

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA NA ATENÇÃO À USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE WILSON
PAULO NOAL EM SANTA MARIA-RS**

FILIFE RAFAEL STÜKER

Pelotas, 2015.

FILIFE RAFAEL STÜKER

MELHORIA NA ATENÇÃO À USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE WILSON
PAULO NOAL EM SANTA MARIA-RS

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mauri Caldeira Reis

Pelotas, 2015.

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

S934m Stüker, Filipe

Melhoria na Atenção à Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal em Santa Maria-RS / Filipe Stüker; Mauri Caldeira Reis, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Reis, Mauri Caldeira, orient II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho à minha família, meu porto
seguro e minha fonte de motivação.

Agradecimentos

À minha esposa Izabela e minha filha Rafaela, das quais meu tempo foi privado.

Aos meus pais, incentivadores de todos os projetos pessoais e profissionais.

À minha família, pela motivação oferecida e constante presença.

Ao departamento de medicina social e ao apoio pedagógico do curso de especialização em saúde da família pela condução e irreparável organização do curso.

Ao orientador deste trabalho, Dr. Mauri Caldeira Reis, pelas sugestões e aprimoramentos.

À Universidade Federal de Pelotas pela disponibilização desta modalidade de aprendizado e pela oportunidade de realizar esta especialização.

À equipe da UBS Wilson Paulo Noal que não mediu esforços no auxílio à conclusão deste trabalho.

E à Deus que conduz e presta suas bênçãos à minha vida, sendo o responsável final pela execução deste trabalho.

Muito obrigado.

Lista de Figuras

Figura 1: Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 57

Figura 2: Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 58

Figura 3: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 60

Figura 4: Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 61

Figura 5: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 62

Figura 6: Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 63

Figura 7: Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.Pg 64

Figura 8: Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia na UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria-RS, 2014.....Pg 65

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária a Saúde

CAPs: Centros de Atenção Psicossocial

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família

PA: Pressão Arterial

PAM: Pronto Atendimento Municipal

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPel: Universidade Federal de Pelotas

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Sumário

1. Análise Situacional.....	10
1.1 "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?"	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo texto inicial X relatório da análise situacional.....	30
2. Análise Estratégica.....	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e Metas.....	33
2.2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2.2 Objetivos Específicos.....	33
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Ações e Detalhamento.....	35
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística da Intervenção.....	44
2.4 Cronograma.....	48
3. Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	49
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	53
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.....	54
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática.....	55
4. Avaliação da Intervenção.....	57
4.1 Resultados de Metas e Indicadores.....	57
4.2 Discussão.....	68
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	70
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	71
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências.....	76
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética.....	78
Anexo 2: Ficha Espelho.....	79
Anexo 3: Planilha de Coleta de Dados.....	80

Resumo

STUKER, Filipe Rafael. **Melhoria na Atenção à Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal em Santa Maria-RS.** 2015. 82f.; il. Trabalho de conclusão de curso (Curso de especialização em Saúde da Família), do departamento de medicina social da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 2015.

O presente trabalho trata da instalação de uma ação programática típica da atenção primária à saúde, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. O objetivo deste trabalho é relatar o processo de implementação da ação programática de atenção a usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBS Wilson Paulo Noal, em Santa Maria-RS, que tinha por objetivo final melhorar a qualidade do serviço prestado à esta população. Como objetivos importantes apresentavam-se ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão de pacientes, melhorar o registro de informações, mapear pacientes com HAS e DM de risco para doenças cardiovasculares e estabelecer ações de prevenção. No início deste, apresenta-se a análise situacional da UBS, quanto a estrutura física, ambiente e logística de trabalho, recursos disponíveis e também suas deficiências. Na seqüência detalha-se o planejamento estratégico que visava operacionalizar a implementação desta ação programática, através de diversas ações específicas de forma a aprimorar o atendimento a estes usuários. O projeto de intervenção na ação programática relativa às patologias HAS e DM tem plena justificativa, ao passo que tais doenças têm elevada prevalência e trazem grande morbidade aos pacientes que as possuem. As doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da atenção básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que elevam estas doenças à condições epidêmicas na população brasileira. Os resultados encontrados neste trabalho mostraram-se significativos. O percentual de cobertura do programa de atenção à usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica foi evoluindo de acordo com os meses de intervenção, alcançando 26,5% ao final do primeiro mês com um total de 61 pessoas acompanhadas, 46,1% ao final do segundo mês com 106 pessoas e ao final de 12 semanas de intervenção chegamos ao percentual de cobertura de 57,8% com 133 pessoas participantes do programa. O percentual de cobertura do programa de atenção à usuários com Diabetes Mellitus foi evoluindo de acordo com os meses de intervenção, alcançando 37,5% ao final do primeiro mês com um total de 27 pessoas acompanhadas, 61,1% ao final do segundo mês com um total de 44 pessoas e ao final de 12 semanas de intervenção chegamos ao percentual de cobertura de 76,4% com 55 pessoas participantes do programa. Também foram encontrados resultados determinantes para agregar qualidade ao serviço prestado, o que foi avaliado através de indicadores.

Palavras Chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Aberta do SUS, em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal no município de Santa Maria-RS. O volume encontra-se organizado em cinco unidades de trabalho interligadas. Na primeira parte destaca-se a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. Na terceira parte apresenta-se o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte, ainda apresenta-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso de especialização em saúde da família. Ao final do volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1. Análise Situacional

1.1. "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?"

A UBS (unidade básica de saúde) na qual estou alocado chama-se Wilson Paulo Noal, localizada no bairro Camobi em Santa Maria-RS. É impossível falar em APS (atenção primária à saúde) em minha unidade sem retomar a situação em que se encontra a cidade de Santa Maria nesse contexto. Apesar de ser centro de referência em saúde para toda a região central do estado, Santa Maria desenvolveu um modelo centralizado em hospitais, curativista, deixando totalmente relegado a um segundo plano o modelo de prevenção e promoção à saúde. Portanto, com baixíssimo investimento em APS.

Na cidade há cobertura por ESFs (estratégias de saúde da família) de apenas 20% da população e a maioria delas funcionando de forma precária, com falta de profissionais e insumos e sem atentar para as diretrizes da ESF/APS.

Nesse contexto se insere minha UBS, que segundo informações colhidas com a secretaria de saúde do município faz cobertura de cerca de 15.000 habitantes, número esse que dificulta um trabalho mais aproximado com a comunidade, também gerando maior complexidade em seu atendimento.

A estrutura física da unidade pode ser considerada boa e ampla, porém com algumas ressalvas quanto ao melhor aproveitamento do espaço e uma melhor manutenção de toda a estrutura. Existem diversos consultórios, sala de triagem, sala de observação e medicação, salão de reuniões, recepção, farmácia, administração, banheiros coletivos e de funcionários. Portanto a estrutura física não parece ser o maior problema.

A unidade apresenta-se como um centro local de saúde, com a população buscando-a conforme suas necessidades. A maioria dos profissionais trabalha com marcação prévia das consultas, entretanto devido à intensa procura existem formações de fila desde a madrugada para que as consultas sejam agendadas.

Diversos profissionais executam seus trabalhos nesta unidade, entre eles, uma fisioterapeuta, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, um odontólogo, duas pediatras, um ginecologista, dois médicos clínicos, uma recepcionista, dois auxiliares de limpeza e dois funcionários técnico-administrativos. Porém, não há qualquer planejamento estratégico de trabalho, com cada profissional

desenvolvendo suas atividades isoladamente, não havendo interdisciplinaridade ou qualquer contato entre esses profissionais.

Existem ainda quatro agentes de saúde, com cada um, em média, fazendo cobertura de 150 famílias. E recentemente recebemos na unidade três profissionais que estão realizando residência em APS (uma enfermeira, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional) que exercerão suas atividades durante dois anos nessa unidade.

O atendimento à população é desintegrado, fragmentado. Tudo isso em virtude de um longo tempo sem um planejamento de gestão em APS por parte da secretaria de saúde do município, deixando os profissionais trabalhar cada um ao seu modo, sem um objetivo em comum.

A equipe trabalha APS com uma série de vícios provenientes de longa data e apresentam certa resistência quanto a mudanças no modelo vigente. Existem profissionais de certo modo acomodados e alguns céticos quanto à implantação da ESF. Portanto, uma das grandes tarefas é modificar esse pensamento, demonstrar a factibilidade da proposta e convencê-los educadamente e parcimoniosamente de que esta é a melhor solução em APS.

A equipe e a unidade como um todo não se encontram preparadas para atendimentos de maior urgência, tanto em relação a materiais como em relação a preparo técnico.

Meu principal objetivo (com o respaldo da secretaria de saúde do município) é implementar uma ESF nessa unidade, ou ao menos iniciar esse processo de transição. Dessa forma, haverá transformação para uma unidade mista, sendo ponto crítico a definição de como funcionará esta unidade já que dois trabalhos diferentes, porém não excludentes, ocorrerão em um mesmo espaço físico.

A princípio, a área adstrita à minha ESF será aquela coberta pelas quatro agentes de saúde com a agregação no futuro de mais duas áreas que possuirão agentes de saúde. Há ainda uma indefinição por parte da secretaria de saúde no que se refere aos recursos humanos. Portanto, a equipe da ESF ainda não está definida, fator esse que também gera preocupação.

A maioria da população atendida na UBS possui prontuários cadastrados e esses ainda não se encontram separados como preconizado pela ESF. A comunidade a quem se atende nessa unidade é bastante heterogênea, com áreas de extrema carência e outras com maior nível sócio-econômico e educacional. Mas

de toda forma é a população que procura a unidade e não há estratégias de promoção à saúde ou preventivas bem estabelecidas.

Como visto, há muito trabalho por fazer...

1.2. Relatório da Análise Situacional

A Unidade Básica de Saúde na qual estou alocado chama-se Wilson Paulo Noal, localizada no bairro Camobi em Santa Maria-RS. Trata-se de uma UBS apoiada em modelo tradicional, ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da gestão da prefeitura municipal. A unidade faz cobertura ampla da região leste do município, atendendo não só população urbana como também localidades rurais.

É impossível falar em atenção primária à saúde em minha unidade sem retomar a situação a qual se encontra a cidade de Santa Maria nesse contexto. Esta possui 262.368 habitantes (Censo 2011) e apesar de ser centro de referência em saúde para toda a região central do estado, sobre a qual exerce grande influência, desenvolveu um modelo centrado em hospitais e sob a lógica curativista, deixando totalmente relegado a um segundo plano o modelo de prevenção e promoção à saúde, portanto com baixíssimo investimento em APS.

Na cidade há cobertura pela Estratégia de Saúde da Família de apenas 20% da população sendo a maior parte de forma precária, com falta de profissionais e insumos e sem atentar para as diretrizes da ESF/APS. Existem 14 unidades de ESF e outras 18 UBS sendo 5 delas distritais. O sistema de saúde municipal conta ainda com 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), um ambulatório de saúde mental, além de um pronto atendimento municipal (PAM) com atendimentos clínicos adultos, pediátricos e odontológicos. Não há disponibilidade de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou serviço de internação municipal, devendo-se na necessidade recorrer a outras unidades de internação disponíveis pelo SUS.

Por seu tamanho, estrutura, localização próxima a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e sua referência local, a UBS Wilson Paulo Noal, na qual desenvolvo minhas atividades, recebe diversos cursos de ensino superior como campo de estágio, entre os quais: enfermagem, terapia ocupacional e fonoaudiologia (residência multiprofissional), além de graduandos de medicina, odontologia,

fisioterapia e farmácia, mantendo forte vínculo com esta instituição de ensino superior.

Com relação à garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial observo limitações. Quanto à propedêutica laboratorial as condições são satisfatórias, ocorrendo coletas de material para análises clínicas duas vezes por semana, com amplo arsenal disponível. O grande problema é referente à disponibilidade de outros exames propedêuticos mais especializados tais como: ecocardiograma, eletrocardiograma, espirometria, endoscopias, exames de radiologia e diagnóstico por imagem entre outros. Tais exames demoram um tempo incompatível com a necessidade do usuário, sendo alguns disponíveis apenas um ano após a solicitação.

Quanto às referências para especialidades, observa-se um fato comum a quase todas as UBS do município. Ocorre demanda reprimida, dificuldade de acesso, impossibilidade de contato direto com as especialidades e falta de contra-referência daqueles pacientes que obtiveram consulta especializada. Esta realidade ocorre praticamente para todas as especialidades, exceto para a ginecologia e pediatria, já que existem profissionais atuantes nessas áreas na própria UBS.

Trabalham diversos profissionais nesta unidade. Entre eles, uma fisioterapeuta, duas enfermeiras, uma farmacêutica, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário, duas pediatras, um ginecologista, dois médicos clínicos, uma recepcionista, dois auxiliares de limpeza e dois funcionários técnico-administrativos. Existem ainda quatro agentes de saúde, com cada uma, em média, fazendo cobertura de 150 famílias. E recentemente recebemos na unidade três profissionais que estão realizando residência em APS (uma enfermeira, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional) que exercerão suas atividades durante dois anos nessa unidade.

Todavia, apesar deste número de profissionais, até o momento atual, a unidade realiza o processo de trabalho na formatação de equipe única. Porém não há qualquer planejamento estratégico de trabalho, com cada profissional desenvolvendo suas atividades isoladamente, não havendo interdisciplinaridade. O atendimento à população é desintegrado, fragmentado. Tudo isso em virtude de um longo tempo sem um planejamento de gestão em APS por parte da secretaria de saúde do município, deixando os profissionais trabalhar cada um ao seu modo, sem um objetivo em comum.

A equipe trabalha APS com uma série de vícios provenientes de longa data e apresentam certa resistência quanto à mudança do modelo em vigência. Apesar do exposto acima, a unidade está em processo de transição, tendo-se como objetivo a implementação de uma unidade de ESF junto à UBS já em funcionamento na modalidade tradicional.

Existem profissionais de certo modo acomodados e alguns céticos quanto à implantação da ESF. Portanto uma das grandes tarefas é modificar esse pensamento, demonstrar a factibilidade da proposta e convencê-los educadamente e parcimoniosamente de que esta é a melhor solução em APS.

Os motivos para falta de engajamento para essa mudança são vários e entre eles podemos listar: falta de condições de trabalho e excesso do mesmo, falta de recursos (materiais e humanos), despreparo técnico, falta de instrução e educação continuada, falta de um plano de gestão local, pouco incentivo e elogios quando da realização de um bom trabalho e finalmente, desconhecimento das diretrizes do SUS e ESF que fundamentam o processo de trabalho em APS.

