento de atendimento em outro serviço de saúde.

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

DETALHAMENTO: Zelar pelos materiais existentes na unidade, solicitar manguitos de tamanho adequado à direção do serviço.

- Buscar usuários com HAS e DM em atraso nas consultas periódicas através de contato telefônico.

DETALHAMENTO: Listar os usuários faltosos que residem próximo à Unidade de Saúde 24 horas e solicitar ao telefonista que entre em contato com estas pessoas informando a necessidade de agendamento de consulta. Com relação ao objetivo “Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde”:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO: O exame clínico será realizado pelo enfermeiro do turno da manhã na unidade e à tarde pela técnica em enfermagem responsável pelo setor de HIPERDIA.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os Cadernos de Atenção Básica nº 15 e 16.

DETALHAMENTO: a capacitação deverá ser realizada durante o turno de trabalho das equipes sob orientação do enfermeiro. Convidar outros profissionais com experiência no tema.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

DETALHAMENTO: no mínimo, uma vez a cada ano ou sempre que houver atualizações ou novas orientações do Ministério da Saúde, da 20ª Regional de Saúde ou outros setores.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: imprimir e manter disponível para consulta os cadernos de atenção básica de números 15 e 16.

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

DETALHAMENTO: A técnica em Enfermagem Marlene é a pessoa responsável pelo monitoramento dos registros e pelo envio das informações.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

DETALHAMENTO: Utilizar os cadernos de atenção básica para elaborar uma planilha de registro que aborde todas as situações de alerta como atrasos nas consultas.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

DETALHAMENTO: estabelecer que todos os profissionais da enfermagem registrem em planilha específica, a ser elaborada, o atendimento feito aos usuários com HAS ou DM e não apenas a pessoa responsável pelo HIPERDIA.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

DETALHAMENTO: A técnica em Enfermagem Marlene é a pessoa responsável pelo monitoramento dos registros e por orientar os profissionais quanto à ineficiência dos registros.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

DETALHAMENTO: Utilizar os cadernos de atenção básica para elaborar uma planilha de registro que aborde todas as situações de alerta como atrasos nas consultas.

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

DETALHAMENTO: Os usuários que residem próximos a outras unidades de saúde serão atendidos na urgência/emergência da unidade 24 horas (caso necessário) e terão consulta ambulatorial agendada na unidade de sua referência. Os usuários que moram na área da unidade 24 horas serão encaminhados para consulta ambulatorial no mesmo dia.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

DETALHAMENTO: Reunir setor de saúde bucal e direção da unidade a fim de estabelecer um número fixo de consultas odontológicas destinadas a esse grupo.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

DETALHAMENTO: Reunir setor de nutrição e direção da unidade a fim de discutir a possibilidade de ações coletivas

Quanto ao engajamento público

São ações que representam a interação do público com o serviço de saúde e a participação do público no processo decisório. As ações relacionadas ao engajamento público são:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento

de hipertensão e diabetes.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

DETALHAMENTO: As ações referentes ao engajamento público serão

realizadas rotineiramente durante as consultas de enfermagem, realização de curativos e medicações, visitas domiciliares, nas quais as informações serão repassadas individualmente pelos enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Uma vez por semana, na sexta-feira preferencialmente (pois é o dia de maior movimento no serviço) serão realizadas atividades educativas para a coletividade nas salas de espera da Unidade (sala de espera para atendimento na emergência e sala de espera para atendimento ambulatorial), tais atividades coletivas serão realizadas pelos enfermeiros com duração de, no máximo 15 minutos, a cada atividade será eleito um dos temas descritos acima.

Quanto à qualificação da prática clínica

Estas ações almejam melhorar a qualidade do trabalho ofertado pelos profissionais de saúde. Dentre tais ações destacam-se:

- Capacitar a equipe para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Treinar a equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

DETALHAMENTO: no último dia útil de cada mês o enfermeiro será responsável por direcionar atividade de educação continuada com a equipe de enfermagem, serão discutidos três assuntos por vez, o último encontro terá um único assunto, assim durante cerca de 6 meses a equipe terá atividades programadas de no máximo 40 minutos durante o horário de trabalho e no início dos plantões, quando a demanda de usuários é menor.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1: Cadastrar 80% dos hipertensos e 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 hipertensona unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 2:Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador:Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

Indicador:Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

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

Objetivo 3:Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 3.1:Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 3.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de pacientes 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 de atividade física regular a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A logística tem por finalidade o detalhamento de como as ações ocorrerão na prática. A logística deve ser realizada com base em um planejamento a começar pelo seguimento de um protocolo.

As referências teóricas a serem seguidas durante a execução das ações relacionadas ao grupo de pessoas com hipertensão e diabetes estão contidas no Caderno de Atenção Básica nº 15 e Caderno de Atenção Básica nº 16, propostos pelo Ministério da Saúde em 2006.

Os dados coletados durante a atenção à saúde dos indivíduos serão registrados na Ficha de Cadastro de usuários hipertensos e/ou diabéticos, a Ficha de Acompanhamento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, ambas elaboradas pelo Ministério da Saúde e Ficha Complementar elaborada para coletar informações referentes ao exame físico, estratificação de risco cardiovascular, exame físico do pé, data da última consulta e previsão para próxima consulta. As fichas complementares serão anexadas à Ficha de Cadastro de Ficha de Acompanhamento de usuários já utilizadas na Unidade de Saúde 24 horas, as cópias serão realizadas na própria unidade.

O monitoramento será realizado por meio da avaliação das fichas e classificação das mesmas em escaninhos que diferem os indivíduos com procedimentos em atraso e os que estão em dia.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e as técnicas em enfermagem responsáveis pelo setor de Hipertensão e Diabetes revisarão as fichas cadastrais existentes buscando selecionar os indivíduos que realmente pertencem à área da Unidade. Após isso, os dados das fichas de cadastro de acompanhamento e ficha complementar serão atualizados conforme a demanda por atendimento e com intuito de atingir a meta estabelecida na Planilha de Objetivos, Metas e Ações.

A logística das ações que se referem ao monitoramento e avaliação das ações são baseadas em:

Monitorar número de usuários cadastrados no Programa e periodicidades das consultas: a partir da verificação as técnicas em enfermagem deverão elaborar uma lista de usuários com consulta em atraso e, através de contato telefônico, os indivíduos serão orientados a renovar receitas ou

reconsultar. O telefonista será responsável pela convocação dos usuários via telefone no prazo máximo de uma semana após a entrega da lista ao telefonista.

Monitorar a realização de exame clínico dos usuários e a realização de estratificação de risco: o manual do ministério sugere uma periodicidade de 6 meses para realização do exame clínico e da estratificação de risco, após avaliar o número de pessoas com esses exames em atraso será elaborada uma agenda de modo a distribuir os usuários para realização dos exames que serão distribuídos em seis meses. Depois que todos forem submetidos a esses exames (depois de 6 meses), a agenda se repetirá. Assim, a cada seis meses os usuários farão os exames.

Monitorar a realização de exames complementares uma vez a cada ano e de consulta com dentista: eleger o mês de janeiro de cada ano para verificar a situação de exames de todos os usuários e de consulta com dentista e organizar agenda para que os indivíduos acompanhados realizem os exames de modo a se adequar nas cotas permitidas pelo município. No primeiro ano das atividades da intervenção os exames serão monitorados no mês de janeiro, nos anos subsequentes o usuário realizará o exame a cada 12 meses. O mesmo acontecendo com as consultas odontológicas, os usuários serão organizados de modo que, no mínimo, uma vez por ano sejam consultados por odontólogo.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA: incluir na ficha complementar uma questão sobre a dificuldade/facilidade que os usuários vivenciam sobre o acesso aos medicamentos na farmácia básica e, quando houver relato de dificuldade, contatar a farmácia sobre a previsão de vinda de medicamentos.

Monitorar a qualidade dos registros de usuários acompanhados na unidade de saúde: no primeiro dia útil de cada mês as técnicas em enfermagem Marlene e Márcia realizarão uma avaliação da quantidade de cadastrados, da atualização dos mesmos, da periodicidade das consultas, além disso, será avaliada a qualidade dos registros e, se necessário, serão promovidas atividades de educação continuada conforme descrito anteriormente (no último dia útil de cada mês, responsabilidade do enfermeiro e durante o turno de trabalho de cada equipe na sala de triagem) para solucionar problemas de preenchimento dos formulários.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários: todos os usuários deverão receber orientações dos técnicos em enfermagem e do

enfermeiroem suas consultas, e caso necessário, serão encaminhados para avaliação com nutricionista.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular dos usuários: será solicitado aos gestores a possibilidade de parceria com a Universidade estadual do Oeste do Paraná sobre a realização de práticas de atividades física. Incluir na ficha complementar, caso a atividade ocorra, de um campo para registro da participação dos usuários nas atividades.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo: o município já solicitou o envio de medicação para usuários que querem parar de fumar, assim que o material for disponibilizado no município serão promovidas atividades educativas, se possível, com profissionais de diferentes áreas.

A logística das ações que se referem à organização e gestão do serviço inclui:

Garantir o registro dos usuários cadastrados no Programa: disponibilizar cópias suficientes para os cadastros, acompanhamentos e de ficha complementar. Orientar os profissionais para o registro adequado.

Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM: todos os usuários serão atendidos no dia, os usuários de outras áreas deverão ser encaminhados para suas respectivas unidades. Em situação de urgência e emergência utilizaremos protocolos de acolhimento que estão sendo implementados na Unidade.

Garantir material adequado para a verificação de sinais vitais, glicemia capilar e exame físico de usuários: novos aparelhos foram solicitados e foram autorizados para compra. Será solicitado material para avaliação de sensibilidade dos pés.

