

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 4



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria na Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Área 122 da ESF, Guaraituba, Colombo, PR

Santina Sayuri Utida Pereira

Pelotas, 2014

Santina Sayuri Utida Pereira

Melhoria na atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Área 122 da ESF, Guaraituba, Colombo, PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

P436m Pereira, Santina Sayuri Utida

Melhoria na atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na área 122 da ESF Guaraituba, Colombo, PR / Santina Sayuri Utida Pereira; Giselle Lima Aguiar Correia, Louriele Wachs, orientadoras. — Pelotas, 2014.

86 f.: il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Hipertensão arterial. 4. Diabetes mellitus. 5. Doenças crônicas. I. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient. II. Wachs, Louriele, orient. III. Título.

CDD : 362.14

Agradecimentos

Ao Senhor Jesus, que nos abençoou em todas as etapas da construção deste trabalho.

À minha família, pela compreensão e colaboração.

Aos amigos, pelo apoio e colaboração.

À equipe da Unidade de Saúde Guaraituba, pela compreensão e pela colaboração decisiva para com este trabalho.

À comunidade da área da US Guaraituba, pelo acolhimento à equipe, e pela boa aceitação das propostas de atendimento.

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Comparativo entre as pirâmides etárias da US Guaraituba..... | 16 |
| Figura 2 Cobertura de atenção ao hipertenso da área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR..... | 51 |
| Figura 3 Cobertura de atenção ao diabético da área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR..... | 52 |
| Figura 4 Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa na área 122 da US. Guaraituba Colombo-PR..... | 53 |
| Figura 5 Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa na área 122, da US. Guaraituba, Colombo-PR..... | 54 |
| Figura 6 Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR..... | 55 |
| Figura 7 Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 56 |
| Figura 8 Proporção de hipertensos com realização de exames complementares em dia da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR..... | 57 |
| Figura 9 Proporção de diabéticos com realização de exames complementares em dia da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR..... | 58 |
| Figura 10 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 59 |
| Figura 11 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 60 |
| Figura 12 Proporção de hipertensos com registro adequado em ficha de acompanhamento na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 61 |

| | |
|--|----|
| Figura 13 Proporção de diabéticos com registro adequado em ficha de acompanhamento na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 62 |
| Figura 14 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 63 |
| Figura 15 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 64 |
| Figura 16 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 65 |
| Figura 17 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 66 |
| Figura 18 Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática de atividade física regular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 67 |
| Figura 19 Proporção de diabéticos com orientação em relação à prática de atividade física regular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 68 |
| Figura 20 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na área da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 69 |
| Figura 21 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na área da US Guaraituba, Colombo-PR..... | 70 |

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|-----------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CEM | Centro de Especialidade Médicas |
| CTA | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| EAD | Educação à Distância |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| PET Saúde | Programa para a Educação do Trabalho em Saúde |
| SAE | Serviço de Atendimento Especializado |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPR | Universidade Federal do Paraná |
| US | Unidade de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação..... | 10 |
| 1 Análise Situacional..... | 11 |
| 2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção..... | 21 |
| 2.1 Justificativa..... | 21 |
| 2.2 Objetivos e Metas..... | 24 |
| 2.3 Metodologia..... | 25 |
| 2.3.1 Ações..... | 26 |
| 2.3.2 Indicadores..... | 35 |
| 2.3.3 Logística..... | 40 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 44 |
| 3 Relatório da Intervenção | 46 |
| 4 Avaliação da Intervenção..... | 51 |
| 4.1 Resultados..... | 51 |
| 4.2 Discussão..... | 71 |
| 4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores..... | 73 |
| 4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade..... | 76 |
| 5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem..... | 79 |
| Referências Bibliográficas..... | 81 |
| Anexos..... | 82 |

Resumo

PEREIRA, Santana Sayuri Utida. **Melhoria na atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Área 122 da ESF, Guaraituba, Colombo, PR.** 2014. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O programa de atenção ao hipertenso e ou diabético, é uma das ações programáticas de saúde, estruturadas pelo Ministério da Saúde para atenção básica de saúde. Para tanto, faz-se necessário o seguimento de normas e rotinas pré estabelecidas, bem como o trabalho integrado sobre as ações em saúde e capacitação dos membros integrantes das equipes para a execução. Este estudo propôs a realização de um projeto de intervenção para melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus da área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba do município de Colombo-PR, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e prevenção de complicações cardiovasculares do portador de hipertensão e ou diabetes. A intervenção foi realizada entre os meses de dezembro de 2013 a abril de 2014, através de quatro eixos distintos e complementares: monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação para a prática clínica. Os resultados foram satisfatórios, mesmo não alcançando todas as metas estabelecidas, elas tiveram um percentual bastante representativo, o que surpreendeu a todos da equipe. Foram cadastrados 330 hipertensos e 118 diabéticos, representando, respectivamente, uma cobertura de 66,9% e 96,7% em relação às estimativas do VIGITEL para a Área 122 da US Guaraituba. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram avaliação clínica, realização em tempo oportuno de seus exames complementares, prescrição de medicamentos pertencentes ao elenco do Hiperdia / Farmácia Popular, e estratificação de risco cardiovascular com base no escore de Framingham. Outras ações realizadas incluíram realização de busca ativa dos pacientes faltosos, ações de promoção de saúde (Orientação nutricional, orientação sobre riscos do tabagismo, orientação sobre a prática regular de atividade física). Os estudos e as práticas fizeram diferença para a qualificação da equipe, principalmente por terem vivenciado as ações e visto os bons resultados. Todo este processo de trabalho de equipe propiciou a valorização profissional de cada categoria para o desfecho da intervenção. Além disso, a intervenção foi incorporada à rotina da Unidade de Saúde e servirá como modelo para futuros projetos para as outras ações programáticas.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças crônicas.