Percebe-se que essa coexistência de dois modelos de atenção básica não é o ideal pela diferença gritante entre as duas estratégias. Porém esse fato limitante deve ser contornado através de extensa informação aos usuários. A Saúde da Família é a estratégia de caráter substitutivo à atenção básica tradicional, e acima de tudo, é compromissada com a promoção à saúde, com composição multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar, sendo responsável pela atenção integral do usuário. Fica claro que não é sob essa ótica que a unidade em que atuo trabalha e que esta coexistência pode trazer confusão na vinculação entre a ESF e a comunidade adstrita.

Quanto à estrutura física, fazendo análise global, é uma unidade com satisfatórias condições, principalmente levando em consideração as demais unidades do município.

A unidade teve sua finalização de construção em Julho de 2006 e tem toda sua área em nível térreo, portanto não contendo escadas. Não se encontram barreiras arquitetônicas ao acesso, porém nos corredores não há corrimãos. A acessibilidade ao prédio é boa, sem degraus ou tapetes, os corredores são amplos e os sanitários públicos (masculino, feminino e infantil) para deficientes têm espaço para manobras de aproximação e corrimãos instalados.

A unidade é toda de alvenaria e possui cobertura com laje e telhado. Possui boas condições de iluminação natural e ventilação em todas as suas salas. As instalações elétricas e hidráulicas parecem corretas, necessitando apenas de manutenção mais eficaz. Como problema pode-se identificar que as paredes em quase sua totalidade não são laváveis e possuem superfície rugosa.

Outros problemas detectados foram a falta de higienização e organização mais eficiente em todo o prédio, fato esse devido à falta de profissionais atuantes nessa área, bem como a falta de sistema de manutenção do prédio, pátio e do mobiliário e uma de reposição mais eficaz de materiais de consumo.

De todas as salas recomendadas que uma UBS deva possuir, a unidade apenas não conta com almoxarifado adequado (com os materiais sendo armazenados em diferentes salas conforme seu uso), sala para agentes de saúde e escotório. Na maioria das salas disponíveis foram observadas as normas e padronizações quanto ao correto tamanho, com exceção da sala de dispensação de medicamentos e da recepção.

Quanto à disposição das salas e logística da unidade o maior problema é o pequeno tamanho da recepção não havendo condições para armazenamento dos prontuários nesse local. Os prontuários ficam então alocados em sala anexa à administração dificultando o acesso rápido a esses.

Também não existe sala específica de espera, problema esse relacionado ao planejamento arquitetônico. Dessa forma, os pacientes ficam esperando espalhados pelos corredores da unidade. Entretanto existe adequado número de cadeiras para espera. Existe sinalização insuficiente das salas disponíveis e falha no projeto arquitetônico em relação ao fluxo de pessoas.

Certamente, quanto melhor a estrutura física das unidades, melhor o atendimento às demandas da população. O bem estar de funcionários e usuários reflete em melhores resultados em todos os níveis de atenção à saúde. Partindo da verdade de quem melhor conhece a unidade é o profissional de saúde que nela trabalha, fica clara a nossa obrigação de buscar a melhoria dos aspectos estruturais pertinentes.

Devemos de forma estratégica e tendo conhecimento de causa, solicitar aos gestores que se façam as correções e manutenções da estrutura física da unidade, convencendo-os com fortes argumentos da necessidade de investimentos nas UBS como forma de prestigiar a população que dela depende. Também há que se

mobilizar a população para que a mesma solicite aos gestores investimentos na unidade e participe do conselho local de saúde para um melhor engajamento e controle social desse aspecto. Acredito que quanto mais formal a solicitação e quanto mais insistentes forem os nossos pedidos mais sucesso em nossos objetivos poderemos alcançar.

Levando em consideração a Portaria 2488 do Ministério da Saúde pude notar o grande atraso no processo de trabalho atual da UBS na qual estou inserido. Com o aprofundamento da questão, através do questionário proposto pelo curso de especialização em saúde da família, fica explícito que muitas das atribuições dos profissionais não são executadas e que toda a estratégia de trabalho ocorre em um modelo tradicional, enraizado na cabeça dos usuários e dos profissionais que lá desenvolvem suas atividades.

O funcionamento da unidade é baseado ainda no assistencialismo, voltado para uma lógica de “apagar incêndios”, com pouquíssimos trabalhos voltados para promoção de saúde e práticas preventivas. Consiste em um trabalho centralizado na figura do médico e na dispensação de medicamentos.

Fica claro nas recomendações do MS que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas com objetivo de promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, não deixando de lado as áreas assistenciais como o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Dessa forma conclui-se que o trabalho desenvolvido na atualidade é realizado apenas em sua metade.

Sabe-se que o modelo vigente encontra-se totalmente ultrapassado e exige mudança para uma estratégia mais integral como a estratégia de saúde da família. E esse é o principal objetivo de meu trabalho nessa unidade, tendo como ressalva que menos de 20% da população de abrangência da unidade seria beneficiada por essa ESF incipiente.

Os profissionais da UBS não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Esse processo ficou congelado desde a implantação da unidade no longínquo ano de 2006, não havendo atualizações. Percebe-se que dessa forma o trabalho já começa comprometido, pois na verdade, não se sabe bem o quantitativo total da comunidade que utiliza a unidade como referência. Esse problema é reflexo da má gestão em atenção básica do município de Santa Maria e da falta de planejamento estratégico local.

Os cuidados em saúde da população adstrita ocorrem basicamente na própria unidade. Com exceção das campanhas de vacinação e do trabalho desenvolvido pelas quatro agentes comunitárias de saúde da unidade. O trabalho que deveria ser organizado em seu mais alto grau de descentralização, próximo da vida cotidiana dos usuários e em seu próprio ambiente, não funciona dessa forma. Verifica-se que a UBS trabalha sob o modelo “venham até mim”, e praticamente não realiza atividades fora da UBS nem faz busca ativa de problemas envolvendo a saúde da comunidade.

Além do mais não é proporcionado aos usuários nenhuma espécie de cuidado domiciliar, assim como qualquer outra atividade “extra-muros”. Prática essa que deve ser contornada, visando atendimento integral e com equidade, já que pacientes com indisponibilidade de virem até a UBS provavelmente sejam os que mais necessitem desta atenção pelos profissionais de saúde. A implementação desses cuidados tem sido gradual, porém complicada, visto o pouco apoio dos demais profissionais e principalmente da gestão municipal que não tem disponibilizado as condições necessárias para essa atividade (veículo, motorista, materiais e recursos humanos).

A unidade não oferece serviço de pequenas cirurgias e procedimentos. Contudo esta deficiência vem sendo combatida atualmente. Não havia profissionais dispostos a realizar tais tarefas e a unidade encontrava-se acomodada com tal realidade. Acredito que pequenos procedimentos como suturas e drenagem de pequenos abscessos, por exemplo, devam ser realizados na UBS, não necessitando de referenciamento a nível terciário, como vinha ocorrendo. Neste processo de mudança, porém há que se enfrentar a resistência inicial dos colegas e promover a busca dos materiais e equipamentos necessários para ofertar esse tipo de serviço aos usuários.

Já quanto ao aspecto da realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas, visto que a unidade básica deve ser a porta de entrada do usuário ao SUS, observo sérias precariedades. A equipe como um todo não se encontra capacitada para este tipo de atendimento, a logística da unidade dificulta o atendimento de urgência, os materiais disponíveis para uma situação emergencial são escassos ou indisponíveis.

Acredito que devido ao tamanho e à grande circulação de pessoas deveria estar disponível na unidade um desfibrilador externo automático, embora este

equipamento não conste nas recomendações de materiais básicos necessários das UBS. Nesse contexto há limitante deficiência quanto à remoção de pacientes em situação de urgência-emergência e dificuldade em conseguir acesso à unidade de complexidade secundária ou terciária, mesmo sendo realizado o correto acionamento e encaminhamento com contato prévio.

Ainda constata-se a insuficiência de materiais para sutura e pequenos procedimentos cirúrgicos. Faltam foco de luz, cabo de bisturi, tesoura curva, maior número e qualidade do material cirúrgico e de fios de sutura. Há indisponibilidade de alguns equipamentos de uso geral como lanterna, microscópio, oftalmoscópio e ainda insuficiência de outros como negatoscópios e balanças.

O consultório odontológico apresenta alguns déficits, não possuindo instrumental para urgências, estufa e materiais relativos a procedimentos com prótese, porém possui o material básico para o funcionamento.

A reposição e manutenção de equipamento, principalmente quanto à agilidade do processo são deficitárias, devido ao tamanho do município e pelo fato de não haver um sistema integrado e com planejamento adequado e livre de entraves burocráticos. Fato esse também presenciado quanto ao mobiliário que possui dificuldade mais acentuada de reposição e manutenção.

Quanto a equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática também há insuficiência. Existem poucos computadores (apenas dois), localizados na recepção e sala da gerência para fins de cadastramento da população. Não há rede de acesso à internet, os consultórios não possuem computador, e os prontuários não são informatizados. Ainda não há disponibilidade de outros materiais, como: caixa de som, câmeras fotográficas e filmadoras, ou gravador de som.

Ocorre indisponibilidade de quaisquer materiais para prática educativa, sendo reflexo do tipo de atendimento prestado na UBS (tradicional), voltado apenas para o atendimento clínico e não para a prática de prevenção/promoção à saúde. Assim como não há acesso a material bibliográfico da UBS, exceto àquele de propriedade pessoal.

Existe grande déficit de medicamentos, inclusive os constantes na listagem da farmácia básica, dificultando a prescrição, atrapalhando o tratamento ideal e com o agravante da reposição ser demasiadamente demorada. A unidade possui quase

todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações, como única exceção a vacina BCG.

Há que se propor e cobrar dos gestores melhorias nos aspectos relatados acima, deixando claras as prioridades, convencendo-os da importância dos investimentos, na busca do objetivo final de oferecer um atendimento melhor e mais integral à população adstrita. Visto que somos nós os profissionais que trabalham na unidade e para a comunidade, não podemos nos eximir de buscar tais melhorias, pois a acomodação de nossa parte frente às dificuldades só permite que o processo vigente persista estagnado.

Realmente há limitações que fogem nossa governabilidade. Esses aspectos se referem principalmente à má atuação da rede regionalizada e hierarquizada que evolui a passos curtos. A dificuldade quanto ao acesso de exames de maior complexidade, da correta remoção de pacientes em situação de emergência, de locais de atendimentos de urgência-emergência que respaldem o trabalho das UBS, de encaminhamentos a consultas especializadas e de medicações é fator limitante sério que contribui negativamente para a qualidade do serviço prestado à população.

Os profissionais de saúde, em geral, não participam de atividades de qualificação, com raras exceções e ainda assim por motivação e custeamento próprios. Na verdade ocorre um completo descaso quanto a esse aspecto seja por conformidade dos profissionais, seja pela falta de apoio e incentivo da gestão municipal. Por fim, deve-se investir em medidas de educação continuada e capacitação técnica a esses profissionais e instaurar processos de educação em saúde para a clientela adstrita como forma de inverter a lógica de trabalho vigente.

A que se relatar que as ações programáticas não são seguidas e que os profissionais não realizam busca ativa de usuários. Não há ações programáticas bem definidas, nem protocolos sendo observados, sendo o assistencialismo e as consultas médicas o cerne do funcionamento da unidade.

As atividades em grupo na UBS ocorrem em pequena escala. Algumas que existiam previamente foram aos poucos perdendo força. Há poucos profissionais dispostos a trabalhar nessa importante frente de atenção à saúde e estes se encontram desmotivados e acomodados com a maneira da unidade trabalhar. Ressalta-se ainda a grande demanda da unidade (em quantitativos populacionais), com insuficiente número de profissionais para atendimentos, que acabam por priorizar as atividades essenciais.

As reuniões de equipe estão em processo incipiente de instalação. Existe a cultura de que o funcionamento da unidade não pode parar e que as reuniões não levam a modificações. Conceito errôneo, à medida que não se detectando os problemas, conversando sobre eles e sugerindo soluções não há como melhorar o processo de trabalho.

Verifica-se assim, que existe um grande abismo entre o recomendado e o que ocorre na realidade quanto ao processo de trabalho. Também é notável que os profissionais tenham cumprido suas atribuições apenas parcialmente. Em última análise o oferecimento de um melhor atendimento em saúde aos usuários adstritos a UBS fica intensamente comprometido.

Analisar a fundo todo o processo de trabalho, fazendo análise crítica e baseada nos marcos legais (portarias do MS) é o passo inicial para promovermos mudanças. Apenas com o diagnóstico correto da situação de trabalho podemos demonstrar aos gestores e a população as questões que podem ser melhoradas. E dessa forma ganhar aliados num processo de melhorias no atendimento integralizado que transforme o processo de trabalho em um ciclo virtuoso, nos tornando os promotores da mudança através do conhecimento como ferramenta para produção dessas transformações.

A principal forma de enfrentamento de todos os problemas apontados acima já começou a ser realizada. Trata-se da implantação de uma ESF na unidade. O processo é incipiente, tem passado por entraves burocráticos, ainda não possui equipe profissional formada e tem pouca simpatia dos demais profissionais, mas deve ser o caminho a ser tomado, indubitavelmente.

A lógica de trabalho de toda a unidade deve ser transformada gradualmente, sem imposições. Para que ocorra essa mudança, as reuniões de equipe devem ser o ponto de partida, ressaltando a importância destas tanto na avaliação do trabalho até então executado, como nas alterações benéficas que podem ser implementadas.

Por outro lado espera-se um maior investimento pela gestão municipal de Santa Maria em APS, oferecendo capacitação e qualificação aos profissionais, além de condições satisfatórias de trabalho e contratação de recursos humanos. Tudo isso buscando um maior incentivo ao exercício da profissão, pois os conhecimentos sobre saúde pública também são grandes aliados na execução das modificações que pretendemos.

A comunidade a quem se atende nessa unidade é bastante heterogênea, com áreas de extrema carência e outras com maior nível sócio-econômico e educacional. A unidade foi construída já com o intuito de ser uma UBS e tem boa localização no bairro. Porém foi idealizada praticamente como centro local de saúde, abrangendo área geográfica enorme, cobrindo uma população de mais de 15000 habitantes, número esse que dificulta um trabalho mais aproximado com a comunidade, também gerando maior complexidade em seu atendimento.

A Secretaria de Saúde de Santa Maria estruturou-se quanto à territorialização para APS dividindo o município em áreas administrativas, sendo que na área leste localiza-se a unidade Wilson Paulo Noal. Ainda nessa área localiza-se outra UBS, denominada Walter Aita e essas duas unidades cobrem um quantitativo populacional de 21822 pessoas. Minha unidade, ainda que extra oficialmente, segundo informações colhidas com a secretaria de saúde do município e profissionais que nela trabalham, fica responsável por um populacional estimado em 15000 pessoas.