Buscar usuários com HAS e DM em atraso nas consultas periódicas através de contato telefônico: a cada 15 dias, após a verificação dos usuários faltosos, será entregue ao telefonista uma lista com os nomes de usuários a serem orientados à remarcar consulta ou comparecimento no setor de Hipertensão e Diabetes.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos: os usuários serão cadastrados e acompanhados pelas técnicas em enfermagem responsáveis pelo setor e pela enfermeira do turno matutino. Foi disponibilizado mais uma técnica em enfermagem para atuar no setor. A enfermeira realizará a primeira consulta de enfermagem aos usuários

recentemente cadastrados.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais: a unidade não dispõe de protocolo específico para a atenção à saúde de usuários com HAS e DM, solicitar à direção da unidade atividade de educação continuada, no mínimo, uma vez a cada ano. Os Cadernos de Atenção Básica sobre HAS e DM não determinam uma periodicidade para a capacitação de profissionais, os documentos citam a educação continuada, ou seja, sempre que o serviço perceber a necessidade de atualização será planejada e implementada uma atividade de estudo para a equipe.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: a enfermeira do turno da manhã disponibilizará uma cópia do Caderno de Atenção Básica sobre HAS e DM para o setor de Hipertensão e Diabetes e outra cópia para a sala de triagem/acolhimento dos usuários ainda no mês de agosto.

Garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: os exames são realizados por meio de acordos entre a secretaria de saúde e os laboratórios particulares do município. A cada mês existem cotas disponíveis e essas cotas têm se mostrado insuficientes para suprir a demanda há vários meses. A garantia de realização dos exames e a agilidade não podem ser assegurados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na unidade de saúde: A farmácia básica não está localizada na Unidade.

Manter as informações do SIAB atualizadas: responsabilidade das técnicas em enfermagem Marlene e Márcia.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: a ficha complementar de acompanhamento será elaborada pelas técnicas em enfermagem responsáveis pelo setor e pelas enfermeiras da unidade de modo que seja possível localizar facilmente os usuários faltosos.

Definir responsável pelo monitoramento registros: enfermeiras da unidade.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: os dados constarão na ficha complementar de acompanhamento a ser elaborada.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda: os usuários serão avaliados quanto à estratificação de risco e serão atendidos no ambulatório ou na emergência de acordo com o protocolo de acolhimento da unidade, baseado no protocolo de Manchester.

A logística referente ao engajamento público propunha a realização de atividades coletivas, no entanto, os grupos coletivos de educação em saúde na unidade não estão ocorrendo no momento, tais atividades eram realizadas no passado, no entanto, a não participação e envolvimento dos demais membros da equipe fez com que a prática se tornasse inviável para uma única pessoa responsável.

Com a participação já garantida de um novo membro no setor de Hipertensão e Diabetes e a promessa de que uma enfermeira será viabilizada para o setor ampliam as chances do reestabelecimento das atividades coletivas. Por enquanto, as orientações serão realizadas de forma individual aos usuários que realizam acompanhamento no Programa e nos atendimentos realizados na urgência e emergência da unidade.

As ações de educação continuada serão solicitadas ao gestor da unidade, respeitando as rotinas da unidade que, hoje, estão com ênfase no atendimento de urgência e emergência. Será solicitada a participação de outros profissionais da equipe como a nutricionista para informar à equipe de enfermagem quais orientações sobre alimentação saudável podem ser repassadas aos usuários, por exemplo.

Além disso, se faz necessário estudar a importância da realização adequada de exame físico, estratificação de risco, tomada adequada da pressão arterial, entre outros temas.

2.3.4 Cronograma

As ações serão realizadas de acordo com um cronograma que será apresentado a seguir. As tarefas estão organizadas em semanas que vão da primeira semana de atividades até a décima sexta semana de atividades da intervenção.

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe sobre os Cadernos de Atenção Básica nº 15 e 16 e sobre o Protocolo de Manchester	X	X	X													
Atendimento clínico do usuários com HAS e DM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de usuários no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar nº de usuários cadastrados, usuários faltosos e monitorar atraso de consultas				X				X				X				X
Realizar exame clínico dos usuários e a exame de estratificação de risco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de exames complementares a cada 6 meses e de consulta com dentista				X								X				
Monitorar a qualidade dos registros de usuários acompanhados na unidade de saúde				X				X				X				X
Garantir o registro dos usuários cadastrados no Programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde	X															
Implantar planilha/registro específico de acompanhamento e capacitar a equipe para o planejamento	X															
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 1 - Quadro do Cronograma das atividades semanais.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas

As atividades de intervenção com usuários da Unidade de Saúde 24 horas de Marechal Cândido Rondon foram desenvolvidas de acordo com um cronograma previamente elaborado na quinta semana da Unidade 2 (Análise Estratégica), além deste cronograma foram propostos objetivos e metas a serem alcançados. Os dados foram coletados através da Ficha Espelho e da Planilha de Coleta de Dados.

Considerando toda a trajetória da intervenção percebo tal atividade como uma iniciativa que causou mudanças construtivas na rotina de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. A qualidade da atenção melhorou muito e fortaleceu o vínculo entre serviço de saúde e usuários, além de permitir que a unidade de saúde conhecesse melhor a comunidade que utiliza os serviços ofertados.

A atividade de intervenção possibilitou a solidificação de ações de cunho preventivo e de promoção da saúde que antes não eram realizadas de maneira integral no serviço.

Algumas das ações realizadas até o presente momento foram desenvolvidas integralmente: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa unidade; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; implantar planilha/registro específico de acompanhamento, manter as informações do SIAB atualizadas e priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

A ação referente à pactuação com a equipe o registro das informações foi realizada de forma parcial. Os usuários não eram cobrados quanto à entrega dos exames complementares no acompanhamento de hipertensão e diabetes, assim, foi acordado com as técnicas em enfermagem que o registro dos exames é necessário, ao final da intervenção os usuários apresentaram maior contribuição na entrega dos exames no dia do acompanhamento.

A priorização de usuários classificados como de alto risco foi facilitada pela oferta de atendimento emergencial na unidade e a disponibilidade de consultas ambulatoriais e com alguns especialistas na própria unidade. A facilidade no desenvolvimento de tais atividades decorreu da atenção humanizada que a unidade oferta. Entende-se a importância do acolhimento e da escuta qualificada na prevenção de agravos e na melhoria da qualidade de vida.

3.2 Ações previstas no projeto e que não foram desenvolvidas

As atividades que não foram desenvolvidas estão descritas a seguir. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou novos aparelhos de PA, um para cada funcionário, sendo cada funcionário responsável por este aparelho. No entanto, todos os aparelhos são do mesmo tamanho, não há variações de manguito para usuários obesos ou muito magros. Além disso, a pera dos manguitos é muito rígida e os aparelhos novos estão sendo marginalizados pela maioria dos trabalhadores.

Buscar usuários com HAS e DM em atraso nas consultas periódicas através de contato telefônico também tem sido um problema. O fato de a unidade ofertar cerca de 200 consultas ambulatoriais diárias e atendimento de urgência e emergência gera uma demanda grande por atendimento o que impediu que a busca por usuários faltosos fosse realizada de maneira eficaz.

O estabelecimento de periodicidade para atualização dos profissionais é uma das ações descritas na estrutura do projeto e que também não foi realizada por falta de atenção.

A organização de um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença não foi realizado pelo fato de a Unidade não dispor de profissionais capazes de elaborar um método de sinalização no sistema de informática implantado no município. O programa utilizado é o IPM-Sistemas de Gestão Pública do estado de Santa Catarina e a comunicação com os administradores do sistema é dificultosa.

As ações referentes ao atendimento odontológico não foram cumpridas como o esperado, consegui destinar apenas três consultas semanais aos usuários com HAS ou DM. O município de Marechal Cândido Rondon conta com algumas unidades básicas de saúde que dispõem de atendimento odontológico, no entanto, a maioria dos atendimentos do município é realizada na Unidade de Saúde 24 horas, ou seja, tal unidade atende os usuários da respectiva área de abrangência e os usuários das outras unidade de saúde, inclusive os das unidades de saúde do interior, que não possuem profissional odontólogo ou devido à necessidade de alguns procedimentos mais invasivos como extrações ou raio-x que não são realizados nas unidades básicas.

Dessa forma, a Unidade de Saúde 24 horas possui uma demanda muito maior que a oferta de consultas disponíveis no serviço de saúde, além de contar com apenas dois dentistas que atendem em horários distintos, pois a Unidade dispõe de apenas uma cadeira odontológica. Um profissional atende no período matutino (atende 5 consultas, sendo uma das quais destinada para emergências) e outro profissional atendo no período vespertino (atende 6 usuários, sendo uma das vagas destinada para emergências).

As práticas coletivas sobre alimentação saudável eram realizadas na unidade ou em locais da comunidade como salão de igreja, clube, entre outros, no entanto deixaram de ser realizadas, pois apenas uma pessoa (a técnica em enfermagem Marlene) era responsável pela organização do encontro, solicitação de um profissional palestrante e procura pelo local. Entende-se que ela estava sobrecarregada e não havia incentivo do gestor. As atividades só serão realizadas novamente quando o setor dispôr de um profissional enfermeiro que assuma as atividades do programa para ajudar a Marlene que é responsável por registrar as informações de todas as unidades de saúde do município no SIAB.

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

No que se refere à coleta de sistematização dos dados não foram evidenciados problemas. A Planilha de Coleta de Dados é de fácil utilização e permite uma visualização objetiva dos indicadores o que possibilita identificar os aspectos que ainda não alcançaram as metas propostas a fim de viabilizar ações que melhorem os percentuais esperados para as metas.

3.4 Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

No que se refere à incorporação das atividades da intervenção, algumas das ações já ocorriam antes do início da intervenção, em um local/setor destinado para este tipo de atendimento, no entanto, o que não foi possível realizar foi a integração de toda a equipe nas atividades da intervenção devido ao modo pelo qual o serviço está organizado. Cada funcionário tem um setor sob sua responsabilidade (sala de emergência, curativos, medicação, curativo domiciliar, observação, preparo I, preparo II e esterilização, laboratório, epidemiologia e HIPERDIA).