Apresentação

Esse volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD- UNASUS, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a qualidade do programa de atenção ao hipertenso e ou diabético da Área 122 da US Guaraituba, Colombo – PR, sendo esta uma das quatro áreas da US Guaraituba.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho: Análise situacional, Análise estratégica, Relatório da intervenção, Relatório dos resultados da intervenção e Reflexão crítica sobre o processo pessoal da aprendizagem.

Na Análise situacional, realizou-se um estudo detalhado da estrutura e do funcionamento da US. Na Análise estratégica, realizou-se o projeto da intervenção a ser implementada na ação programática escolhida.

O projeto de intervenção iniciou em dezembro/2013 e foram realizadas ações em quatro eixos: monitoramento, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação para a prática clínica. As atividades foram realizadas conforme cronograma estabelecido no projeto de intervenção.

Ao final de quatro meses de intervenção, a autora apresenta os resultados no Relatório da intervenção e no Relatório dos resultados da intervenção, descrevendo as ações implementadas durante a intervenção. No último bloco deste volume, a autora realiza uma reflexão sobre como a implementação da intervenção contribuiu para seu processo pessoal de aprendizagem e para a melhora na rotina do serviço.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação

Há 02 meses atuando na Unidade de Saúde Guaraituba, no município de Colombo-PR, localizada na região metropolitana de Curitiba, podemos considerar uma cidade dormitório, apesar de ter economia independente. Temos uma população acima de 200.000 habitantes, mas boa parte trabalha em Curitiba. Pode-se imaginar a dificuldade para atingir determinadas metas, pois nosso horário de atendimento é das 7h às 17h.

A US Guaraituba tem em torno de 15.000 habitantes, com 04 equipes de ESF, identificadas e cadastradas no CNES como 122,123, 124 e 125, sendo que cada equipe composta com 05 ACS, 01 téc. de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico, lembrando que todas as equipes estão incompletas, 01 sem médico, outras faltam alguns ACS. Temos também 02 recepcionistas e 02 serviços gerais. Não temos equipe odontológica.

A estrutura física é pequena para 04 equipes, apesar de termos 04 consultórios médicos e uma de enfermagem, uma sala para pré consulta, uma de puericultura, uma farmácia, uma de vacina, uma de curativo (onde é usado como expurgo e esterilização), uma cozinha, três banheiros e a recepção com sala de espera. Todos os recintos pequenos, alguns com divisórias de madeiras para aumentar o número de salas. Sendo que 02 peças citadas estão com sérias rachaduras na parede, onde aguardo retorno da SMS após relatório técnico do engenheiro que solicitei há 02 meses. O mais triste é não ter espaço para realização das atividades coletivas, hoje realizados no espaço da Igreja ou os grupos menores no desconforto da pequena sala de espera.

Estamos no processo de adequação de fluxo e equipe, ou melhor, tinham um processo de trabalho diferente. Não havia acolhimento e uma das minhas exigências na função de coordenadora da US é que todo paciente deve ser avaliado pelo enfermeiro (ouvir a queixa, avaliar urgências e emergências, priorização de consulta, ver e solicitar exames, e outros), se possível pelo enfermeiro da área e se ausente todos os funcionários devem acolher e orientar o paciente, lembrando que o paciente

é também responsabilidade da equipe da unidade e não só da equipe da área. O acolhimento tranquiliza o paciente e contribui na interação com a comunidade, e em vários momentos é resolutivo e esclarecedor ao paciente.

Temos uma organização para os programas da US que são as seguintes: As crianças da puericultura acima de 01 ano são agendadas de forma diferente, por exemplo: março para crianças de 01 ano a 23 meses, às sextas-feiras, sendo cada semana uma área; abril, crianças de 24 meses a 36 meses, na sexta-feira e cada semana uma área; no mês de maio nas sextas pela manhã estaremos realizando o PSE e outras atividades nas escolas, creches e projetos. As gestantes são previamente agendadas para consultas para o SIS pré-natal, na agenda da enfermeira da área, disponível nos intervalos semanais dos programas, assim como as visitas domiciliares e as coletas de preventivo (estas não são separadas por área).