Portanto, considerando as diretrizes em atenção básica do Ministério da Saúde e o total populacional de 21822 habitantes, fica claro que a área leste do município deveria contar com pelo menos seis equipes.

Quanto ao tamanho da equipe da UBS na qual pertenço, considero que esta possui profissionais para no máximo duas equipes, ainda assim faltando profissionais da área de enfermagem (técnicos de enfermagem). Levando em consideração o número de 15000 habitantes, a unidade responde pelo trabalho de no mínimo quatro equipes. Conclui-se que o número de equipes/habitantes encontra-se completamente fora do padrão.

Embora o perfil demográfico da população por sexo e faixa etária pareça estar de acordo com a distribuição brasileira, é impossível, neste momento, afirmar isso com exatidão. O número de habitantes da área de abrangência é apenas estimado, não havendo números oficiais que pudessem ser utilizados. Além do mais, na unidade também não há um registro preciso, já que os prontuários não são informatizados e não há um cadastro atualizado que ofereça tais informações. Cada pessoa que utiliza a unidade recebe um número de prontuário, mas é visto com frequência uma mesma pessoa tendo mais de um prontuário ou ainda não o possuindo apesar de já ser usuária da unidade de longa data. A UBS possui cerca de 18000 prontuários armazenados.

O processo de acolhimento à demanda espontânea deve ser aprimorado. O acolhimento inicial é realizado pela recepção não havendo sala específica para este fim. Existe ainda déficit de pessoal no setor de recepção, acabando por comprometer esse primeiro contato do usuário com a UBS.

A partir da recepção, os usuários com atendimento agendado são referenciados aos setores específicos. Já aqueles de demanda espontânea são encaminhados para avaliação da enfermagem ou outro profissional, se necessário. Entretanto, não há um acolhimento bem estabelecido com protocolos de avaliação de risco clínico ou de vulnerabilidades.

Acredito que todos os pacientes que recorrem à unidade têm suas demandas escutadas, porém certamente não são todos que tem sua demanda atendida. Existe excesso de demanda espontânea principalmente para os pacientes da unidade não beneficiados pela ESF incipiente. Verifica-se assim uma fragmentação no processo de acolhimento, principalmente devido à desproporção no número de usuários em relação à equipe de saúde.

O processo de demanda espontânea para atendimento odontológico fica prejudicado principalmente por não haver odontólogos durante todo o período de funcionamento da unidade.

Um sério problema detectado é a existência de uma cultura errônea na forma de lidar com o excesso de demanda de atendimento do dia. Seguidamente os pacientes são orientados a procurar pronto atendimento sem serem ao menos avaliados na unidade. Isto decorre, principalmente pelo fato da UBS não possuir materiais, medicamentos, insumos e preparo para atendimento adequado dos usuários em situações de urgências, entretanto não justificando tal conduta.

A atenção à saúde da criança é realizada principalmente pelas duas profissionais médicas pediatras que desenvolvem sua atividade de trabalho na unidade. O atendimento a essa parcela da população segue a mesma lógica de processo de trabalho de toda a unidade.

É impossível, mesmo que de forma estimada, avaliar a cobertura de puericultura na unidade, já que os prontuários dos pacientes são armazenados junto com todos os outros da unidade, e não há sistema informatizado para uma análise global do número de pacientes pediátricos acompanhados na UBS. Aparentemente, pelo fluxo de atendimentos em puericultura prestados na unidade, a cobertura é razoável, entretanto não se pode afirmar isso com alta fidedignidade.

Ficou clara durante a análise situacional dessa ação programática (puericultura) a necessidade de organizar melhor os registros, instituir atividades de grupo com foco preventivo e realizar uma melhor avaliação e monitoramento sobre o programa. Verifica-se ainda, que nenhum outro programa do Ministério da Saúde vem sendo executado.

Sem dúvida, existe a necessidade de reestruturação do modelo de atendimento da unidade, pois esta ainda trabalha no modelo assistencial-curativista, focalizado na figura do médico (através de consultas e dispensação de medicamentos).

Inexiste protocolo de atendimento de puericultura na minha UBS ou manual técnico sendo seguido. O processo de trabalho dessa área é baseado nos conhecimentos técnico-científicos e julgamento clínico das profissionais que prestam a atenção. Os atendimentos da puericultura são registrados em prontuário clínico individualizado e não informatizado, portanto não tendo como obter as informações necessárias para análise ou avaliação da ação programática. Também não há arquivo específico para registros desses atendimentos.

Por outro lado, está em processo incipiente a formação de uma equipe de ESF em minha unidade, que irá beneficiar cerca de 20% da população adstrita a ela. Com o início das atividades dessa equipe pretende-se aprimorar o atendimento de puericultura, instalando a ação programática conforme as diretrizes do ministério da saúde.

Na UBS o atendimento pré-natal é centralizado na figura no ginecologista, prática adotada desde o início de funcionamento da unidade. A conduta de atuação nessa ação programática é totalmente regida por este profissional, conforme seus conhecimentos técnico-científicos, sem utilização de protocolo ou manuais técnicos específicos.

O objetivo primordial do pré-natal é prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de uma série de cuidados e recomendações, que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce de doenças, com tratamento adequado das afecções que ocorrem neste período. Nesse sentido o acompanhamento pré-natal deve assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e

preventivas. Verifica-se que a abordagem atual é incompleta e carece de maiores atividades promotoras de saúde.

Não ocorre o devido registro dos atendimentos às gestantes em minha unidade. Os dados obtidos em cada encontro deveriam ser armazenados para posterior análise da evolução da gravidez, do parto e do puerpério. O processamento desses dados poderia permitir uma análise de todo o acompanhamento, sistematizando e identificando os aspectos a melhorar. Também não há arquivo próprio para registro da ação programática, tampouco sistema informatizado. Não há dessa forma uma verdadeira gestão das ações do pré-natal, muito menos avaliação e monitoramento desta ação, assim como não há estimativa da população de gestantes da UBS nem a cobertura de tal programa.

O ponto de partida para o aprimoramento deste serviço na unidade seria o estabelecimento de um sistema informatizado para anexar informações e dados sobre o atendimento pré-natal, já que estas se encontram indisponíveis, tornando assim, complicada uma avaliação mais precisa.

Assim como toda a unidade, o atendimento pré-natal não prioriza promoção à saúde e realização de atividades de grupo. Também se verifica que não é dada a devida importância ao diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, como parte integrante da atenção a gestante durante o pré-natal.

A UBS realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana, em apenas um turno, existindo também o atendimento de gestantes fora da área de cobertura. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. A classificação do risco gestacional é realizada em todas as consultas e o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou à urgência/emergência obstétrica é realizado se necessário.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal e aos cuidados assistenciais já no primeiro trimestre. A unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e consiste no melhor local para acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado. Nesse aspecto a minha UBS tem proporcionado esta atenção à população, com criação de vínculo com o profissional.

Investir em aspectos educacionais e em atividades de grupo é uma boa estratégia para alcançar o objetivo de iniciar o acompanhamento pré-natal ainda no

primeiro trimestre. Ainda considero que se deva avançar na aproximação da gestante com a unidade-referência para o parto; fato esse ainda não vivenciado na prática.

Quanto à prevenção do câncer de colo uterino, a ação não tem utilizado protocolo específico, comprometendo a organização do processo de trabalho tanto técnica como operacionalmente. Este trabalho tem sido executado principalmente pelo profissional ginecologista em conjunto com uma das enfermeiras da unidade, mas não de forma planejada e estruturada como ação programática.

Há necessidade de aprimoramento do registro dos atendimentos realizados nessa ação programática, tendo muito a avançar nos métodos de armazenamento de informações sobre os pacientes. Inexistem planejamento e monitorações sobre a ação e não há profissionais que se dedicam à gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino. Também inexistem dados, mesmo que fossem estimativos para aferir o quantitativo populacional desta ação programática e por conseqüência sua cobertura.

O acompanhamento das pacientes com exame alterado tem sido satisfatório. Todas as pacientes recebem informações e acompanhamento longitudinal e tem seus dados de contato (telefone, endereço, número do cartão do SUS e documento de identificação) anotados em um livro-registro em que todas as informações pertinentes ao quadro da paciente são anexadas.

Ocorre busca ativa das pacientes ausentes ou relapsas com correto encaminhamento para tratamento. Além do mais, essas pacientes recebem reforço de todas as informações e tem oportunidade para esclarecer todas as suas dúvidas tanto em consultas com equipe de enfermagem como em consulta médica.

Conclui-se dessa forma, que há que se avançar na prevenção primária, ampliar o alcance do rastreamento em termos de cobertura, aprimorar os métodos de registro com o objetivo final de oferecer um melhor atendimento à população, aperfeiçoando assim, o processo de trabalho.

Quanto à prevenção do câncer de mama, esta ação também necessita de melhor organização dos registros, pois hoje esses são praticamente inexistentes. Informações sobre alterações em exames mamográficos não foram possíveis de coletar, pois os registros são escassos e os poucos que existem são escritos no prontuário clínico individual das pacientes, impossibilitando análise global.

Esta ação programática também não segue protocolos ou manuais técnicos específicos, sendo executada conforme os conhecimentos e julgamentos clínicos do profissional assistente.

Insistir em realização de atividades de grupo e promotoras de saúde é uma estratégia importante para o controle do câncer de mama. Nesse sentido esforços devem ser concentrados para aprimoramento da prevenção primária (ação para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença se instale), com intuito de atingir o maior número possível de pacientes-alvo.

Planejamento e gestão das ações de controle do câncer de mama com avaliação e monitoramento frequentes devem ser instaurados dentro do processo de trabalho, o que hoje ainda não é realidade na unidade em que estou inserido.

Inexiste um arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia. O tipo de rastreamento do câncer de mama realizado na UBS é o oportunístico, necessitando-se avançar no oferecimento programado e mais organizado nesta ação.

Conclui-se, que todo o processo de trabalho dessa ação ainda demanda aperfeiçoamento técnico e operacional com o objetivo final de prestar um atendimento de melhor qualidade à população nessa importante ação programática.

Ficou explícita a necessidade de aprimoramento do sistema de registro da ação programática referente à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), pois apenas através do conhecimento da realidade da unidade podem-se propor ajustes no atendimento desses pacientes.

Os atendimentos dos adultos com HAS/DM são registrados em prontuário clínico individualizado, não havendo prontuários específicos da ação programática, assim como não estão disponíveis arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com essas patologias. Além do mais a qualidade e quantidade das informações constantes nos prontuários é precária. Todos esses aspectos dificultam a análise do atendimento prestado e devem ser aprimorados.

A UBS não tem sua ação organizada por programas, não utiliza protocolos e baseia-se na avaliação clínica individual de cada profissional que presta o atendimento. Os pacientes também não possuem o benefício de sair da UBS com sua próxima consulta programada agendada.

Também não há a cultura de trabalho preventivo e de atividades em grupo. Verifica-se desse modo, que a dinâmica de trabalho está ultrapassada, visto que

HAS e DM são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são considerados potencialmente controláveis com a adoção de medidas preventivas.

São insuficientes, esparsas e não programadas, as ações de prevenção primária oferecidas na unidade. Entre elas pode-se citar: orientação de hábitos alimentares saudáveis, de controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, de orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabaco. Tais ações restringem-se apenas ao cenário do consultório e são abordadas individualmente.

Algumas ações são desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos portadores de HAS/DM. De forma rotineira são oferecidas ações tais como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Já em nível de consultório, ainda são oferecidas outras ações como diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, e avaliações quanto ao sedentarismo, obesidade, tabagismo, estratificando o risco cardiovascular de cada paciente.

Apesar da adesão do programa “Hiperdia” do MS pela unidade, inexistente registro próprio efetivo, não há monitoramento regular, nem avaliações do processo de trabalho com essa parcela da população. O programa não tem funcionado adequadamente e tem sido utilizado apenas como forma de controle da dispensação de medicamentos pela farmácia. Além do mais, nenhum outro programa do MS está implantado.

Por fim não ocorre dedicação ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS/DM, tampouco avaliação e monitoramento dessas ações. Dessa forma verifica-se que a unidade encontra-se estagnada em seu método de trabalho, não tendo monitoramento nem avaliações regulares do processo de trabalho dessa população, impedindo análise aprofundada que proporcione diagnóstico das deficiências e como consequência tornando-a impotente na implementação de melhorias no atendimento a essa população.

Conclui-se assim, que as ações são insuficientes, que necessitam de aprimoramento em diversas áreas e de um melhor registro e que devam avançar com melhorias, procurando estabelecer os protocolos do MS como forma de padronizar o atendimento a esses pacientes, otimizando o tratamento e o acompanhamento disponibilizado atualmente.

Por outro lado, há que se investir em educação continuada e atualizações para os profissionais sobre essas patologias. Já que estes são os principais

responsáveis pela atenção à saúde dessa população e podem alterar a logística vigente de atendimento que se apresenta ultrapassada.

Quanto ao processo de trabalho instalado em minha UBS na ação de saúde dos idosos, parece haver a necessidade de uma completa readequação. Os idosos não têm o registro de suas consultas realizado adequadamente, tem seus prontuários insuficientemente preenchidos e não saem com a próxima consulta agendada. Os registros dos atendimentos são alocados nos prontuários clínicos individuais, o que não permite análise e diagnósticos mais aprofundados das necessidades de melhoria nesta ação. Fica evidente a necessidade de instalação e aprimoramento das formas de registro para que possam ser efetivas em permitir diagnósticos de insuficiência da ação e assim saná-las.

O atendimento técnico dos idosos pelos profissionais de saúde da UBS também é defasado. Entre outros problemas verifica-se que estes não avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, rotineiramente. Confirma-se assim a necessidade de investimento em cursos técnicos, orientações e educação continuada desses profissionais. Na UBS não se trabalha com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é um instrumento valioso para auxiliar na identificação das pessoas idosas frágeis e para seu acompanhamento. Dessa forma possibilita o planejamento, organização das ações e uma melhor monitorização do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. Deve se empreender essa melhoria assim que possível, pois são visíveis os benefícios dessa ação.

Inexiste o Estatuto do Idoso na UBS, que consiste em um instrumento legal que vem servindo como referência central para o movimento social na área e guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice. Talvez de todas as ações programáticas esta seja a mais negligenciada do ponto de vista de ação global, apesar da maioria dos atendimentos realizados por médicos clínicos serem de pessoas idosas. Além do mais, também não há nenhum outro programa de atenção ao idoso implantado na UBS. Também não há protocolo de atendimento para idosos, nem se utiliza protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde e verifica-se que as diretrizes da atenção a saúde dos idosos não tem sido observadas

e seguidas, assim como não há estimativas da população idoso da UBS, nem mesmo por aproximação.