Mesmo não sendo responsável pelo setor HIPERDIA os colegas de trabalho costumam perguntar aos usuários que apresentam níveis alterados de PA o HGT se estão em tratamento, se estão cadastrados no Programa e encaminham os usuários ao setor do HIPERDIA quando necessário. Os diferentes setores trabalham em conjunto fazendo um feedback sobre a atenção a saúde dos usuários quando estes são encaminhados de um setor para o outro ou quando o indivíduo é atendido por outra classe de profissionais que compõe a equipe (nutricionista, dentista, médicos especialistas).

As atividades que não foram desenvolvidas até o momento como as referentes às ações de educação em saúde tem potencial para serem realizadas na unidade já que a Unidade dispõe de uma Sala de Reuniões e devido ao interesse da enfermeira e da técnica em enfermagem responsável pelo setor de HIPERDIA apresentam e por reconhecerem a importância de ações preventivas, além de integrar o setor saúde a outros setores da comunidade como o serviço social, os grupos religiosos e as instituições de ensino. Estas características revelam a

intenção da continuidade da intervenção mesmo com o término do curso e possibilitam o enfrentamento de problemas que surgem na comunidade adstrita na área de abrangência do serviço de saúde.

A dedicação empregada no decorrer da atividade foi muito importante para garantir que os objetivos fossem atingidos e permite que as outras atividades sejam desenvolvidas de maneira eficaz.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção programada e orientada pelo curso tinha como foco os usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde 24 horas de Marechal Cândido Rondon, município localizado no oeste do Paraná. Dessa forma a população de hipertensos estimados para a área foi de 1.719 hipertensos e 424 diabéticos.

Tal intervenção foi previamente planejada e os objetivos e metas, assim como, a descrição detalhada das ações a serem desenvolvidas e como as ações seriam implantadas foram previamente delineados no Projeto de intervenção.

Os dados coletados foram sistematizados na Planilha de Coleta de dados (Anexo A) a fim de garantir a conservação dos dados até o momento de análise e para facilitar a interpretação dos mesmos.

A interpretação dos dados configura diferentes aspectos: aspectos quantitativos e aspectos qualitativos. Os dados apresentados neste trabalho são referentes aos quatro primeiros meses da intervenção, pois a atividade não cessará ao término do curso, além disso, os dados foram classificados de acordo com os indicadores utilizados para acompanhamento da evolução da intervenção.

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

Meta:Cadastrar 80% dos hipertensos e 80% 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 hipertenso na unidade de saúde.

O indicador que tratou da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram atendidos 274 usuários (15,9%), no segundo mês foram atendidos 349 usuários (20,3%), no terceiro mês a cobertura atingiu 408 indivíduos (23,7%) e ao final de quatro meses foram atendidos 437 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 1719 hipertensos estimados para a área o que significa um percentual de 25,4%. A evolução da cobertura do programa aos hipertensos pode ser observada na Figura 2.

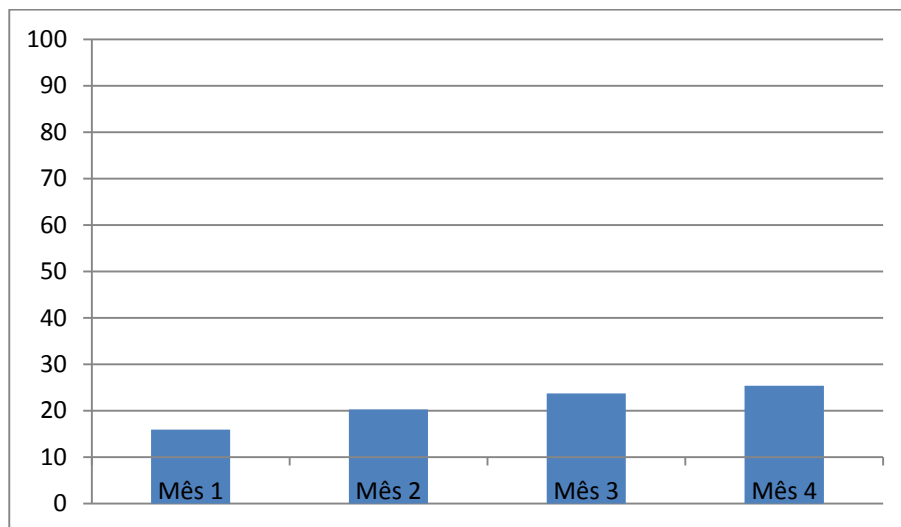


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram atendidos 75 usuários (17,7%), no segundo mês foram atendidos 98 usuários (23,1%), no terceiro mês a cobertura atingiu 118 indivíduos (27,8%) e ao final de quatro meses foram atendidos 125 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 424 diabéticos estimados para a área o que significa um percentual de 29,5%. A evolução da cobertura do programa aos diabéticos pode ser observada na Figura 3.

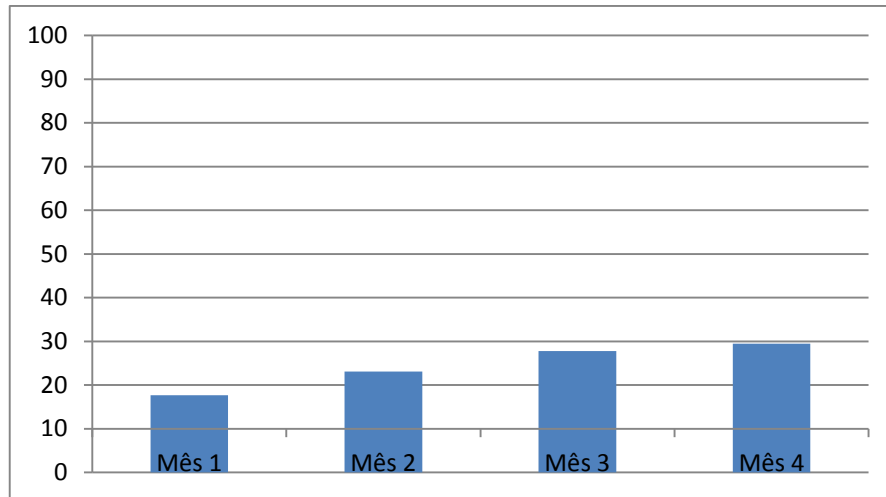


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Antes de iniciar a intervenção foi proposto um percentual de cobertura de 80% dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da unidade de saúde, no entanto, foram alcançados 25,4 e 29,5% respectivamente. Os valores estão distantes da meta proposta, mas contribuíram significativamente para melhoria da qualidade de atenção ofertada a esse grupo populacional.

O percentual relativamente baixo foi influenciado pela equipe reduzida de funcionários que trabalharam diretamente com as atividades voltadas para a atenção ao grupo de usuários com HAS e DM e, pelo fato de a unidade de saúde ofertar atendimento de urgência e emergência o que sobrecarrega muito o serviço de saúde que priorizava os atendimentos da demanda de urgência em detrimento às tarefas de cunho preventivo e de promoção da saúde como as atividades desenvolvidas na intervenção com usuários portadores de HAS e DM.

Objetivo2:Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

Indicador:Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

O serviço precisa organizar um método de identificação precoce dos pacientes faltosos. O indicador que tratou da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 28 buscas (90,3%), no segundo mês foram realizadas 34 buscas (87,2%),

no terceiro mês as buscas atingiram 40 indivíduos (78,4%) e ao final de quatro meses foi realizada busca ativa de 48 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 60 hipertensos que estavam com consulta atrasada o que significa um percentual de 80%. A evolução da realização de busca ativa aos hipertensos pode ser observada na Figura 4.

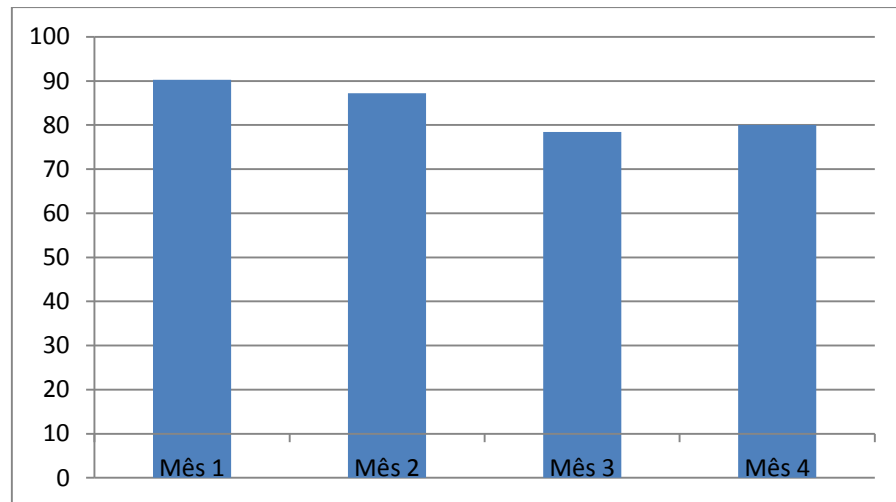


Figura 4: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

O indicador que tratou da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 12 buscas (92,3%), no segundo mês foram realizadas 15 buscas (88,2%), no terceiro mês as buscas atingiram 17 indivíduos (85%) e ao final de quatro meses foi realizada busca ativa de 19 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 24 usuários que estavam com consulta atrasada o que significa um percentual de 79,2%. A evolução da realização de busca ativa aos diabéticos pode ser observada na Figura 5.