Algumas ações são desenvolvidas no cuidado aos idosos em minha unidade, tais como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e em situações específicas (saúde mental, obesidade, sedentarismo, alcoolismo). Porém todas essas ações são realizadas em nível individual e de consultório e na maioria das vezes, através de um atendimento baseado ainda na queixa-conduta.

Assim, verifica-se novamente a vigência de um modelo ultrapassado focado no assistencialismo, na medicalização, e focado na consulta médica. Faltam atividades de promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, ou qualquer outra atividade preventiva. Também não há desenvolvimento de atividades em grupo nem atendimento que possa dar atenção integral às pessoas idosas.

Outro sério déficit no atendimento a essa população é a inexistência de cuidado domiciliar, mudança que deve ser implantada e teve seus primeiros passos dados recentemente. A Visita Domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adstrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou em situações que apontem que seus direitos estão negligenciados. Ficam claros os benefícios desse tipo de atividade, entretanto, nota-se pouco apoio da gestão para implementação dessa atividade no que concerne a disponibilidade de recursos materiais e humanos.

Na minha UBS não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações voltadas aos idosos, muito menos à avaliação e monitoramento das ações dispensadas. Também não há arquivo específico para os registros do atendimento dessa ação programática.

Uma atenção eficaz e contínua para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

Concluindo, os maiores desafios de minha unidade referem-se ao processo de territorialização e adscrição da clientela, ao melhoramento dos sistemas de registro e armazenamento de informações, a inversão da lógica centrada no assistencialismo para uma voltada à promoção em saúde, entre outros explicitados acima.

Os principais benefícios do uso de questionários baseados em documentos bem estabelecidos e do caderno de ações programáticas foram permitir a análise profunda, sistemática e abrangente de toda a situação de minha unidade (estrutural e de processo de trabalho), deparando-se com a realidade por vezes surpreendente. Também permitiu que algumas ações fossem tomadas como, por exemplo, uma readequação no registro da atenção ao pré-natal.

A principal ação no processo de transição do processo vigente será a instalação de uma ESF junto à unidade e espera-se com isso realizar melhorias em diversos aspectos apontados por essa análise situacional.

1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação do APS/ESF e o relatório da análise situacional

A avaliação inicial realizada, apesar de verdadeira, foi apenas parcial, cercada de uma visão global e ainda em um momento de primeiros contatos com a equipe e a unidade.

A análise situacional gerada pelo curso de especialização em Saúde da Família, baseada em marcos legais e através de questionários sistematizados permitiu um aprofundamento extremamente benéfico desse aspecto.

O relatório da análise situacional determinou uma avaliação muito mais abrangente, aprofundada e detalhada. Aspectos específicos da estrutura da unidade, do processo de trabalho, das atribuições dos profissionais e da logística de trabalho em ações programáticas foram pormenorizados.

Por fim, tem-se em mãos agora, um documento valioso, com a análise pertinente a essa unidade, que pode servir como marco basal de um processo de melhoria e readequação da atenção primária à saúde em minha unidade.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa

O projeto de intervenção na ação programática relativa às patologias Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus têm plena justificativa, ao passo que tais doenças têm elevada prevalência e trazem grande morbidade aos pacientes que as possuem. As doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que elevam estas doenças à condições epidêmicas na população brasileira.

A HAS é a condição clínica multifatorial caracterizada por níveis sustentados de pressão arterial (PA) em valores iguais ou maiores a 140/90 mmHg. É alteração com baixas taxas de controle e muito prevalente, variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos no Brasil. Trata-se de patologia freqüentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, contribuindo para efeitos adversos à saúde como aumento do risco de eventos cardíacos e cerebrovasculares, mortes prematuras e insuficiência renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Portanto, devido à alta prevalência e ao potencial clínico de morbimortalidade, o rastreamento e tratamento correto para HAS tornam-se essenciais, tendo como cenário principal de realização dessas atividades a rede de atenção básica.

O DM consiste em uma patologia devida ao transtorno do metabolismo intermediário, caracterizada por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. A prevalência da DM na população adulta brasileira vem crescendo, estimando-se que o Brasil passe da 8ª posição mundial, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Além do mais, esta doença lidera como causa principal de cegueira, doença renal e amputação e expõe os indivíduos a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares. O DM vem aumentando sua

importância em saúde pública pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial, o que determina aumento do risco cardiovascular global. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, devendo ser manejado nesse local, de forma adequada e padronizada, evitando hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, reduzindo também os custos de operacionalização do SUS.

A Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal tem seu processo de trabalho em APS baseado no modelo tradicional. Tem boa estrutura física e conta com diversos profissionais formatados na unidade como equipe única. A área adscrita que será foco da intervenção é aquela formada por quatro regiões que possuem agentes comunitários de saúde (ACS) vinculados à unidade. Essas regiões servirão como base populacional da primeira equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que está sendo estruturada na unidade, ainda que de forma incipiente, e possuem um quantitativo populacional estimado em 2000 habitantes, sendo cerca de 40% moradores de área rural. As patologias focos da intervenção não têm sua atenção embasada como verdadeira ação programática. Além do mais nenhum dado ou registro sobre atendimentos nessa área encontra-se disponível atualmente. Portanto, a execução da intervenção proposta será um marco inegável na transição do processo de trabalho vigente, tendo expectativa de grande benefício para a população-alvo com melhoria substancial no acompanhamento e monitoramento dos pacientes dessa ação programática.

A população-alvo da intervenção consiste, portanto, nos pacientes com HAS e DM da área adscrita, pretendendo-se atingir a meta de 50% de cobertura em ambas as patologias em um prazo de doze semanas, instalando-a nos moldes preconizados pela atenção básica. Atualmente não se possuem dados sobre a adesão dos pacientes quanto ao acompanhamento de sua patologia e pretende-se melhorar substancialmente o processo de registro e conseqüentemente a adesão dos pacientes ao programa. Todos esses processos visam uma melhor qualidade técnica de atendimento a essas patologias, observando medidas assistenciais e promotoras de saúde, já que atualmente são nulas as atividades relacionadas à prevenção.

Concluindo, são muitos os benefícios dessa intervenção no que tange ao processo de trabalho da UBS, servindo como marco para a transição do processo

vigente. Essa intervenção também beneficiará um grande número de pacientes já que HAS/DM são doenças prevalentes e espera-se contribuir com melhoria de qualidade de vida desses pacientes e proporcionar melhor controle dessas patologias. O planejamento do projeto de intervenção denota plena factibilidade, tendo sido apresentado para os demais profissionais atuantes na unidade, e conta com o apoio e o envolvimento desses. Constituem-se limitações do projeto o fato de a ação estar iniciando do zero, a impossibilidade de garantir a execução dos exames complementares dentro dos prazos ideais e a concomitância de outro modelo de atenção básica coabitando a mesma unidade. Este projeto tem por objetivo elevar a qualidade do serviço de saúde em HAS/DM trazendo benefício inegável quanto à maior cobertura e integralidade no processo de trabalho, sendo baseado em protocolos reconhecidos em APS.

O propósito final consiste em proporcionar melhoria nos indicadores de saúde nesta área. Além do mais, se tem a convicção de que corretos manejos da HAS e DM podem colaborar para a redução de eventos cardiovasculares - a grande causa de mortalidade no Brasil atualmente, aproveitando a força de trabalho dos diversos profissionais da APS, redistribuindo responsabilidades, dando maior eficácia ao processo de trabalho.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1. Objetivo Geral

Melhorar a qualidade da atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Wilson Paulo Noal, em Santa Maria-RS.

2.2.2. Objetivos Específicos

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa

Meta 1: Pretende-se atingir uma meta inicial de cadastramento no programa de 50% dos pacientes com HAS da área adstrita em um período de doze semanas de intervenção.

Meta 2: Pretende-se atingir uma meta inicial de cadastramento no programa de 50% dos pacientes com DM da área adstrita em um período de doze semanas de intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes cadastrados com HAS.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes cadastrados com DM.

Meta 5: Garantir a solicitação de exames complementares conforme o protocolo e em tempo oportuno para 100% dos pacientes cadastrados com HAS.

Meta 6: Garantir a solicitação de exames complementares conforme o protocolo e em tempo oportuno para 100% dos pacientes cadastrados com DM.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia para 100% dos pacientes cadastrados no programa com HAS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia para 100% dos pacientes cadastrados no programa com DM.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pacientes com HAS e DM

Meta 9: Pretende-se realizar a busca de 100% dos pacientes com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 10: Pretende-se realizar a busca de 100% dos pacientes com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear pacientes com HAS e DM de risco para doença cardiovascular

Meta 13: Para este objetivo a meta é realizar estratificação anual do risco cardiovascular em 100% dos pacientes com HAS cadastrados no programa.

Meta 14: Para este objetivo a meta é realizar estratificação anual do risco cardiovascular em 100% dos pacientes com DM cadastrados no programa.

Objetivo 6: Estabelecer ações de promoção à saúde

Meta 15: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes cadastrados com HAS.

Meta 16: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes cadastrados com DM.

Meta 17: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes cadastrados com HAS.

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes cadastrados com DM.

Meta 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes cadastrados com HAS.

Meta 20: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes cadastrados com DM.

2.3. Metodologia**2.3.1. Ações e Detalhamento**

As ações que serão desenvolvidas no Programa de Atenção à pacientes com HAS e DM propõem-se a alcançar as metas estabelecidas para cada objetivo. Nesse intuito cada ação pode ser alocada em um dos quatro eixos seguintes: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura em HAS/DM

Para chegar aos números propostos como meta, que são otimistas, visto que atualmente não se sabe qual a cobertura desse programa na unidade, diversas ações serão implementadas:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar o número de pacientes com HAS e DM cadastrados no programa, realizando atualização mensal desse número.

2- Organização e gestão do serviço: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, melhorar o acolhimento para esses pacientes e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e da realização de hemoglicoteste.

3- Engajamento público: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM 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; e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS/DM.

4- Qualificação da prática clínica: capacitar os ACS para o cadastramento de pacientes com HAS e DM 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 maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à HAS/DM

As ações estabelecidas consistem em:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes com HAS e DM; monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade e na periodicidade recomendada; monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

2- Organização e gestão do serviço: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes com HAS e DM; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; garantir a solicitação dos exames complementares; e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

3- Engajamento público: orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e da periodicidade com que devem ser realizados; orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos

usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

4- Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pacientes com HAS e DM

As seguintes ações serão estabelecidas:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

2- Organização e gestão do serviço: organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

3- Engajamento público: 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; esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

4- Qualificação da prática clínica: treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

As ações propostas são as seguintes:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

2- Organização e gestão do serviço: implantar planilha/registro específico de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir o responsável pelo monitoramento registros.

3- Engajamento público: orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

4- Qualificação da prática clínica: treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5: Mapear pacientes com HAS e DM de risco para doença cardiovascular

Pretende-se estratificar 100% destes pacientes cadastrados. As ações propostas consistem em:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

2- Organização e gestão do serviço: priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

3- Engajamento público: orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

4- Qualificação da prática clínica: 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.

Objetivo 6: Estabelecer ações de promoção à saúde

Ficou explícito durante toda a análise situacional da UBS Wilson Paulo Noal, o déficit em ações de promoção à saúde. Assim, torna-se necessária a implementação destas ações, já que estas são importantes focos da atenção primária à saúde. Entre as ações propostas encontram-se:

1- Monitoramento e avaliação: monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos; monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

2- Organização e gestão do serviço: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; organizar práticas coletivas para orientação de atividade

física; demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

3- Engajamento público: orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar hipertensos e 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.

4- Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

As ações referentes à saúde bucal foram excluídas dos objetivos da intervenção devido a fatores que impedem que a ação apresente mínimas condições de ser executada. Um dos motivos desta exclusão é a insuficiência das condições de trabalho no consultório odontológico já que este recentemente apresentou sérios problemas de ordem estrutural física, que ainda não possuem data prevista para reparo. O outro motivo considerado fundamental consiste no déficit de recursos humanos, não havendo equipe de saúde bucal com odontólogo em pleno exercício da função na unidade.

Todas as ações referentes a monitoramento e avaliação, que serão realizadas mensalmente, dependem dos registros obtidos durante a execução da intervenção. Portanto, será utilizada ficha espelho (anexo 2), registrando todas as informações pertinentes a cada paciente do programa, e esta será arquivada em local específico, que permitirá acesso a todos os profissionais da unidade. Cada paciente será registrado com seu número de prontuário permitindo correlação entre seu prontuário clínico geral da unidade e seu registro no programa. Mensalmente, os registros serão analisados e alocados em planilha eletrônica de coleta de dados (anexo 3), dando visão global da ação, permitindo melhor monitoramento e avaliação desta.

Quanto à organização e gestão do serviço, uma das estratégias utilizadas para o desempenho das ações envolve a abertura de agenda específica para atendimentos do programa em um turno semanal para pacientes provenientes de busca ativa e para aqueles de maior risco cardiovascular. No que concerne à prática

de acolhimento, os pacientes do programa com demanda espontânea receberão escuta e triagem com encaminhamento para consultas conforme o grau de necessidade, sendo que pacientes do programa poderão realizar consultas com os profissionais em qualquer turno de atendimento clínico. Pacientes serão visitados regularmente pelos ACS e os casos prioritários (pacientes sob maior risco e vulnerabilidade) receberão visitas domiciliares pela equipe de saúde, reservando um turno por semana para esta atividade.

No que tange ao processo de engajamento público haverá extensiva informação à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS/DM da unidade de saúde, através de cartazes fixados na unidade, de informação no contato pessoal com cada paciente que vier a unidade ou às consultas por outros motivos e também nas visitas das agentes comunitárias de saúde.

Uma das práticas de promoção à saúde que serão utilizadas consiste na criação de grupo de hipertensos e diabéticos, ampliando o convite a participação para todos os usuários da unidade. O grupo será estruturado sem práticas restritivas, com foco em todos os pacientes da ação, procurando abordar temas relativos a mudanças de hábitos de vida, sempre procurando atingir o maior número de pacientes possível. Nas práticas coletivas de grupo, procurar-se-á orientar os usuários sobre alimentação saudável, prática de atividade física e cessação de tabagismo, mostrando a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Também haverá orientação sobre os riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes da HAS e do DM. Outras atividades educativas sobre as patologias em questão poderão ser abordadas por ocasião das consultas, além das ocorridas nos encontros coletivos.