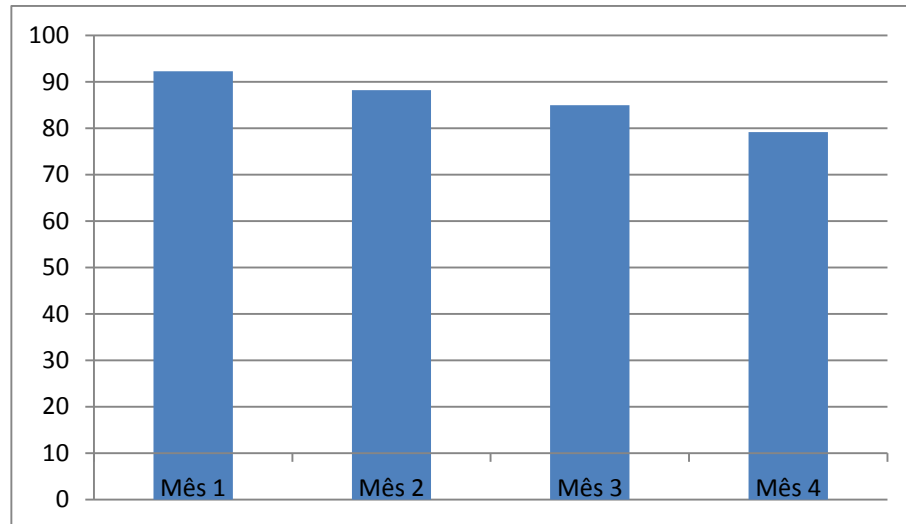


Figura 5: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

A meta proposta era realizar a busca ativa de 100% dos usuários faltosos, o percentual de busca ativa realizada diminuiu ao longo dos quatro meses, pois o montante de usuários faltosos também diminuiu, o que pode ser verificado com a análise dos valores acima descritos. Infelizmente, não foi realizado um sistema eficaz de identificação precoce dos usuários em atraso nas consultas.

Objetivo3:Melhorar a qualidade do atendimento ao usuários hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizados 126 exames (46,0%), no segundo mês 213 exames foram realizados (61,0%), no terceiro mês 268 indivíduos tiveram seus exames realizados (65,7%) e ao final de quatro meses foi realizado o exame de 309 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção o que significa um percentual de 70,7%. A evolução da realização de exame clínico nos hipertensos pode ser observada na Figura 6.

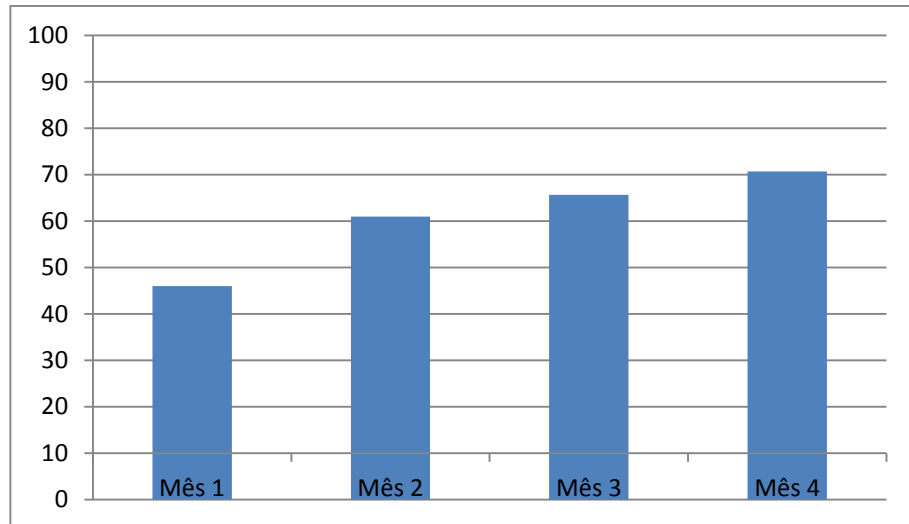


Figura 6: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizados 42 exames (56,0%), no segundo mês 59 exames foram realizados (60,2%), no terceiro mês 79 indivíduos tiveram seus exames realizados (66,9%) e ao final de quatro meses foi realizado o exame de 91 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção o que significa um percentual de 72,8%. A evolução da realização de exame clínico nos diabéticos pode ser observada na Figura 7.

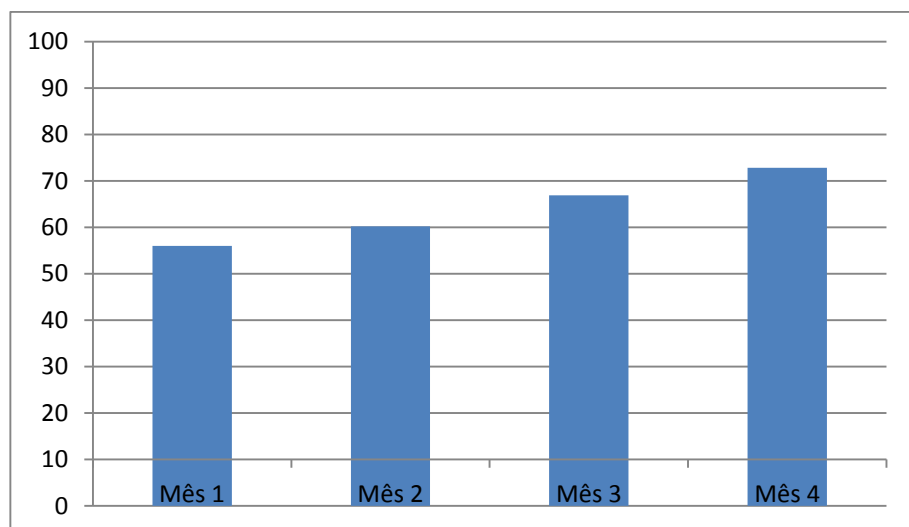


Figura 7: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Os percentuais de exame clínico realizado em hipertensos (70,7%) e em diabéticos (72,8%) foram menores que a meta proposta de 100%. Tal resultado deve-se ao fato de os exames serem realizados em qualquer tempo disponível pelos profissionais entre os atendimentos de urgência e emergência, além disso, é importante frisar que a demanda por atendimento no serviço de saúde é grande, já que a Unidade não costuma dispensar usuários sem atendimento, mesmo que os usuários não pertençam a área de abrangência do serviço.

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com exames complementares em dia na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês 59 usuários estavam com os exames em dia (21,5%), no segundo mês 93 usuários (26,6%), no terceiro mês 121 usuários (29,7%) e ao final de quatro meses 137 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção possuíam exames realizados o que significa um percentual de 31,4%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 8.

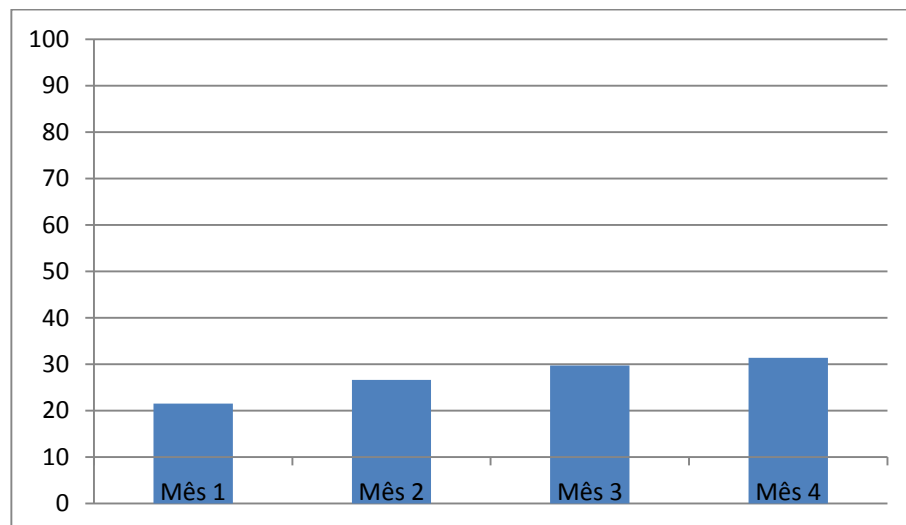


Figura 8: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com exames complementares em dia na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês 21 usuários estavam com os exames em dia (28,0%), no segundo mês 30 usuários (30,6%), no terceiro mês 39 usuários (33,1%) e ao final de quatro meses 42 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção possuíam exames realizados o que significa um percentual de 33,6%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 9.

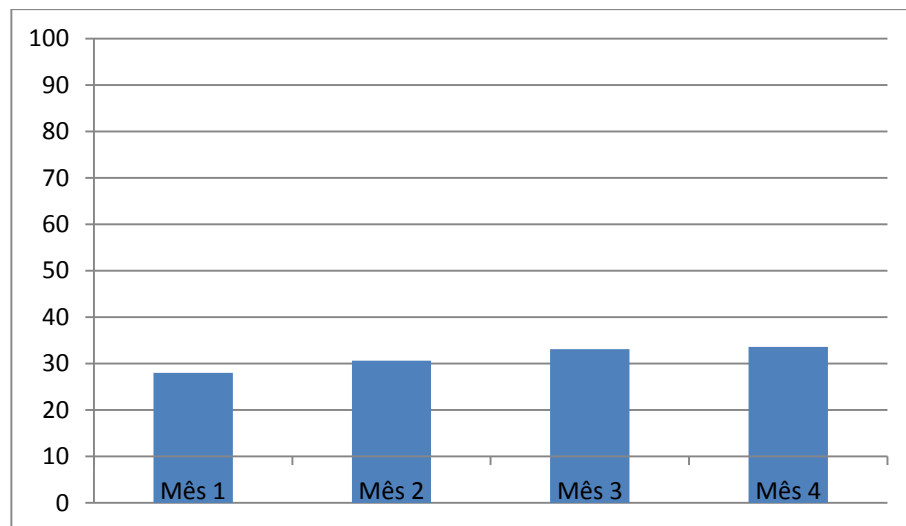


Figura 9: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

A meta proposta era possibilitar que 100% dos usuários cadastrados na intervenção tivessem os exames complementares em dia, no entanto ao final dos quatro meses 31,4% dos hipertensos e 33,6% dos diabéticos possuíam os exames em dia. Não foi realizada nenhuma ação com intuito de disponibilizar mais exames, o fato de a porcentagem ter aumentado ao longo do período refere-se a maior contribuição dos usuários em trazer os exames para os profissionais do serviço de saúde.