No que concerne à qualificação da prática clínica, a capacitação dos ACS e profissionais de saúde sobre o programa seguirá uma estratégia de educação continuada, ocorrendo por ocasião das reuniões de equipe, instituídas em turno específico do trabalho da unidade, semanalmente. Nesta, ocorrerão as definições das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes pacientes, sobre como realizar corretamente este procedimento e sobre o protocolo adotado na unidade. Também será capacitada a equipe de saúde sobre a realização correta da aferição da pressão arterial e da glicemia capilar.

2.3.2 Indicadores

Serão utilizados indicadores que consistem em proporções que definirão a cada mês a situação da ação programática em relação a cada meta que está sendo monitorada. O monitoramento e a avaliação do programa serão executados através de 20 (vinte) indicadores conforme expressos abaixo:

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

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

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

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

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

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

3- 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.

4- 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.

5- 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.

6- 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.

7- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada:

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

8- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada:

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

9- Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

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

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

10- Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

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

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

11- 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.

12- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

13- 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.

14- 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.

15- 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.

16- 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.

17- Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

18- Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

19- 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.

20- 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 da Intervenção

Todo o processo de intervenção no Programa de Atenção em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus instituído na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal será baseado nos documentos do Ministério da Saúde “Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” – Caderno de Atenção Básica número 36 (DM) e número 37 (HAS), ambos editados em 2013, trazendo as recomendações no manejo dessas importantes patologias. Procuraremos junto à gestão municipal que estes dois manuais estejam disponíveis não só na unidade, mas especialmente de posse de cada membro da equipe para que estes estudem este material, qualificando-se para atendimento dessa parcela importante da população.

Utilizaremos no programa, as “carteirinhas do hipertenso e diabético”, como forma desses pacientes se identificarem com o programa. Também se acredita que esse instrumento facilitará a identificação dos pacientes e o processo de retirada de medicamentos. Nesse sentido se solicitará à gestão, a disposição de maior número de carteirinhas, substituindo as antigas e oferecendo-as aos pacientes que ainda não as possuem.

Também será utilizado protocolo de registros que será arquivado em local específico, que permitirá acesso a todos os profissionais da unidade, com todas as informações referentes ao programa, sendo que cada paciente do programa será registrado com seu número de prontuário, permitindo correlação entre seu prontuário clínico geral da unidade e seu registro no programa. Será utilizada pela equipe de saúde, uma ficha-espelho, contendo todas as informações necessárias para acompanhamento desses pacientes, possuindo desde dados de identificação, até informações pormenorizadas sobre resultados de exames clínicos e complementares executados. Esses instrumentos serão impressos na própria unidade de acordo com a necessidade, e o modelo salvo em arquivo de computador para novas impressões, ajustes ou para ser complementado. Esta forma de registro servirá como base para o monitoramento regular de toda a ação. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (anexo 3).

Para organizar o registro específico do programa, em primeiro lugar será atualizado o cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos das áreas foco de atuação da intervenção. De posse dos nomes destes pacientes, será elaborada ficha cadastral inicial no programa, com os dados de identificação, sendo essa ficha completada na ocasião da consulta, que será agendada previamente.

As consultas da ação programática terão um turno específico para atendimento e também se desenvolverão nos demais dias de atendimento clínico, com tempo adequado para a consulta, para realização de exame clínico apropriado e realização da estratificação de risco cardiovascular. Localizaremos os prontuários de cada paciente do programa, por ocasião das consultas, e as informações disponíveis serão transcritas para o formulário específico da ação, contendo nesse formulário o número do prontuário geral da unidade já registrado.

Também aproveitaremos o momento de consulta para ações de promoção a saúde, informações sobre o programa e motivação desse usuário para adesão, convidando-a a participar das atividades em grupo e solicitando que também seja disseminador do programa na comunidade. As ações em nível individual, de consultório, serão de responsabilidade do profissional executor do procedimento.

Quanto às ações relativas ao engajamento social, a logística contempla oferecer informações e orientações nas mais diversas oportunidades. As orientações serão dadas em nível individual durante as consultas, com maior detalhamento de

acordo com cada paciente. Durante as reuniões de grupo, espera-se manter uma cultura de promoção à saúde, orientando a população sobre bons hábitos de vida, informando a comunidade sobre o programa de atenção a HAS e ao DM e sobre demais orientações pertinentes. Serão confeccionados cartazes na unidade dando informações sobre o programa e ocorrerá capacitação dos ACS para também prestar informações condizentes. Realizaremos reuniões de grupo a cada duas semanas, mantendo foco em todos os seis objetivos pactuados para a intervenção: orientações e informações sobre o programa e sobre as patologias em questão; sobre a necessidade de exame físico criterioso e da necessidade de exames complementares periódicos; sobre a importância das consultas na periodicidade recomendada; sobre a importância dos registros; sobre a importância do controle adequado de fatores de risco modificáveis e sobre estratégias de promoção a saúde.

As ações informativas na unidade serão responsabilidade de toda equipe, assim como as ações em reuniões de grupo. As reuniões de grupo seguirão um cronograma datado com a responsabilização de cada profissional previamente estabelecida.

Nas reuniões de grupo e em outras oportunidades procuraremos esclarecer e sensibilizar a comunidade sobre a atenção prioritária desta ação. Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes e líderes da comunidade, apresentando o projeto e esclarecendo a importância da realização de acompanhamento regular. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação dos pacientes faltosos e sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

O acolhimento dos pacientes da ação programática será realizado pela equipe de enfermagem, e de acordo com a demanda do usuário este será encaminhado à consulta médica no mesmo dia ou terá agendamento de sua consulta. Pacientes com problemas agudos terão seus sinais vitais aferidos e encaminhados para avaliação médica. Pacientes assintomáticos e sem demanda de urgência serão agendados para posterior avaliação conforme agenda específica da ação, dentro do período de uma semana. Todos os pacientes do programa serão instruídos quanto à necessidade de nova consulta sendo agendados conforme o protocolo de acompanhamento da patologia em questão, saindo de sua consulta regular com a próxima já agendada.

Quanto à capacitação da equipe e dos ACS, as ações previstas serão realizadas preferencialmente no horário das reuniões de equipe, já instituídas, reservando as duas últimas horas do expediente para as capacitações. A análise situacional e a definição da intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico e o protocolo que será adotado pela unidade, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção. Quanto aos ACS a capacitação inicialmente versará sobre cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Para monitoramento do programa, semanalmente, serão examinados os formulários dos pacientes, identificando aqueles com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os pacientes em atraso ou faltantes. Ao fazer a busca, aproveitaremos a oportunidade para agendar o paciente para um horário de sua conveniência.

Quanto aos materiais necessários para realização da intervenção, buscaremos apoio da gestão municipal para que esses estejam disponíveis. Necessitaremos de folhas de ofício, material de escritório e para impressão e também de equipamentos como esfigmonômetros calibrados, aparelhos de aferição de glicemia capilar, fitas métricas e de balanças para aferição de peso e altura.

2.4. Cronograma

Atividades/Ações → Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cadastramento de pacientes portadores de HAS/DM da área de abrangência.	X	X										
Implantação de registro específico de acompanhamento.	X											
Treinamento da equipe para registro de acompanhamento.	X	X										
Estabelecimento das atribuições dos profissionais na ação.	X	X										
Atendimento clínico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais sobre o protocolo de HAS/DM.	X	X										
Capacitação dos profissionais sobre exame físico e solicitação de exames complementares.			X	X	X							
Capacitação da equipe no controle de fatores de risco.						X	X	X				
Atualização do profissional no tratamento de HAS/DM.									X	X		
Capacitação dos profissionais no tratamento do tabagismo.											X	X
Capacitação dos ACS para realização de cadastramento de pacientes com HAS/DM.	X	X										
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa.			X	X								
Treinamento dos ACS para orientações a pacientes.					X	X						
Busca ativa à portadores de HAS/DM faltosos pelas ACS.					X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares pela equipe à pacientes prioritários.						X			X			X
Atividades de Grupo HAS/DM.		X		X		X		X		X		X
Monitoramento da intervenção.				X				X				X

3. Relatório da Intervenção

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

O início do processo de instalação do projeto de intervenção em HAS e DM na UBS Wilson Paulo Noal em Santa Maria- RS, realizado de 8 de agosto a 30 de outubro de 2014, totalizando 12 semanas, apresentou as peculiaridades inerentes às novidades impostas pelas atividades da ação programática. O cronograma já na primeira semana de intervenção propôs diversas ações o que contribuiu para um início um pouco conturbado. Contudo, as alterações nas rotinas de trabalho devidas à instalação da intervenção foram aos poucos absorvidas.

Os profissionais da unidade que estavam acostumados com o processo de trabalho tradicional necessitaram de um período de adaptação, o que proporcionou algumas dificuldades decorrentes desta transição. Por vezes houve a consideração de que estava ocorrendo um aumento do trabalho, o que de certo modo era verdade. Mas por outro lado, observou-se que a qualidade da atenção oferecida ao usuário era sensivelmente melhor e que o processo de trabalho estava tornando-se mais integral, embora os benefícios de uma ação programática bem conduzida só possam ser notados a médio ou longo prazo.

Modificações no rumo da ação programática e nos papéis desenvolvidos por cada profissional foram realizadas também no dia-a-dia de trabalho, o que retirou uma parcela de tempo dos atendimentos clínicos de outras demandas da unidade, pelo menos no início das atividades. Tudo isso fazendo parte da adaptação do serviço à nova logística de trabalho. Paulatinamente, as ações do projeto de intervenção foram sendo incorporadas à rotina da unidade, realizando os devidos ajustes e aprimoramentos. Aos poucos, ficou evidente para a coordenação da UBS, assim como para a todos os profissionais que lá trabalham, a importância de embasar o processo de APS da unidade em ações programáticas. A intervenção tem demonstrado a qualidade do serviço inerente a uma ação programática bem conduzida, servindo também de exemplo para considerações sobre as demais ações programáticas existentes na unidade.

Algumas ações do projeto, como o cadastramento de pacientes portadores de HAS/DM da área de abrangência já vinham ocorrendo mesmo antes do início do

cronograma e foram finalizadas durante as duas primeiras semanas. Nesta ação constatou-se uma possível subnotificação do número de pacientes portadores de HAS/DM provenientes do cadastro realizado pelos ACS, especialmente no que tange ao DM. Durante a primeira etapa de capacitações dos ACS, a realização do cadastramento de pacientes com HAS/DM e as falhas neste cadastro foram os temas abordados, no intuito de que pudessem ser sanadas com brevidade. O cadastramento de pacientes portadores de HAS/DM da área de abrangência foi então finalizado com êxito já na segunda semana de atividades.

As atribuições dos profissionais na ação programática, que estava acordada antes mesmo do início da intervenção, foram ratificadas já na primeira semana de atividades, definindo responsabilidades e tarefas de cada um. Na segunda semana foram necessárias apenas adaptações, que alteraram um pouco a formatação do atendimento no intuito de melhorar o serviço oferecido.

Os atendimentos clínicos realizados durante todo o período do projeto, desde o primeiro dia, foram realizados conforme o protocolo de atenção à portadores de HAS/DM, baseado nos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

As tarefas cotidianas que fazem parte do atendimento clínico a estes pacientes foram integradas à rotina de trabalho da unidade, habitualmente nos cinco turnos de atendimento ambulatorial da equipe. Outros três turnos são reservados para visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de grupo. Em torno de 3 a 4 pacientes da ação programática eram habitualmente atendidos durante estes períodos de trabalho, sendo todas as consultas registradas adequadamente.

Ainda quanto ao atendimento clínico também houve necessidade de algumas readaptações. Ocorreu implantação do registro específico de acompanhamento, o que demandou um pequeno acréscimo de tempo às consultas, mas como o registro regular das consultas já vinha ocorrendo em prontuário geral da unidade, esse fator não alterou tanto o andamento dos trabalhos. As fichas-espelho que foram utilizadas na intervenção eram arquivadas por ordem alfabética e nelas é anexado o número do prontuário geral do paciente na unidade, de modo que a correlação entre ambos os registros pudesse ser realizada sem maiores dificuldades.

Nas primeiras semanas, durante a reunião semanal da equipe, também houve apresentação formal da ficha-espelho e treinamento da equipe para registro adequado do acompanhamento. A adesão do novo instrumento de registro ocorreu sem maiores dificuldades, exceto por falta da plena aceitação em um primeiro

momento. Entretanto com o decorrer da intervenção a aceitação ao instrumento foi ocorrendo de forma natural e constatou-se que os registros ajudavam no seguimento da ação, aumentando a produtividade e qualidade do trabalho prestado.

As capacitações, tanto de profissionais como de ACS ocorreram durante o período final das reuniões de equipe, já instituída em turno específico da semana. Essas atividades de capacitação também ocorreram de forma rotineira e durante toda a intervenção, em cada semana, com diferentes assuntos abordados relativos à intervenção, tendo sido momentos realmente produtivos.

Verificou-se, entretanto, que o tempo disponível para as capacitações era insuficiente. Mas apesar disso, como a realização semanal é habitual, o processo de educação continuada permite aquisição de conhecimentos progressivamente. Todas as ações de capacitação têm sido extremamente valiosas, com troca de experiências e acréscimo técnico, o que tem mantido a equipe motivada no que concerne à intervenção. Além do mais, as capacitações são muitas vezes, o único momento que determinados profissionais disponibilizam para a prática de estudos.

Assuntos abordados na capacitação dos profissionais foram desde a capacitação destes sobre o protocolo de HAS/DM até assuntos mais específicos como atualizações em tratamento de HAS/DM e de tratamento antitabagismo. As capacitações não eram prolongadas e nelas, geralmente abordavam-se temas pontuais para não ocorrer excesso de informações em um único encontro. O grande número de capacitações e da necessária obtenção de conhecimento dos assuntos pertinentes a ação também foi um problema a ser contornado, já que o tempo foi escasso para isto, não sendo suficiente apenas o turno da reunião de equipe.

Os pacientes em geral mostraram-se satisfeitos e incluídos no programa. Tem sido motivador a adesão e a aceitação da população atendida na ação programática. Apesar de alguns estranharem o fato de a primeira consulta ser demorada e a quantidade de informações registradas na mesma, a maioria tem apreciado a atenção recebida e a agradecem.

Os pacientes consideravam-se privilegiados por receber atenção integral e cuidadosa. Com o cuidado meticuloso sobre todos os aspectos que envolvem tratamento, mudanças de hábitos de vida e rastreamento de complicações ficou evidente para os pacientes a atenção dos profissionais para com eles, o que implica na maioria das vezes, em satisfação desses usuários. Com isso ocorre valorização

do trabalho prestado e conseqüente permanência da mobilização para continuar os trabalhos da ação programática.

O problema de disponibilização de tempo para atendimentos teve de ser equacionado com a marcação de um determinado número de consultas da ação em HAS/DM, que não ultrapasse um limiar de tempo que pudesse prejudicar as demais atividades da unidade. Continuou-se a registrando adequadamente todas as consultas, realizando-as de forma integral e cuidadosa.

Ainda quanto ao atendimento clínico, no que se refere à qualidade do serviço prestado, a grande dificuldade foi a demora para recebimento dos exames propedêuticos complementares solicitados, o que resultou em queda nesse indicador de qualidade e também na inexecutabilidade da avaliação de risco cardiovascular pela escala de Framingham nos pacientes sem exames. Quanto à avaliação de risco, este problema não é tão importante, pois como esta deve ser realizada anualmente, permite margem de tempo para que ainda ocorra nos próximos meses.

Os motivos para a não realização de exames propedêuticos complementares em tempo adequado são vários, entre eles: a demora na marcação e na disponibilidade suficiente de eletrocardiogramas, a não realização de exames complementares pelos pacientes apesar da adequada orientação e solicitação; o não comparecimento a consulta de retorno para avaliação de tais exames, entre outros que fogem da governabilidade da equipe.

Ainda quanto a metas de qualidade, a referente à prescrição de medicamentos exclusivamente oriundos da farmácia popular ou hiperdia também não foi alcançada em absoluto. O principal motivo foi o fato de alguns pacientes já serem usuários de medicamentos não contemplados nesses programas, e por já estarem adaptados e com suas patologias controladas. Muitos desses pacientes, senão a totalidade havia sido avaliada por médicos assistentes particulares ou especialistas em algum momento. Quanto às demais metas de qualidade, conseguimos alcançar 100%, configurando um atendimento de alta qualidade.

Também ocorreram visitas domiciliares pela equipe à pacientes prioritários, considerados como vulneráveis, menos aderentes ou com doenças menos controladas. Esses pacientes foram levantados através destes critérios pré-definidos com a equipe e através do contato das respectivas agentes comunitárias de saúde com os pacientes visitados.

Nestas visitas houve o contato íntimo da equipe com a realidade que cerca esses pacientes, muitas vezes insalubres e com grande dificuldade socioeconômica, o que permitiu adentrar em aspectos peculiares de cada família e também entender com maior clareza os motivos do não acompanhamento regular na unidade de saúde, sendo na maioria das vezes, os problemas sociais múltiplos (pobreza, baixo nível educacional, baixo nível de moradia, muitas pessoas morando em uma mesma casa, entre outros) os fatores determinantes.

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

Um dos pontos fracos da intervenção consistiu nas atividades preventivas de grupo para portadores de HAS/DM. A razão desta constatação vem da baixa adesão dos usuários a este tipo de atividade. Algumas razões são conhecidas: alguns anos atrás o grupo de HAS/DM que existia era ligado a dispensação de medicações, prática atualmente não adotada; as práticas de prevenção nunca foram o foco de trabalho da unidade, entre outros motivos. As providências tomadas para aumento da participação dos usuários a esta atividade iniciaram-se a partir da reunião de equipe sobre o assunto. Entre as soluções apontadas estavam: maior divulgação do encontro através das ACS, seja na própria unidade ou nos contatos diretos com cada um dos usuários que visitam a unidade; apresentar palestras mais dinâmicas, curtas e com apresentação em retroprojetor; tentar envolver os participantes com estratégias lúdicas; e proporcionar aferições de pressão arterial e hemoglicoteste por ocasião dos encontros.

Portanto, uma das únicas atividades não realizada conforme previsto no cronograma foram estas reuniões de grupo, no que se refere à periodicidade, pois a equipe decidiu em conjunto que a periodicidade quinzenal não era adequada. Em reunião de equipe após debate sobre a referida atividade, acordou-se que esta fosse realizada mensalmente. A idéia era promover melhor os encontros e estender o convite para toda a comunidade na tentativa de alcançar maior número de participantes. O baixo número de participantes em cada reunião vinha desmotivando a equipe quanto ao preparo da atividade.

As ações coletivas com foco em prevenção para pacientes com HAS/DM foram realizadas quinzenalmente nas quatro primeiras ocasiões. Essas reuniões eram amplamente divulgadas na unidade e também pelas ACS. Se levado em

consideração o tamanho da UBS, o número de participantes foi sempre desanimador. Entretanto não se esperava realmente uma participação maciça nos primeiros encontros, já que a unidade há anos não contava com grupo coletivo de doenças crônicas. A ação de grupo foi instituída sem práticas restritivas ou recompensas pela participação, como entrega de medicamentos ou outros benefícios. Com isso a adesão realmente não ocorreu da forma como se esperava.

Outra ação prevista no cronograma do projeto que não foi realizada da forma planejada, trata-se da busca ativa à portadores de HAS/DM faltosos. O motivo é o de que o programa ainda é recente e, portanto, não há pacientes faltosos as consultas regulares. O que ocorre, são pacientes que ainda não aderiram ao programa, e neste contexto as ACS foram orientadas a convidar todos os pacientes portadores de HAS/DM a comparecerem a unidade para que sejam atendidos conforme o protocolo vigente na unidade.

Também não há como fazer avaliação dos indicadores quanto à busca ativa de faltantes, já que a ação programática está completando apenas o terceiro mês de execução e a rotina de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos em geral é realizada a cada três ou seis meses, portanto, por definição ainda não há pacientes com consultas em atraso. Dessa forma, a busca ativa a pacientes faltosos às consultas de rotina deve começar a partir do quarto mês de intervenção.

Devido a isso adaptamos essa atividade, fazendo busca ativa aos pacientes portadores de HAS/DM que ainda não fazem o devido acompanhamento e que não estão cadastrados no programa. A atividade concentrou-se nesses pacientes, principalmente naqueles considerados mais vulneráveis, com maior tempo de afastamento da unidade e naqueles com doenças mais descompensadas.

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

Não houve grandes dificuldades no registro dos atendimentos, na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. Obviamente foi necessária uma readaptação do serviço para adequada realização dessa tarefa e por vezes esta demandou oferta de tempo e trabalho árduo.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra:

Parece haver plena incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, principalmente no que tange a qualidade do atendimento que tem sido oferecido, o que traz gratificação pessoal e certeza de um trabalho bem realizado. Apesar do apoio da equipe e da motivação desta, a liderança de todo o programa em seu período inicial manteve-se concentrado na figura do especializando. Entretanto, a necessidade de descentralização da intervenção foi diagnosticada e aos poucos realizada. Nas reuniões também foi enfatizado a importância da intervenção e da continuidade desta, independente dos profissionais que estejam trabalhando na unidade. Foi enfatizada a necessidade de institucionalização da intervenção na rotina de trabalho da unidade, responsabilizando toda a equipe pela mesma.

A coordenação da unidade tem notado que o trabalho realizado é embasado na qualidade e os trabalhadores acostumaram-se com a nova rotina, e pouco a pouco também têm tomado posse da intervenção como sua, e não apenas como do médico ou da instituição orientadora. Nas reuniões de equipe e em todos os contatos com usuários ou com trabalhadores da unidade tem-se enfatizado a importância de que o processo de trabalho na atenção primária a saúde seja baseado nas ações programáticas orientadas pelo Ministério da Saúde.

De forma geral acredito no sucesso da ação programática em longo prazo e também em sua continuidade, pois o trabalho que vem sendo realizado tem beneficiado os usuários do programa e tem sido incorporada à rotina de serviço da unidade.

Os três principais objetivos foram alcançados e foram motivo de orgulho para toda a equipe. Conseguimos incorporar a intervenção na rotina de trabalho da unidade; mantivemos a qualidade dos atendimentos realizando os devidos registros; e por fim, alcançamos a meta proposta para a cobertura da ação programática, até mesmo superando-a. Como ocorreu adoção da ação programática ao dia-a-dia da unidade e as novas adesões continuam se mantendo, podemos considerar que com mais alguns meses de continuidade da ação programática alcançaremos uma cobertura próxima a 80 ou 90%.

Concluindo, avalio como positivo todo o trabalho realizado até o momento, pois agregou qualidade ao serviço, têm capacitado melhor os profissionais de saúde e trouxe benefício aos usuários aderentes. Fazendo o balanço da intervenção em relação ao que foi previsto no projeto considero que este tem sido igualmente positivo e executado em sua quase totalidade de acordo com o cronograma.

O programa vigente também tem servido de exemplo para novos processos de trabalho na unidade o que estende o benefício para os demais usuários da unidade e para melhoria da qualidade do serviço prestado à população adscrita.

Instalou-se assim na unidade, através da intervenção, um ciclo virtuoso que consiste em bom atendimento – satisfação do usuário – melhores resultados – satisfação do profissional executor e assim por diante. A intervenção, numa análise global, tem sido extremamente valiosa, tem encontrado respaldo da coordenação da UBS e recebido ampla adesão pelos usuários que mostram satisfação pelo serviço recebido.

4. Avaliação da Intervenção

4.1. Resultados de Metas e Indicadores

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

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

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

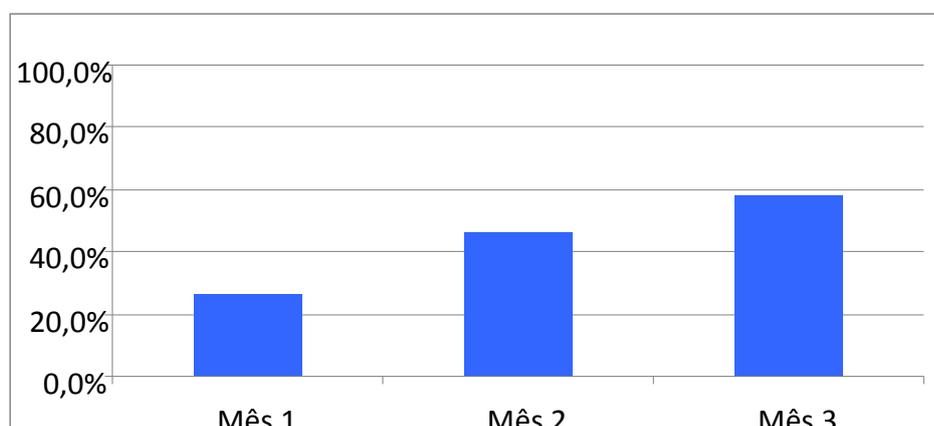


Figura 1 - Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Este indicador ultrapassou a meta inicial proposta que era de 50% de cobertura pelo programa à população-alvo. O percentual de cobertura do programa de atenção à portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica foi evoluindo de acordo com os meses de intervenção, alcançando 26,5% ao final do primeiro mês com um total de 61 pessoas acompanhadas, 46,1% ao final do segundo mês com 106 pessoas e ao final de 12 semanas de intervenção chegamos ao percentual de cobertura de 57,8% com 133 pessoas participantes do programa. O total de hipertensos (população-alvo) da área de adscrição da equipe é estimado em 230 pessoas. O programa de atenção aos hipertensos está completamente implementado e ocorre tendência perceptível de acréscimo nessa cobertura com o

decorrer da ação programática, determinando um correto acompanhamento e assim proporcionando um serviço melhor qualidade à esta parcela da população.

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 Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

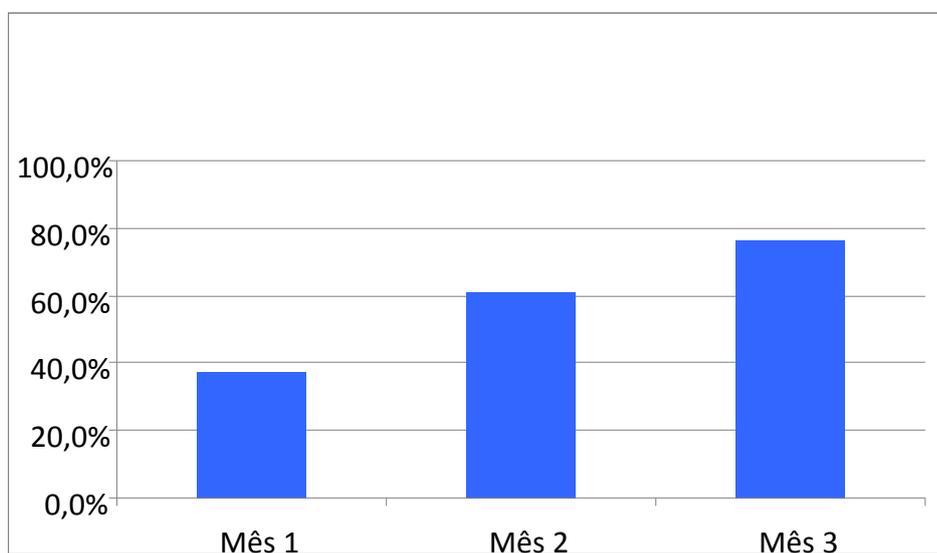


Figura 2 - Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Este indicador ultrapassou a meta inicial proposta que era de 50% de cobertura pelo programa à população-alvo. O percentual de cobertura do programa de atenção a portadores de Diabetes Mellitus foi evoluindo de acordo com os meses de intervenção, alcançando 37,5% ao final do primeiro mês com um total de 27 pessoas acompanhadas, 61,1% ao final do segundo mês com um total de 44 pessoas e ao final de 12 semanas de intervenção chegamos ao percentual de cobertura de 76,4% com 55 pessoas participantes do programa. O total de diabéticos (população-alvo) da área de adscrição da equipe chega ao número de 72 pessoas. O programa de atenção aos diabéticos está completamente implementado e ocorre tendência perceptível de melhorar essa cobertura mês a mês,

determinando um correto acompanhamento e assim proporcionando um serviço melhor qualidade à esta parcela da população.

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.

Todos os hipertensos acompanhados pelo programa, número este de 133 pessoas, estão com seu exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida, mantendo-se em 100% nos três meses da intervenção.

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.

Todos os diabéticos acompanhados pelo programa, número este de 55 pessoas, estão com seu exame clínico em dia de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida, mantendo-se em 100% nos três meses da intervenção.

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

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia.