Não foi realizada tentativa de aumentar a disponibilidade, tampouco tentativa de aumentar a solicitação de exames para os usuários porque a Prefeitura Municipal de Marechal Cândido Rondon utiliza os serviços de laboratórios particulares da cidade por meio de contrato, nestes documentos são pré-estabelecidos valores fixos

de exames a serem realizados todos os meses e esses valores são insuficientes todos os meses o que gera espera muito grande por parte dos usuários que, muitas vezes, precisam esperar cerca de 20 ou 30 dias para agendar o exame. Foi realizada tentativa de comunicação com o gestor a fim de conversar sobre a necessidade de aumentar a cota de exames mensais, no entanto, a explicação dada foi que a administração pública já estava gastando muito além do que o planejado e não poderia elevar ainda mais os gastos com o setor saúde.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações.

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

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com registro adequado da ficha de acompanhamento na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês 189 (69,0%) dos usuários estavam com o registro adequado, no segundo mês 310 usuários possuíam registro adequado (88,8%), no terceiro mês 375 usuários estavam com registro adequado (91,9%) e ao final de quatro meses 408 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção possuíam registro adequado o que significa um percentual de 93,4%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 10.

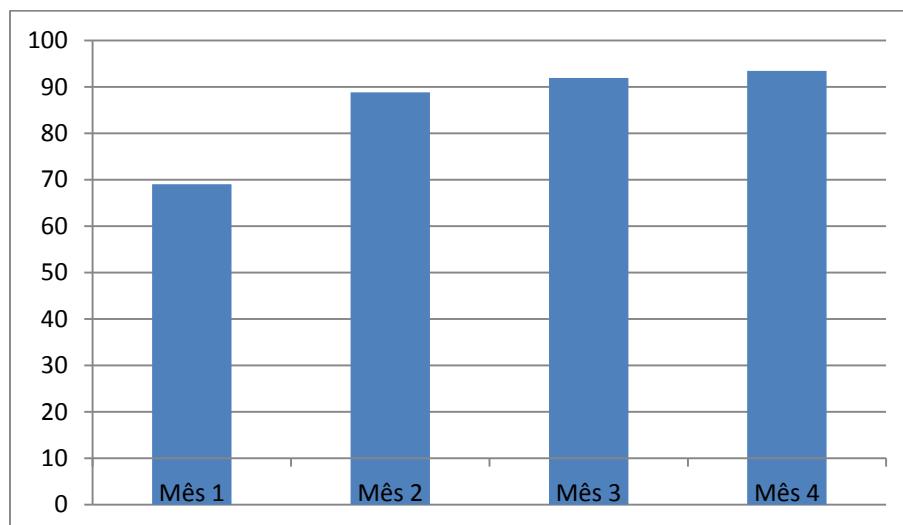


Figura 10: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com registro adequado da ficha de acompanhamento na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês 59 (78,7%) dos usuários estavam com o registro adequado, no segundo mês 91 usuários possuíam registro adequado (92,9%), no terceiro mês 113 usuários estavam com registro adequado (95,8%) e ao final de quatro meses 121 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 126 diabéticos acompanhados na intervenção possuíam registro adequado o que significa um percentual de 96,8%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 11.

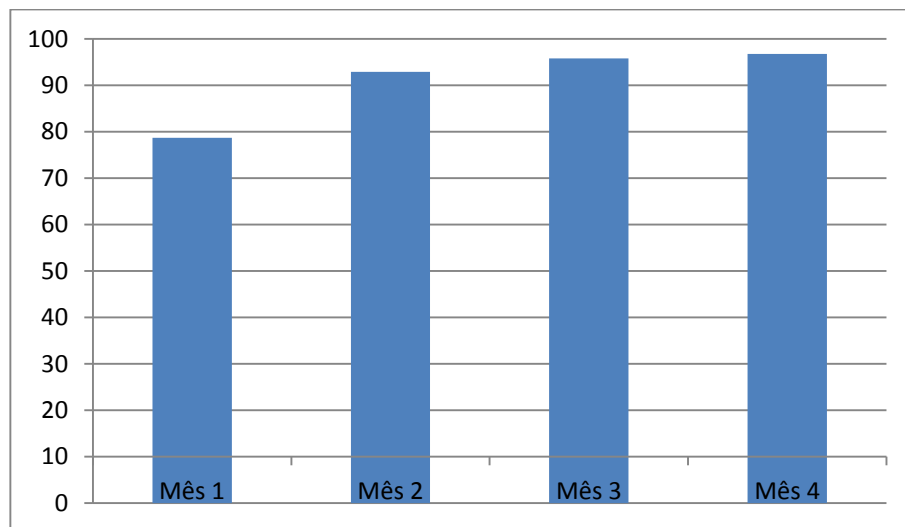


Figura 11: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade de Saúde 24 hora. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

A meta proposta era que 100% dos usuários participantes da intervenção tivessem registro adequado na ficha de acompanhamento, 93,4% dos cadastros de usuários com HAS e 96,8% dos cadastros de usuários com DM alcançaram o objetivo de registro adequado. Mesmo não atingindo a meta os valores encontrados são muito satisfatórios e não foram alcançados devido ao fato de alguns usuários afirmarem terem realizado exames complementares e não trazerem os exames para o serviço de saúde ou pelo fato do profissional de saúde não atentar para o registro de alguma informação da ficha.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizados 127 estratificações (46,4%), no segundo mês 216 estratificações (61,9%), no terceiro mês 266 estratificações (65,2%) e ao final de quatro meses 302 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção possuíam estratificação de risco realizada o que significa um percentual de 69,1%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 12.

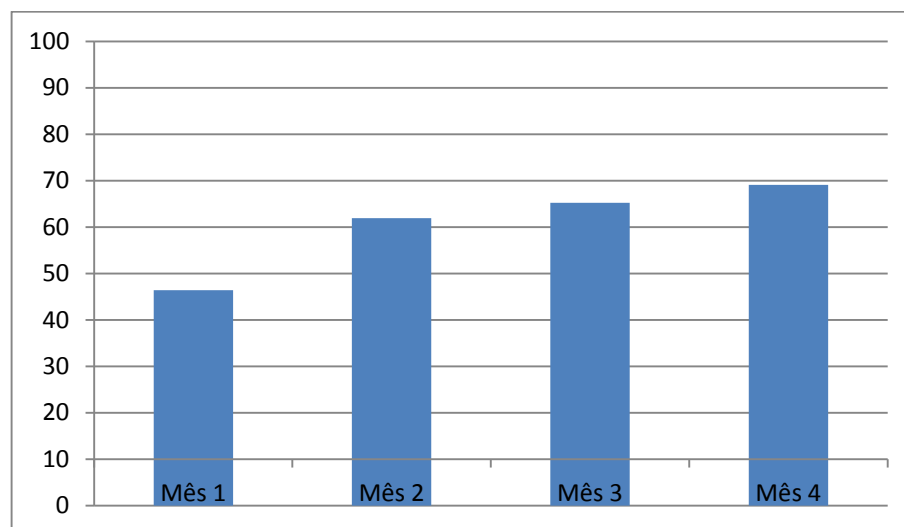


Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizados 41 estratificações (54,7%), no segundo mês 63 estratificações (64,3%), no terceiro mês 79 estratificações (66,9%) e ao final de quatro meses 90 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção possuíam estratificação de risco realizada o que significa um percentual de 72%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 13.

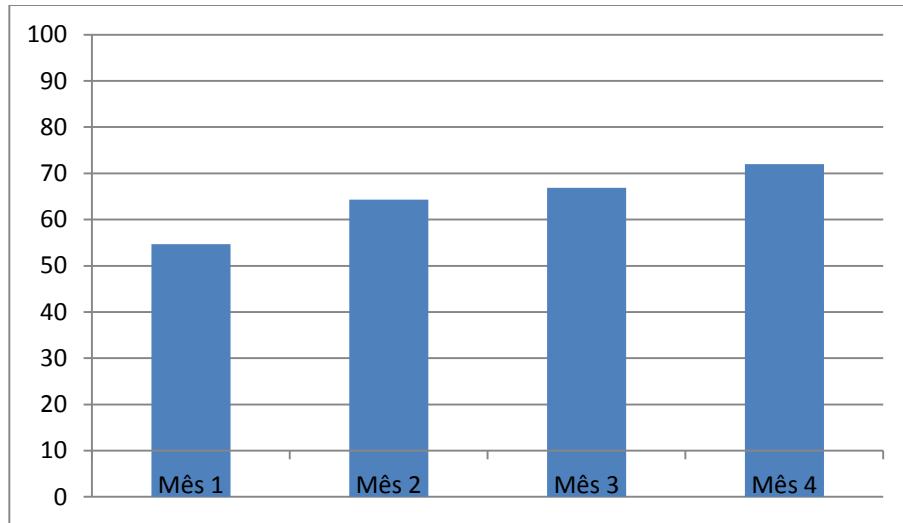


Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Os percentuais de realização de estratificação de risco cardiovascular nos usuários em acompanhamento somou 69,1% em usuários com HAS e 72% em usuários com DM e foram menores que a meta proposta de 100%. Tal resultado deve-se ao fato de os exames serem realizados em qualquer tempo disponível pelos profissionais entre os atendimentos de urgência e emergência, além disso, é importante frisar que a demanda por atendimento no serviço de saúde é grande, já que a Unidade não costuma dispensar usuários sem atendimento, mesmo que os usuários não pertençam a área de abrangência do serviço.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e dos diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com avaliação odontológica na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 37 avaliações (13,5%), no segundo mês 51 avaliações (14,6%), no terceiro mês foram realizadas 70 avaliações (17,2%) e ao final de quatro meses 87 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção realizaram avaliação odontológica o que significa um percentual de 19,9%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 14.