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

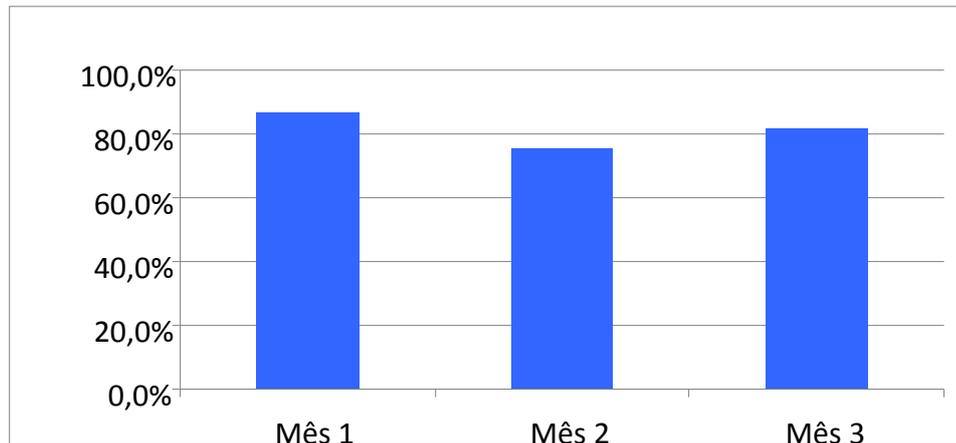


Figura 3 - Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Para este indicador de qualidade do serviço prestado aos pacientes hipertensos a meta planejada era de que 100% dos pacientes estivessem com os exames complementares em dia. Entretanto, esta meta não pode ser atingida. Ao final do primeiro mês 86,9% dos participantes do programa (53 pessoas) estavam com os exames complementares em dia, passando para 75,5% (80 pessoas) no segundo mês e ao término de 12 semanas de intervenção este indicador chegou ao percentual de 82% com 109 dos 133 pacientes acompanhados com seus exames complementares em dia.

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

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia.

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

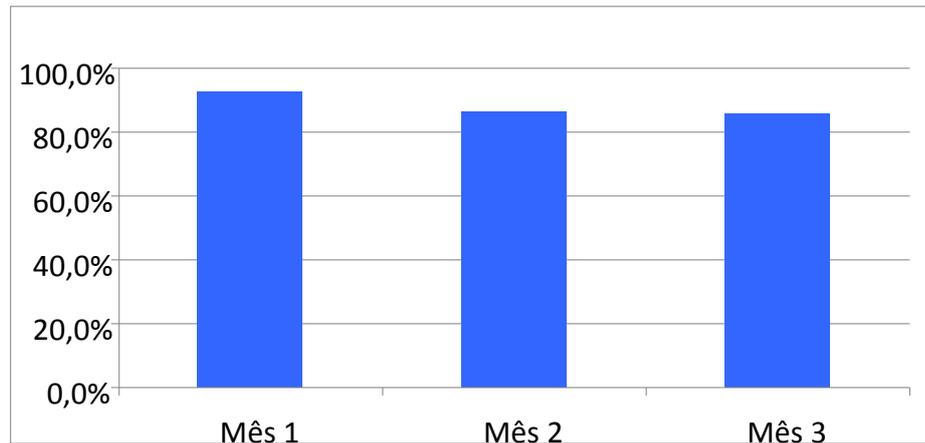


Figura 4 - Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Para este indicador de qualidade do serviço prestado aos pacientes diabéticos a meta planejada era que 100% dos pacientes estivessem com os exames complementares em dia. Entretanto, esta meta não pode ser atingida. Ao final do primeiro mês 92,6% dos participantes do programa (25 pessoas) estavam com os exames complementares em dia, passando para 86,4% (38 pessoas) no segundo mês e ao término de 12 semanas de intervenção este indicador chegou ao percentual de 85,5% com 47 dos 55 pacientes acompanhados com seus exames complementares em dia.

Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou Hiperdia priorizada:

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

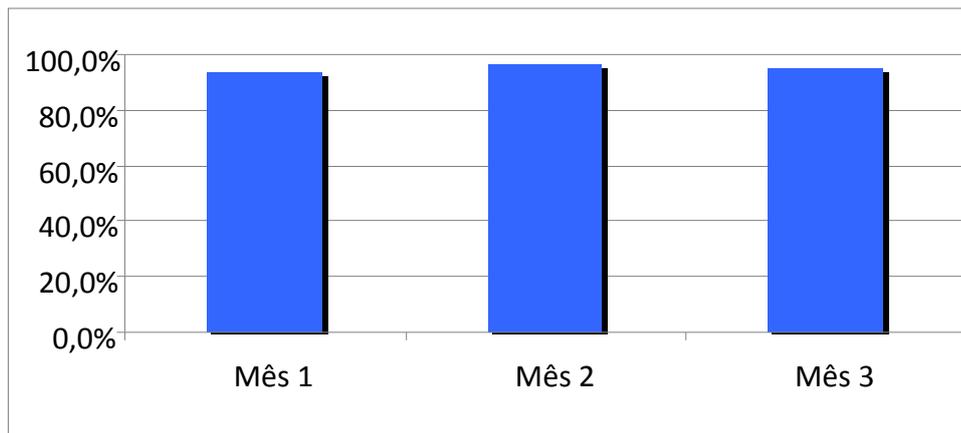


Figura 5 - Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Para este indicador de qualidade do serviço prestado aos pacientes hipertensos a meta era alcançar 100% dos pacientes com a prescrição de medicamentos proveniente dos programas farmácia popular ou hiperdia. Entretanto esta meta também não pode ser atingida embora tenha ficado muito próxima a 100%. Ao final do primeiro mês 93,4% dos participantes do programa (57 pessoas) estavam com a prescrição de medicamentos oriundos destes programas, passando para 96,2% (102 pessoas) no segundo mês e ao término de 12 semanas de intervenção este indicador chegou ao percentual de 94,7% com 126 dos 133 pacientes acompanhados com seus medicamentos provenientes dos programas do Ministério da Saúde.

Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou Hiperdia priorizada:

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

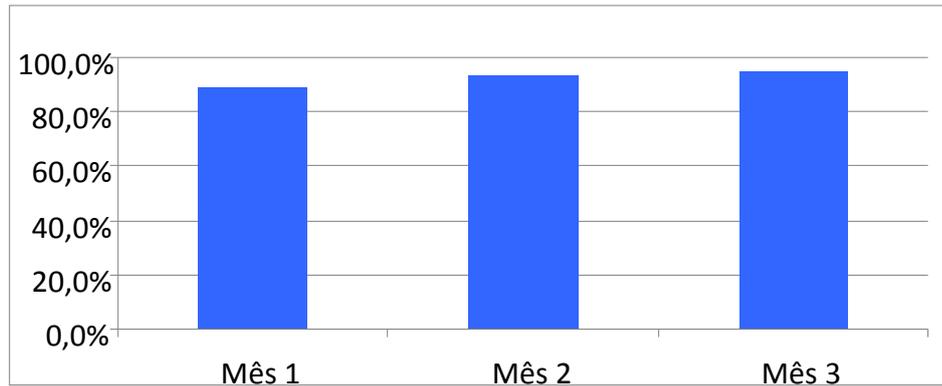


Figura 6 - Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Para este indicador de qualidade do serviço prestado aos pacientes diabéticos a meta era alcançar 100% dos pacientes com a prescrição de medicamentos proveniente dos programas farmácia popular ou hiperdia. Entretanto esta meta também não pode ser atingida embora tenha ficado muito próxima a 100%. Ao final do primeiro mês 88,9% dos participantes do programa (24 pessoas) estavam com a prescrição de medicamentos oriundos destes programas, passando para 93,2% (41 pessoas) no segundo mês e ao término de 12 semanas de intervenção este indicador chegou ao percentual de 94,5% com 52 dos 55 pacientes acompanhados com seus medicamentos provenientes dos programas do Ministério da Saúde.

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.

Todos os hipertensos acompanhados pelo programa, número este de 133 pessoas estão com seus registros de acompanhamento no programa de hipertensos realizados de forma completa e adequada, de acordo com a ficha de acompanhamento instituída na unidade. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida e manteve-se em 100% durante os três meses de intervenção.

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

Todos os diabéticos acompanhados pelo programa, número este de 55 pessoas estão com seus registros de acompanhamento no programa de diabéticos realizados de forma completa e adequada, de acordo com a ficha de acompanhamento instituída na unidade. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida e manteve-se em 100% durante os três meses de intervenção.

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.

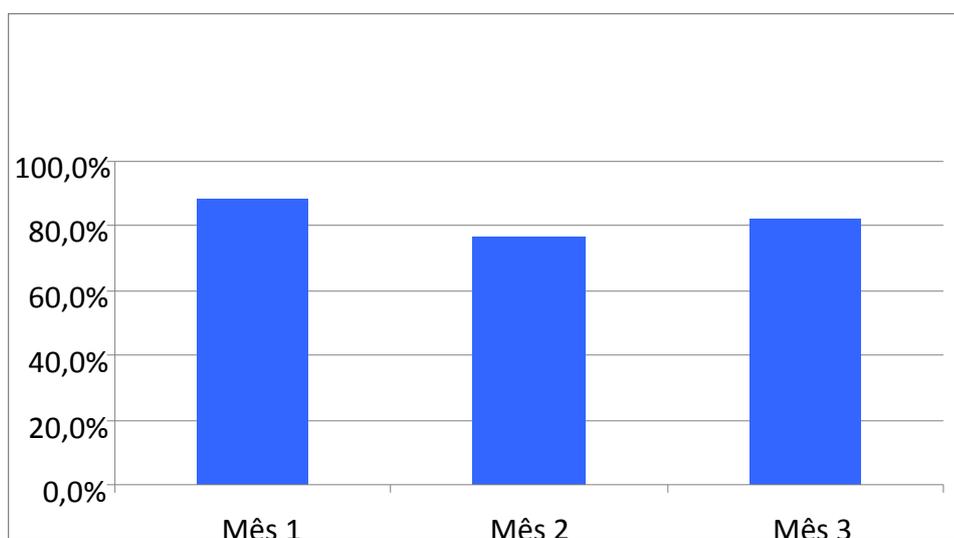


Figura 7 - Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Este indicador acompanhou paralelamente o indicador relativo aos exames complementares, pois para realização da estratificação eram necessários tais exames. A meta de qualidade proposta era de 100%, porém apesar de não atingida neste primeiro momento, como esta estratificação deve ser realizada anualmente, com o decorrer deste período acredita-se em melhora progressiva deste indicador. No primeiro mês o percentual de pacientes hipertensos com estratificação de risco em dia era de 88,5% totalizando 54 pacientes. No segundo mês este indicador chegou a 76,4% com 81 pacientes estratificados, e ao término de 12 semanas o percentual se estabeleceu em 82%, com 109 dos 133 pacientes acompanhados no programa de hipertensos com sua estratificação de risco cardiovascular realizada.

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.

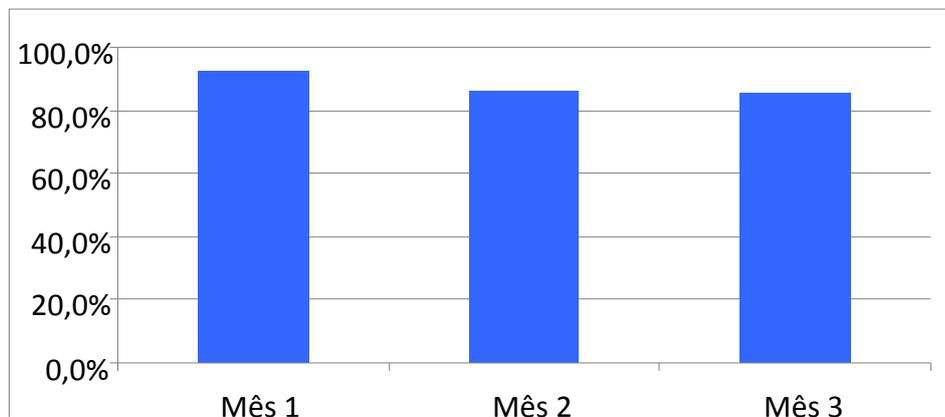


Figura 8 - Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia. UBS Wilson Paulo Noal. Santa Maria, RS, 2014.

Este indicador acompanhou paralelamente o indicador relativo aos exames complementares, pois para realização da estratificação eram necessários tais exames. A meta de qualidade proposta era de 100%, porém apesar de não atingida neste primeiro momento, como esta estratificação deve ser realizada anualmente, com o decorrer deste período acredita-se em melhora progressiva deste indicador. No primeiro mês o percentual de pacientes diabéticos com a estratificação de risco

em dia era de 92,6% totalizando 25 pacientes. No segundo mês este indicador chegou a 86,4% com 38 pacientes estratificados, e ao término de 12 semanas o percentual se estabeleceu em 85,5% com 47 dos 55 pacientes acompanhados no programa de diabéticos com sua estratificação de risco cardiovascular realizada.

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.

Todos os hipertensos acompanhados pelo programa, número este de 133 pessoas, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os contatos com a equipe da unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida, mantendo-se nesse patamar durante os três meses de intervenção.

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.

Todos os diabéticos acompanhados pelo programa, número este de 55 pessoas receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os contatos com a equipe da unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida, mantendo-se nesse patamar durante os três meses de intervenção.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os hipertensos acompanhados pelo programa, número este de 133 pessoas, receberam orientação sobre prática de atividade física regular durante os contatos com a equipe da unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida e manteve-se em 100% durante os três meses de intervenção.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os diabéticos acompanhados pelo programa, número este de 55 pessoas, receberam orientação sobre prática de atividade física regular durante os contatos com a equipe da unidade de saúde. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida e manteve-se em 100% durante os três meses de intervenção.

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.

Todos os hipertensos acompanhados pelo programa, número este de 133 pessoas, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo durante os contatos com os profissionais de saúde da unidade. Assim a meta para este indicador de qualidade que era de 100% foi atingida e durante os três meses de intervenção manteve-se neste percentual.

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.

Todos os diabéticos acompanhados pelo programa, número este de 55 pessoas, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo durante os contatos com os profissionais de saúde da unidade. Assim a meta para este indicador de

qualidade que era de 100% foi atingida e durante os três meses de intervenção manteve-se neste percentual.

4.2. Discussão

A intervenção na ação programática de atenção à portadores de HAS e DM na UBS Wilson Paulo Noal em Santa Maria-RS, propiciou a ampliação da cobertura de forma determinante. A cobertura que era nula alcançou em apenas três meses de execução, a maioria da população-alvo. Ocorreu melhor acompanhamento destes pacientes com corretos registros dos atendimentos.

Ocorreu qualificação da atenção a essa parcela da população, pois orientações pormenorizadas eram disponibilizadas à esses pacientes, classificação de risco cardiovascular era executada e consultas detalhadas com as devidas solicitações de exames complementares eram realizadas. O protocolo de atendimento foi baseado nas recomendações do Ministério da Saúde.