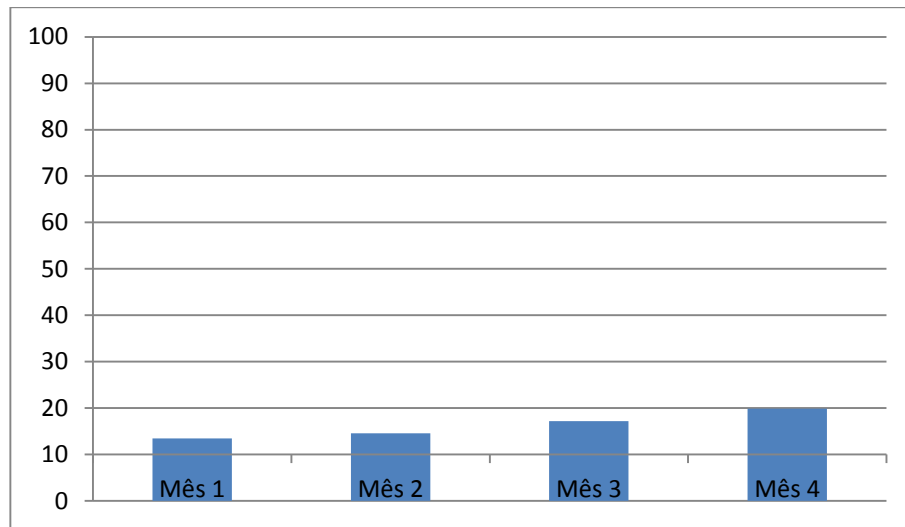


Figura 14: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com avaliação odontológica na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 7 avaliações (9,3%), no segundo mês 10 avaliações (10,2%), no terceiro mês foram realizadas 16 avaliações (13,6%) e ao final de quatro meses 20 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção realizaram avaliação odontológica o que significa um percentual de 16%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 15.

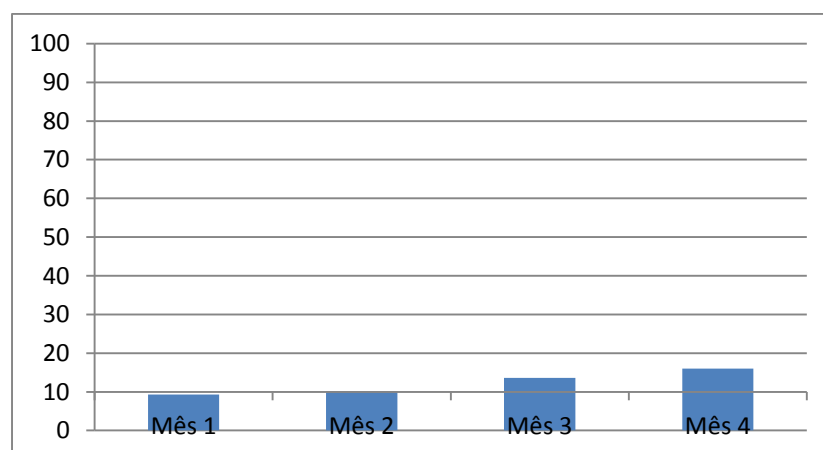


Figura 15: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

A meta de realizar avaliação odontológica em 100% dos usuários em acompanhamento na intervenção não foi atingida. Esse item foi de difícil realização da prática já que a unidade atende os usuários da respectiva área de abrangência e

os usuários das outras unidade de saúde, inclusive os das unidades de saúde do interior, que não possuem profissional odontólogo ou devido à necessidade de alguns procedimentos mais invasivos como extrações ou raio-x que não são realizados na unidades básicas. Dessa forma, a Unidade de Saúde 24 horas possui uma demanda muito maior que a oferta de consultas disponíveis no serviço de saúde.

Meta:Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários hipertensos e dos diabéticos.

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 272 orientações (99,3%), no segundo mês 348 (99,7%), no terceiro mês 405 usuários foram orientados (99,3%) e ao final de quatro meses 435 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre alimentação saudável o que significa um percentual de 99,5%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 16.

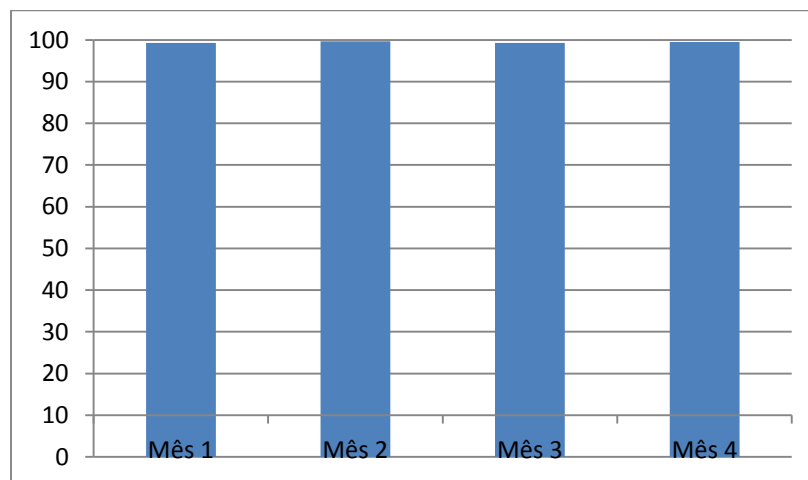


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade de Saúde 24. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 75 orientações (100,0%), no segundo mês 98 (100,0%), no terceiro mês 117 usuários foram orientados (99,2%) e ao final de quatro meses 125 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre alimentação saudável o que significa um percentual de 100%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 17.

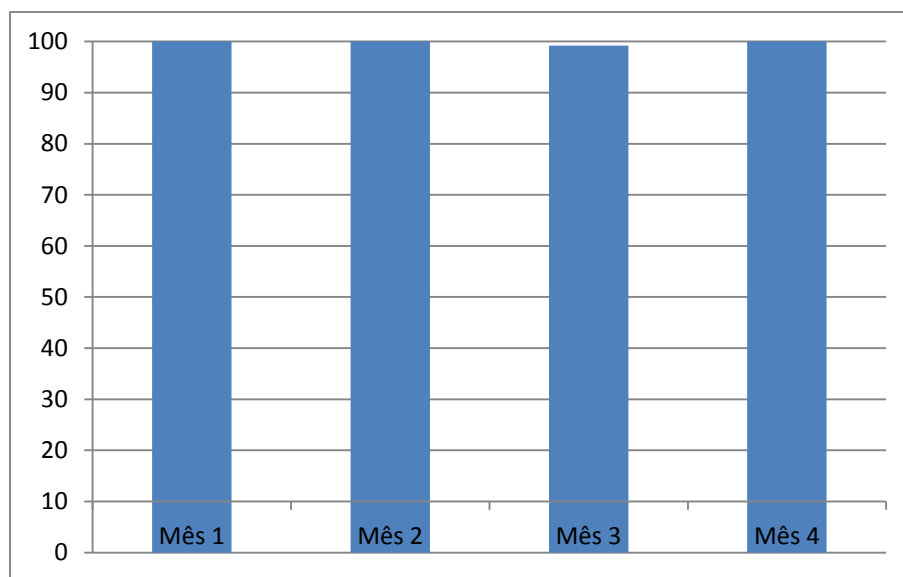


Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

Meta:Garantir orientação sobre atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e dos diabéticos.

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 257 orientações (93,8%), no segundo mês 324 (92,8%), no terceiro mês 376 usuários foram orientados (92,2%) e ao final de quatro meses 405 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre atividade física o que

significa um percentual de 92,7%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 18.

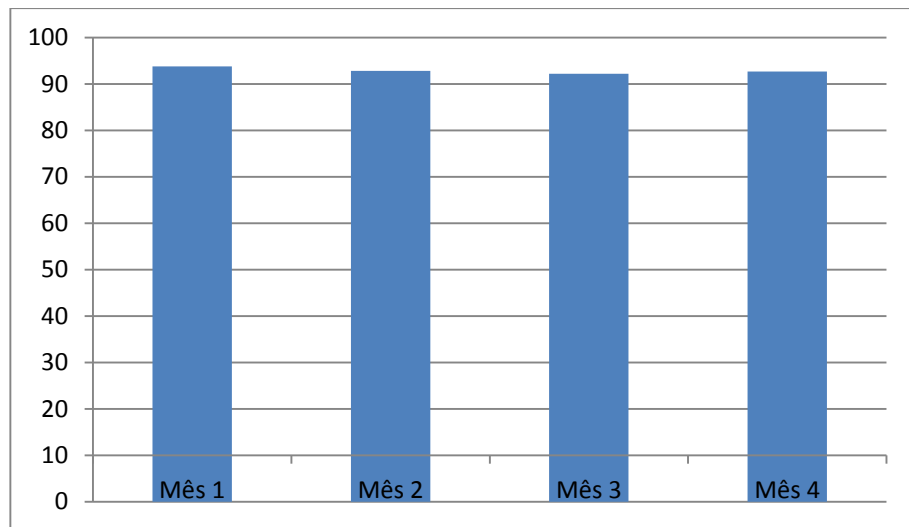


Figura 18: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 68 orientações (90,7%), no segundo mês 88 (89,8%), no terceiro mês 107 usuários foram orientados (90,7%) e ao final de quatro meses 114 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre atividade física o que significa um percentual de 91,2%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 19.

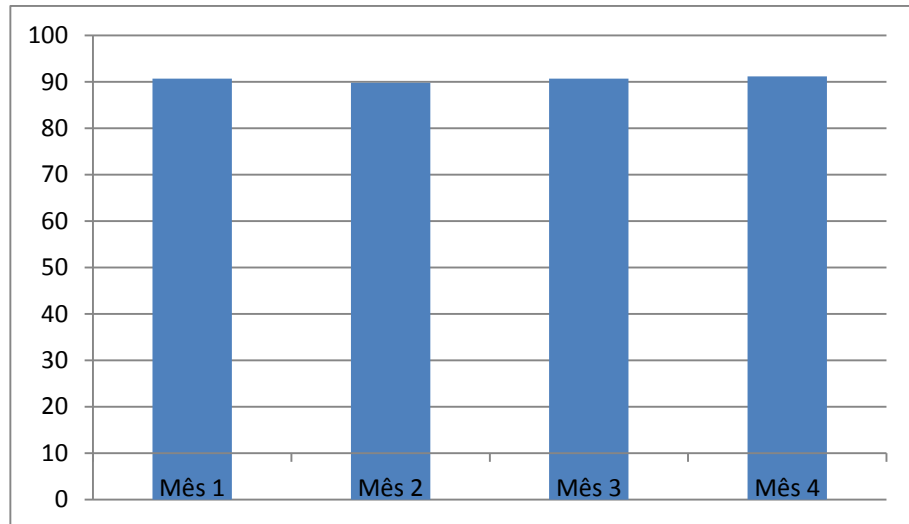


Figura 19: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

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

O indicador que tratou da proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 143 orientações (52,2%), no segundo mês 220 (63,0%), no terceiro mês 284 usuários foram orientados (69,6%) e ao final de quatro meses 306 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre o tabagismo o que significa um percentual de 70%. A evolução da proporção nos hipertensos pode ser observada na Figura 20.

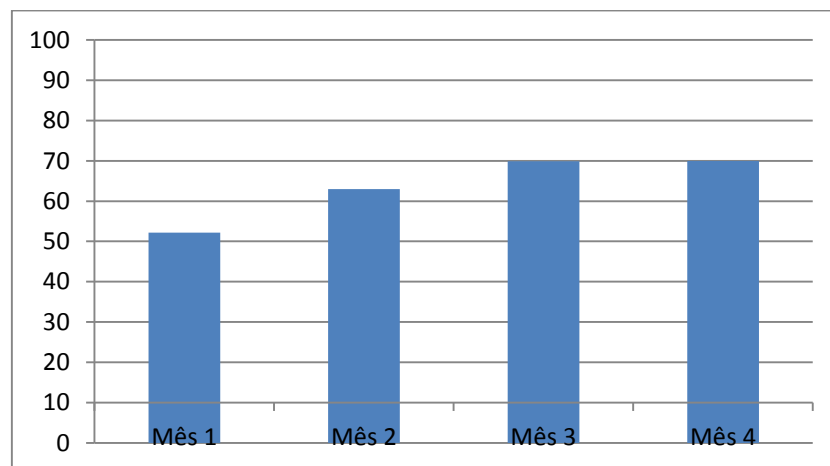


Figura 20: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

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

O indicador que tratou da proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo na unidade de saúde mostrou que no primeiro mês foram realizadas 46 orientações (61,3%), no segundo mês 65 (66,3%), no terceiro mês 87 usuários foram orientados (73,7%) e ao final de quatro meses 94 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre o tabagismo o que significa um percentual de 72,5%. A evolução da proporção nos diabéticos pode ser observada na Figura 21.

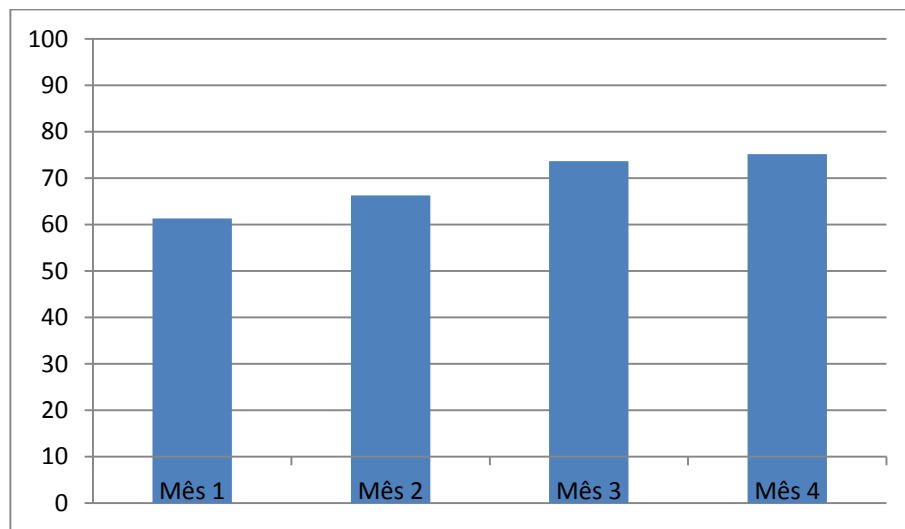


Figura 21: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade de Saúde 24 horas. Marechal Cândido Rondon, 2013 - 2014.

No que se refere ao Objetivo 6 (Promoção da Saúde) as orientações ofertadas sobre alimentação saudável e atividade física regular chegaram muito próximo da meta proposta que era de 100%, este resultado foi facilmente alcançado pois tais orientações já eram amplamente realizadas como rotina da unidade, antes da intervenção iniciar e, também, porque esses assuntos são os que mais geram dúvidas nos usuários, ou seja, são temas bastante relevantes para a melhoria da qualidade de vida desse grupo.

As orientações a cerca da prática de atividade física e alimentação saudável não atingiram a totalidade de usuários cadastrados no grupo pelo fato de que alguns usuários não dispunham de tempo suficiente para o repasse das informações ou

porque uma parcela dos usuários atendidos afirmava possuir conhecimento a cerca das informações e se mostrava resistente a permanência no setor quando tal atividade seria realizada. O mesmo ocorreu com as orientações sobre o tabagismo, muitos usuários que não tinham o hábito de fumar recusaram receber informações dizendo que não era necessário falar sobre o assunto já que não eram tabagistas. Felizmente, a maior parte dos indivíduos acompanhados permitiu que fossem repassadas informações a respeito do tabaco, mesmo não apresentando o hábito.

Alguns meses apresentaram flutuações no montante de usuários que receberam orientações ou que foram submetidos a algumas atividades da intervenção, essas variações são consequência da forma como o serviço está organizado na Unidade de Saúde 24 horas, devido a grande demanda de usuários atendidos no serviço, a oferta de atividades inerentes a uma UBS tradicional concomitantemente ao atendimento de urgência. Ademais, os usuários que procuram atendimento na Unidade e que pertencem a outras áreas de abrangência não são dispensados sem atendimento, ou seja, os dados apresentados nos resultados da intervenção dizem respeito somente aos usuários da área de abrangência enquanto que a Unidade também acompanha alguns usuários com HAS e DM de outras áreas.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade de Saúde 24 horas melhorou a qualidade da atenção ofertada aos usuários que apresentavam hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e que realizavam acompanhamento na Unidade. A intervenção permitiu que fossem implantadas atividades como a classificação de risco dos usuários, exame físico dos pés e melhora na qualidade dos registros.

A atividade exigiu que fossem estudados temas pertinentes ao diagnóstico, acompanhamento, tratamento e melhora da qualidade de vida de usuários com hipertensão e diabetes. A atenção ofertada aos usuários possibilitou a articulação de diferentes categoriais profissionais, enfermeira, técnica em enfermagem, odontólogo, nutricionista, assistente social e médicos.

A enfermagem tinha por responsabilidade a captação de usuários que não estavam cadastrados, o acompanhamento desses usuários, a oferta de informações, a resolução de problemas, realização de exame físico o encaminhamento para

outros profissionais. A odontologia teve participação nas ações preventivas e curativas relacionadas a saúde bucal dos usuários, a nutricionista foi o profissional responsável pelo acompanhamento de usuários que relatavam muitas dificuldades relacionadas a alimentação saudável, perda ou manutenção do peso. Os médicos eram responsáveis pela captação de usuários, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, entre outras atividades.

A implantação da intervenção causou impacto nos outros setores da Unidade fazendo com que todos os profissionais direcionassem os usuários não cadastrados para o setor de HIPERDIA, além disso, todos os profissionais contribuíram para a priorização de atendimento àqueles usuários com risco aumentado de complicações.

A intervenção é muito importante para os serviços de saúde do município sendo necessário o desenvolvimento desta atividade em todas as unidades de saúde, pois a intervenção preconiza ações de cunho preventivo e de promoção da saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus contribuindo para a redução de complicações decorrentes desses agravos e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

As consequências geradas para a comunidade incluem a melhora da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, que se aproxima muito mais da integralidade depois que a intervenção foi sendo concretizada, além disso, a Unidade aumentou a cobertura de usuários atendidos e acompanhados buscando identificar problemas precocemente e impedindo as complicações da hipertensão e diabetes.

A intervenção não atingiu todas as metas propostas, mas o avanço realizado até o momento contribuiu muito para a qualidade da assistência prestada. Caso eu e a colega responsável pelo setor de HIPERDIA tivéssemos nos dedicado ainda mais poderíamos ter realizado atividades educativas coletivas para o grupo, no entanto, estávamos atendendo uma demanda muito grande, além de a Unidade oferecer atendimentos de urgência e emergência que impedia que eu me dedicasse como gostaria às atividades da intervenção.

A intervenção está incorporada na rotina do serviço, pois já era tarefa desenvolvida na Unidade, no entanto, não era desenvolvida integralmente nos moldes que o Ministério da Saúde preconiza.

Os próximos passos a serem realizados dizem respeito ao desenvolvimento de um sistema que permita a identificação precoce de usuários faltosos às consultas

a fim de que esses usuários sejam convocados e reinseridos nas atividades da intervenção no programa de HAS e DM.

Em longo prazo serão realizadas parcerias com instituições de ensino (universidades e cursos técnicos em saúde) a fim de desenvolver atividades educativas coletivas na Unidade de Saúde e na comunidade com a participação de diferentes categoriais profissionais.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

O curso de especialização em Saúde da Família realizado pela Universidade Federal de Pelotas – Educação à Distância propôs que cada aluno do curso realizasse uma atividade interventiva na sua realidade de trabalho. A atividade realizada na Unidade de Saúde 24 horas teve por objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

A referida Unidade já ofertava atividades de atenção à saúde desse grupo, através das atividades de atenção à HAS e DM, no entanto, tais ações foram melhoradas e estão se desenvolvendo com ênfase maior na promoção da saúde e prevenção de agravos nos usuários. A intervenção fortaleceu o vínculo entre serviço de saúde e usuários, além de permitir que a Unidade conhecesse melhor a comunidade que utiliza os serviços ofertados.