A equipe da unidade de saúde passou por capacitações semanais, em grupo de estudos após as reuniões de equipe. A equipe capacitou-se sobre as patologias que envolviam os cuidados dos pacientes da população-alvo e sobre as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Estas atividades proporcionaram momentos de estudos para a equipe e mantiveram esta motivada quanto à execução do trabalho. Aos poucos ocorreu uma perceptível mudança de postura dos profissionais quanto ao projeto, deixando a resistência inicial de lado e tomando posteriormente iniciativa e cooperação para a seqüência do trabalho, tornando-o mais agradável e factível.

Ocorreu marcante reestruturação do serviço a partir do momento em que a intervenção foi instalada. A integração entre a equipe foi intensificando-se no dia-a-dia de trabalho, tendo cada profissional atribuições bem definidas. Como aspecto importante convém relatar que o exemplo da intervenção foi observado pelo serviço, e que as demais ações programáticas relacionadas à atenção básica começaram a passar também por um processo de remodelamento, procurando melhorar a cobertura e a qualidade do serviço prestado à população adscrita.

Outros aspectos melhorados foram o acolhimento, o agendamento e principalmente o registro sistemático de todos os atendimentos realizados na

unidade. Nos atendimentos foram proporcionadas além de escuta qualificada, a realização de exame clínico apropriado, solicitação dos exames pertinentes e realização de estratificação de risco cardiovascular.

O impacto da intervenção, pelo menos ao que tange a população alvo foi percebido logo no início da execução do projeto. Os pacientes passaram a receber um atendimento integral e de maior qualidade. Logo manifestações de gratidão puderam ser recebidas, demonstrando a satisfação dos usuários atendidos pela ação programática. Espera-se que aos poucos esses benefícios possam ser estendidos para o restante da comunidade através de outras ações programáticas que possam ser instaladas na unidade conforme as recomendações do MS.

Provavelmente se a intervenção estivesse iniciando hoje ocorreria um melhor planejamento no que envolve as capacitações da equipe, pois o tempo para estas não foi apropriado. Entretanto como se pretende dar continuidade a esta atividade, aos poucos todos os assuntos pertinentes poderão ser abordados. A articulação com a comunidade também deixou a desejar, fato comprovado pela baixa adesão desta às atividades preventivas.

Ainda analisaria e modificaria um pouco a ficha de informações clínicas acrescentando aspectos importantes no acompanhamento desta parcela da população. A intervenção foi tomando corpo ao longo das 12 semanas e sendo readaptada aos poucos, superando as dificuldades encontradas. A ficha de acompanhamento dos pacientes já foi revisada e nela agora constam mais informações clínicas. Já se iniciou o processo de busca ativa a pacientes com consultas ou exames em atraso para que se mantenha um correto acompanhamento.

A intervenção está plenamente incorporada à rotina do serviço, tendo bom andamento, com cada profissional realizando as tarefas que lhes foram atribuídas. O desafio maior é manter o que está sendo realizado, no intuito de progredir na cobertura da ação programática. Neste aspecto a liderança exercida pelo especializando foi sendo descentralizada aos poucos, fazendo com que toda a equipe ficasse responsável pela ação programática, o que confere maior certeza da continuidade do projeto.

O serviço necessita de maior suporte em recursos humanos para progredir na qualidade da atenção básica prestada, pois ocorre déficit em todas as áreas, tanto de profissionais de saúde como de agentes comunitários. Ficaram claros os

benefícios da realização de uma ação programática bem conduzida tanto para a população como para o serviço. Os próximos passos são implementar paulatinamente as demais ações programáticas no serviço rotineiro da unidade, da forma recomendada pelo Ministério da Saúde.

4.3. Relatório da Intervenção para os Gestores

Meu nome é Filipe, sou médico do programa de valorização do profissional da atenção básica (PROVAB) do Ministério da Saúde e desenvolvo minhas atividades na UBS Wilson Paulo Noal. Também sou aluno do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas através de seu departamento de medicina social.

A equipe da UBS programou e colocou em prática um projeto de intervenção na ação programática em atenção à portadores de hipertensão e diabetes, com intuito de acrescentar qualidade ao serviço prestado aos usuários adscritos à unidade.

Todo esse projeto foi baseado na qualidade do atendimento e instalado conforme as recomendações da ação programática do Ministério da Saúde, transformando o atendimento à essa parcela da população de maneira marcante.

O acompanhamento desses pacientes passou a ser integral, com atendimento qualificado, com todos os registros anotados adequadamente. Os profissionais que prestam esse serviço receberam capacitações e realizaram estudos para que pudessem atender com esmero e melhor nível técnico esses usuários.

Ficou claro para a equipe que o atendimento baseado em uma ação programática bem conduzida traz benefícios à população que a recebe porque o acompanhamento é realizado com periodicidade adequada e com a correta solicitação de exames complementares necessários ao seguimento desses pacientes.

Também foi instalado um grupo de práticas preventivas que tem a função de difundir orientações importantes no seguimento destas doenças. Os pacientes receberam extensiva orientação quanto a hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada, prática de exercícios físicos regulares e orientações quanto aos malefícios do tabagismo.

Todo o projeto foi planejado cuidadosamente e aos poucos os pacientes foram aderindo ao programa. Chegamos ao final da décima segunda semana de atuação ao percentual de 76% de cobertura para diabéticos e a quase 60% de hipertensos, partindo do zero, o que demonstra a efetividade do programa.

Também melhoramos dados importantes, referentes à qualidade do serviço prestado, com 100% dos pacientes do programa recebendo orientações sobre saúde, exame físico completo e adequado registro na ficha de acompanhamento. Quanto ao percentual de pacientes com exames complementares em dia, chegamos ao valor de 85,5% dos diabéticos e 82% dos hipertensos, indicador esse que esperamos alcançar 100% com a ajuda da gestão na disponibilidade de tais exames em tempo apropriado.

A ação programática encontra-se atualmente incorporada a rotina do trabalho da unidade e os benefícios sobre a saúde desta população já podem ser notados nesse momento, embora tendam a ficar mais evidentes com o passar do tempo.

É necessário o apoio da gestão, para que o programa possa continuar a demonstrar seus resultados. Outras ações programáticas deverão ser implementadas, com o intuito de cada vez mais agregar qualidade ao serviço prestado, deixando claro que a atenção primária a saúde deve ser baseada em ações programáticas. Sabe-se que o início do processo de instalação desses programas demanda esforço e tempo para o trabalho ser bem realizado. Neste momento convém ressaltar a necessidade de maiores recursos humanos, pois os profissionais que trabalham na unidade apresentam sobrecarga de trabalhos. Há ainda a necessidade de redimensionar a área adscrita e acrescentar mais agentes comunitários de saúde ao material humano da unidade.

O respaldo da gestão municipal, com apoio incondicional a esta logística de trabalho é extremamente importante. Percebemos que o trabalho realizado até então é positivo e plenamente factível e apesar de estar apenas em seu processo inicial já demonstra que se trata do caminho correto a ser seguido.

4.4. Relatório da Intervenção para a Comunidade

Meu nome é Filipe, sou médico do programa de valorização do profissional da atenção básica (PROVAB) do Ministério da Saúde e aluno do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas através de

seu departamento de medicina social. Reporto-me neste momento à comunidade da área de adscrição da UBS Wilson Paulo Noal em Santa Maria-RS, na qual desenvolvo minhas atividades.

Como puderam perceber, a unidade tem passado por um processo de transição. Com todo o carinho, a equipe idealizou um projeto para que o atendimento à população pudesse ser melhorado. Em um primeiro momento, uma parcela da população, aquela composta por pessoas portadoras de hipertensão e diabetes foi a privilegiada.

Programamos um cronograma com diversas atividades, procurando melhorar todo o processo de atendimento desta parcela da população. Houve preocupação com a organização de todos os detalhes. As consultas foram pré-agendadas, o que facilitava o acesso às mesmas, realizando consultas bem completas, procurando saber de todos os pormenores que envolviam a saúde desses pacientes. Além do mais, exame físico completo era realizado e todas as informações colhidas eram devidamente registradas em uma ficha que também era anexada ao prontuário de cada paciente. Assim os pacientes do programa tinham três a quatro consultas por turno reservadas, recebendo portanto tratamento prioritário.

Em todas as oportunidades de contatos com os pacientes, procurou-se orientar sobre diversos aspectos, entre eles, a questão do uso correto das medicações, da necessidade de alimentar-se adequadamente, de realizar atividade física regular, e dos malefícios causados pelo cigarro.

Com o decorrer da intervenção angariamos um bom número de pacientes portadores de hipertensão e diabetes para acompanhá-los. De todos os hipertensos e diabéticos da área adscrita estamos nesse momento acompanhando bem mais da metade. Aos poucos pretendemos alcançar os demais pacientes portadores destas patologias.

Ocorreu desta forma, a instituição da ação programática de atenção à portadores de hipertensão e diabetes. Os benefícios deste correto acompanhamento poderão ser melhor constatados a médio prazo e temos certeza de que esta é a melhor forma de conduzir os cuidados de saúde da comunidade.

Começamos portanto, com a intervenção em hipertensão e diabetes e verificamos que o andamento foi bom, o que nos permite começar a planejar as demais ações programáticas que ainda não tem o funcionamento ideal. Com esta

experiência que deu certo pretendemos estender esses benefícios aos demais usuários da unidade através de outras ações programáticas.

A equipe concentrou-se em oferecer um serviço da melhor qualidade possível e também procurou estudar sobre estas doenças, melhorando sua capacidade técnica. Também tivemos a preocupação de solicitar todos os exames necessários para um correto acompanhamento e fizemos uma avaliação para saber o risco de doenças cardiovasculares de cada um destes pacientes.

Tentamos também oferecer um serviço diferenciado com objetivo de ensinar, aprender e conversar sobre estas doenças, em atividades de grupo. Apesar do número baixo de participantes, temos certeza de que aqueles que estiveram presentes aproveitaram bastante. Neste momento, cabe convidar mais pessoas para estas atividades que são preparadas pela equipe com muito carinho e preocupação. Também fica sempre o convite para aquelas pessoas que são portadores de hipertensão e/ou diabetes ou que conhecem amigos ou familiares que ainda não estejam acompanhando adequadamente suas patologias procurem a unidade ou um dos profissionais para regularizar esta situação. Também aproveitamos para enfatizar que todo elogio e sugestões são sempre muito bem-vindos.

Temos a certeza de que os pacientes que aderiram ao programa estão recebendo um atendimento de boa qualidade, que se preocupa com todos os aspectos da saúde destes pacientes. Esta maneira de cuidar dos pacientes é a mais correta, e sabemos que isso é extremamente positivo. A intervenção irá prosseguir e manteremos esse nível de atendimento, pois a intervenção está incorporada a rotina de trabalho da unidade.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Sinto que o curso excedeu minhas expectativas. Acredito ter avançado muito como profissional, pois o ganho de conhecimentos na área clínica assim como na área de medicina social foi imensurável. Também, agregaram-se novas experiências profissionais que acrescentam vivência na esfera pessoal.

Inicialmente, entendi que o curso estava me proporcionando uma gama de informações e conhecimentos nos quais ainda não havia tido a chance de me aprofundar, e essa oportunidade não podia ser desperdiçada, pois havia deficiências em áreas da atenção básica e saúde da família a sanar. Fazendo analogia com o modelo pedagógico do curso, essa foi minha análise situacional.

O plano de estudos estabelecido pelo curso (intervenção, ainda aproveitando a analogia) para aprimorar e solucionar as áreas falhas do conhecimento foi extremamente valioso e o processo de aprendizagem foi contínuo, permitindo acréscimo gradual de novas informações tanto por ocasião da realização das tarefas orientadas pelo curso (através dos estudos de prática clínica e da resolução dos casos clínicos) como na prática clínica diária na unidade básica de saúde (UBS).

O modelo de aprendizagem em trabalho, no contexto de profissional-estudante, utilizado no curso de especialização em saúde da família, permite maior fixação de novos conceitos, entretanto o tempo torna-se escasso e demanda grandes esforços do estudante para que nenhuma das áreas seja prejudicada.

Foi possível adquirir aprofundamento nas questões que envolvem diretrizes e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) e aprimorar minha capacidade técnica profissional para atendimento de usuários.

Através das revisões dos casos clínicos que abordaram temáticas inerentes a atenção básica assim como nos estudos prática clínica, foi possível estudar assuntos pertinentes à área clínica e assim acrescentar conhecimento técnico. Assim, diversas patologias e condutas foram abordadas, como em um processo de atualização, qualificando-me assim, em situações que envolvem a estratégia de saúde da família. Também durante a atuação na UBS pude agregar conhecimentos e experiências referentes às situações do dia-a-dia de trabalho. Assim, estudo teórico e trabalho prático eram realizados cotidianamente e paralelamente.

Na área da medicina social os ganhos foram ainda maiores. A experiência positiva de estudar mais a fundo as ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde foi enriquecedor. Também me sinto mais capacitado sobre questões que envolvem liderança de equipe, motivação e envolvimento desta. Ficou claro que é extremamente difícil, tecnicamente desafiador e mentalmente desgastante realizar uma atenção primária à saúde de qualidade.

O curso teve grande significado para minha prática profissional e também pessoalmente, pois me proporcionou aquisição de conhecimentos, através de um curso didaticamente bem organizado.

Acredito que também foi proporcionado um legado à unidade em que trabalhei, pois em última análise, um melhor e mais qualificado atendimento em saúde primária foi oferecido a esta população, com envolvimento da equipe e incorporação à rotina de trabalho desta.

Por fim, com a finalização do curso, acrescento em meu currículo o título de especialista em saúde da família, o que é motivo de grande orgulho. Fazendo a análise da intervenção realizada em minha prática profissional, o curso trouxe inegáveis transformações e tornou-se um aprendizado que será levado comigo ao longo de minha trajetória, e que espero, possa ser difundido.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 37).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 38).
- Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1383-1388, 2011.
- Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2):258-68.
- Martins TM, Atallah AN, Silva EMK. Controle da hipertensão arterial em pacientes no Programa de Saúde da Família versus na Unidade Básica de Saúde: estudo transversal analítico. *São Paulo Med J*. 2012; 130(3): 145-50.
- Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1): 1331-1340, 2011.
- Paiva DCP et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2): 377-385, fevereiro 2006.
- Rosa TEC, et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 158-71.

Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(4): 633-47.

Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2010 dez; 31 (4):662-9.

Natarajan N, et al. Adherence to antihypertensive drugs among patients with DM and hypertension. Vol 59: FEBRUARY 2013. *Canadian Family Physician, Le Médecin de famille canadien*.

Anexos

Anexo 1: Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