Algumas das ações realizadas até o presente momento foram desenvolvidas integralmente: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM; definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; implantar planilha/registro específico de acompanhamento, manter as informações do SIAB atualizadas e priorizar o atendimento da pessoas avaliadas como de alto risco. O número de usuários cadastrados e acompanhados no serviço aumentou.

Outra atividade desenvolvida de forma integral diz respeito a priorização de usuários classificados como de alto risco. A priorização foi facilitada pela oferta de atendimento emergencial na unidade e a disponibilidade de consultas ambulatoriais e com alguns especialistas na própria unidade. A facilidade no desenvolvimento de tais atividades decorreu da atenção humanizada que a unidade oferta. Entende-se a

importância do acolhimento e da escuta qualificada na prevenção de agravos e na melhoria da qualidade de vida.

Alguns dados sobre os atendimentos realizados até o momento: a cobertura dos hipertensos ao final de quatro meses de intervenção somou 25,4%, ou seja, 437 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 1719 hipertensos foram cadastrados no serviço de saúde. Foram cadastrados 125 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 424 diabéticos estimados para a área o que significa um percentual de 29,5%. A cobertura pode ser aumentada, se o setor dispuser de mais profissionais e insumos materiais necessários ao atendimento.

No que se refere à melhoria da qualidade da atenção ofertada, ao final de quatro meses foi realizado o exame de 309 hipertensos residentes na área de cobertura do total de 437 hipertensos acompanhados na intervenção o que significa um percentual de 70,7%. E ao final de quatro meses foi realizado o exame de 91 diabéticos residentes na área de cobertura do total de 125 diabéticos acompanhados na intervenção o que significa um percentual de 72,8%.

No que tange as atividades de promoção da saúde 437 hipertensos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre alimentação saudável o que significa um percentual de 99,5% e 125 diabéticos acompanhados na intervenção receberam orientações sobre alimentação saudável o que significa um percentual de 100%.

As ações propostas de realização de exames complementares não apresentaram resultados satisfatórios. A meta proposta era possibilitar que 100% dos usuários cadastrados na intervenção tivessem os exames complementares em dia, no entanto ao final dos quatro meses 31,4% dos hipertensos e 33,6% dos diabéticos possuíam os exames em dia. Tal fato é atribuído ao modo como os exames são ofertados no município, dessa maneira, a cota disponibilizada mensalmente pelos laboratórios é insuficiente para atender a demanda da população o que reflete na qualidade da assistência prestada.

As atividades que não foram desenvolvidas até o momento incluem a garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Buscar pessoas com HAS e DM em atraso nas consultas periódicas através de contato telefônico também tem sido um problema. O fato de a unidade ofertar cerca de 200 consultas ambulatoriais diárias e atendimento de

urgência e emergência gera uma demanda grande por atendimento o que impediu que a busca por usuários faltosos fosse realizada de maneira eficaz.

É preciso desenvolver, também, um sistema de registro que permita a visualização rápida de usuários faltosos, usuários com atraso na realização de exame complementar, na realização de estratificação de risco e na avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

O atendimento odontológico também precisa ser melhorado com o aumento da oferta de consultas diárias, pois a demanda da Unidade é grande e o serviço dispõe de apenas onze consultas diárias.

A Unidade precisa de um enfermeiro responsável para o setor de HIPERDIA, a fim de que as atividades tenham continuidade e os resultados alcançados até o momento continuem refletindo em bons resultados para a população e para a realização de atividades educativas coletivas para o grupo de usuários com hipertensão e diabetes a partir da articulação do setor saúde com outros setores e outras categoriais profissionais (educadores físicos, assistentes sociais, médicos especialistas, artesãos, entre outras atividades).

Em suma, a intervenção realizada trouxe avanços significativos no acompanhamento de usuários com hipertensão e diabetes pertencentes a área de abrangência da Unidade de Saúde 24 horas e na melhoria da atenção ofertada a esses usuários, espera-se dar continuidade aos frutos conquistados até então e, além disso, promover atividades de educação continuada com outros profissionais de saúde a fim de que a atividade seja difundida para as outras unidades de saúde do município alcançando os princípios e diretrizes do SUS tratados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990).

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

A Unidade de Saúde 24 horas já realizava atenção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes através do HIPERDIA. Com a realização da Intervenção o acompanhamento dos usuários melhorou e a quantidade de pessoas acompanhadas também aumentou.

Antes, os indivíduos vinham até a Unidade uma vez por mês, na maioria dos casos, alguns usuários vinham mais vezes no mês quando apresentavam níveis de pressão arterial ou glicemia capilar alterados por um longo período. Neste

acompanhamento era verificada a pressão arterial, a glicemia, o peso, a altura e a circunferência abdominal. Também eram realizadas orientações sobre alimentação saudável e atividade física e encaminhamentos para consultas com especialistas (cardiologista, endocrinologista, nefrologista).

A partir da Intervenção outras atividades passaram a ser realizadas: exame clínico/físico, avaliação dos pés de pessoas com diabetes, busca ativa de pessoas que estavam faltando nas consultas, verificação dos exames laboratoriais, verificação se os medicamentos em uso são da Farmácia Popular ou do HIPERDIA, melhora dos registros dos usuários, encaminhamento para consulta com dentistas e orientações sobre o tabagismo, além das atividades que eram realizadas antes da intervenção.

O cuidado aos usuários com HAS e DM passou a ser mais integral, isso significa, que a Unidade de Saúde se preocupa não só com a verificação dos níveis de pressão e glicemia e faz orientações sobre medicamentos. A Unidade atenta para outros fatores importantes como o fator psicológico e social dos indivíduos, observa e busca solucionar outros problemas de saúde como os odontológicos, nutricionais. o grupo de usuários portadores de HAS e DM passou a realizar atividades de promoção e prevenção da saúde e não apenas atividades curativas.

Como a Unidade de Saúde oferece consultas de urgência e emergência e várias consultas no ambulatório os usuários com necessidade de encaminhamentos são direcionados no mesmo dia ou nas próximas semanas para avaliação com o profissional necessário.

A intervenção realizada também conseguiu três consultas semanais com os dentistas do serviço para os indivíduos que estão em acompanhamento no programa. A comunidade pode contribuir com o desenvolvimento de outras atividades como, por exemplo, ceder espaços para a realização de atividades educativas de grupo (palestras) ou atividades de lazer (bingos, bailes, confraternizações).

É importante a participação da comunidade para dar continuidade as atividades que estão sendo realizadas, pois estas atividades evitam que os indivíduos desenvolvam complicações decorrentes das doenças que possuem e, além disso, para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, com o apoio da comunidade e a adesão das pessoas no grupo a Unidade de Saúde conseguirá outros recursos para dar continuidade nas atividades, como por exemplo,

um enfermeiro exclusivo para o setor, a articulação com universidades e com outros setores.

5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem

As expectativas pessoais referentes ao curso foram superadas. Antes mesmo de as atividades iniciarem eu imaginava que a especialização seguiria um sentido bem diferente do que foi realizado. Acreditava que discutiríamos assuntos como doenças, programa de imunização, exames de prevenção de colo uterino, pré-natal, enfim, pensava que aos alunos seriam disponibilizados referências bibliográficas a cerca dos temas pertinentes a atenção primária a saúde e os alunos deveriam então, responder questionários e seriam avaliados quanto ao desempenho nestas atividades.

No entanto, as atividades e os estudos desenvolvidos foram muito diferentes do que o esperado. O aluno descreveu e percebeu toda a realidade que envolvia o processo de trabalho da unidade de saúde na qual trabalha. O curso permitiu abrir os olhos para outros serviços disponibilizados na unidade e que se articulados com as atividades que eu desenvolvia refletiriam em melhorias para a população.

Após analisar a realidade atual do serviço, tive que escolher um caminho a seguir: a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Levantar os problemas vivenciados na oferta dessa atenção e solucionar estes empecilhos.

No último ano da graduação em enfermagem cada aluno realizou estágio curricular em uma unidade básica de saúde por três meses. Neste estágio o aluno deveria desenvolver um Planejamento Estratégico Situacional. Este planejamento é muito parecido com a Intervenção proposta pelo curso de especialização. No entanto, durante o estágio eu não pude colocar as ações em prática, pois como não fazíamos parte do serviço (era apenas uma aluna) não podia interferir no processo de trabalho do serviço.

O curso de especialização permitiu que eu realmente colocasse em prática as ideias e transformações idealizadas e ainda avaliasse o impacto dessas intervenções na qualidade da atenção ofertada aos usuários e na rotina do serviço de saúde. Isso foi muito importante para meu crescimento profissional, pois pude perceber o quanto cada profissional é construtor da qualidade e eficácia do serviço de saúde do qual faz parte.

Muitos profissionais pensam que são apenas uma mãe-de-obra no trabalho. Mas não, cada profissional pode ser considerado alguém que “fez a diferença” caso realize ações que tragam frutos para o serviço e para a comunidade. Não é fácil, mas é possível!

Outra expectativa superada durante o curso foi a visão que eu possuía sobre o ensino a distância, não imaginava que estudar através de meios eletrônicos e sem aquele contato com o professor em sala de aula pudesse ser tão real quanto foi esse curso. Os impactos da intervenção são concretos na minha realidade de trabalho.

Enquanto desenvolvia esta reflexão, pensei: Quantas transformações estão ocorrendo em todo o país devido às intervenções propostas pelo curso? É um movimento em massa rumo ao fortalecimento da atenção primária no Brasil.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <[https:// 189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154 _24_01_08.pdf](https://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** Caderno de Atenção Básica nº 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Caderno de Atenção Básica nº 15. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COFEN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer CAT nº 14/2009**. Triagem clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. Disponível: <http://www.corensp.org.br/sites/default/files/14.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2013.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1		77	1	0	1	0	0	1	1	1	1
2		79	1	0	1	0	0	1	1	1	0
3		73	1	0	1	0	0	1	0	1	1
4		82	1	0	1	0	0	1	0	1	1
5		69	1	0	1	0	0	1	0	1	1

Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1
1	1	1	0	1	1	0
1	1	1	0	1	1	1
1	1	1	0	1	1	0

Anexo C - Parecer do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