Nas agendas médicas são disponibilizadas as vagas da manhã para atendimento à demanda da fila, e as agendas da tarde para os pré-agendados dos programas HIPERDIA, puericultura, gestantes, planejamento familiar, saúde mental e vaga do idoso. O agendamento dos pacientes é realizado para os pacientes participantes das reuniões das atividades programáticas realizadas para os hipertensos e ou diabéticos, onde são realizadas atividades de educação em saúde e solicitação prévia dos exames de rotina quando no período necessário conforme protocolo, e também para os pacientes que apresentam declaração do trabalho para assim podermos acompanhar o paciente em idade produtiva sem que ele corra o risco de perder um dia de trabalho e não conseguir a consulta (os exames também são solicitados previamente). As gestantes deverão apresentar a carteirinha de gestantes para agendamento. As vagas do planejamento familiar geralmente são relacionadas com a coleta do preventivo prévio, ou o desejo para início da contracepção.

Nossa população tem carência social, e esta mudança vem trazer melhoria na acessibilidade conforme relatos e agradecimentos realizados pelos pacientes à equipe, o que nos deixa incentivados a implantar melhorias tanto no cuidado, quanto na estrutura física do local. Principalmente iniciar um trabalho com controle social, qual ainda não existe no momento.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Colombo origina-se por desmembramento de Curitiba em fevereiro de 1890, tendo como gentílico “colombense” e contando com uma área territorial de 197,805 km². Contém 55.442 domicílios, sendo 4,8% deles na área rural (IPARDES, 2010). A mais recente estimativa populacional é de 247.267 habitantes (DATASUS, 2010). É a maior colônia italiana do Estado. Sendo a área distribuída da seguinte forma:

Área Rural: 128 km²

Área Urbana: 70 km²

A unidade de saúde Guaraituba é localizada na região urbana, com população estimada em 12.976 segundo o IBGE (2012), mas conforme foi citado em trabalhos anteriores pelos levantamentos realizados pelos ACS através das fichas A, este número é maior, em torno de 15.000 habitantes.

A US Guaraituba é composta por 4 equipes ESF (122, 123, 124 e 125), que basicamente cada uma deveria ser composta por 5 ACS, 01 médico, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem, mas no momento todas as equipes se encontram incompletas com falta de 02 médicos e 06 ACS. Outro fato complicador é não possuímos a equipe de odontologia. Para esta situação conforme relatado sobre iniciar a negociação junto à coordenação da odontologia da SMS para realizarmos acordos com equipes odontológicas das UBS próximas para alguns atendimentos encaminhados por nós, foi positivo este acordo, até que consigamos respostas melhores após organização do controle social nesta região. Há vínculo da UBS com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), que envia acadêmicos de Medicina, Enfermagem e de Nutrição para realizar seus estágios curriculares através do Programa para a Educação do Trabalho em Saúde (PET Saúde), mas a UFPR não participa do gerenciamento e da manutenção do funcionamento da US.

No que respeita à estrutura física, a US Guaraituba conta com recepção, cozinha, sala de espera, sala de coordenação, sala de vacina, sala de curativos, sala de inalação, sala para farmácia, 4 consultórios médicos, sendo 1 consultório

com maca para exame ginecológico, 2 sanitários para funcionários e 1 sanitário para os pacientes. Não há sala de expurgo nem sala de reuniões. Enfim, a estrutura física da unidade de saúde é pequena para o número populacional adscrita e para a demanda dos atendimentos programados e os espaços internos são menores do que o recomendado pelo Ministério. Estamos em fase terminal da reforma, qual pode negociar com a prefeitura e a secretaria de planejamento pequenas alterações estruturais para melhorar acessibilidade e fluxo de pacientes. Como não fomos contemplados com ampliação, o espaço ainda está longe do ideal, e continuamos sem clínica odontológica e sem espaço para reuniões e ações coletivas. Portanto, contamos com apoio dos equipamentos da área para utilização dos espaços para realização das ações coletivas.

Esta conformação estrutural ocorre porque o prédio foi projetado para ser uma escola e um anexo foi anteriormente construído para servir de consultório odontológico. Há cerca de 7 anos, o anexo odontológico foi incendiado pela população e, após os reparos, foi instalado um módulo policial no lugar, o que fez com que a US ficasse sem atendimento odontológico.

Estou nesta unidade desde fevereiro de 2013, estamos em reforma há mais de 60 dias, continuamos os atendimentos mesmo estando em reforma em consideração à população em sua grande maioria com carência social. Pude observar várias falhas administrativas relacionadas à coleta e registro de dados, organização de fluxo dentro das diretrizes do SUS, e esta situação acontece em todos os programas do ministério, até o momento conseguimos organizar o programa da gestante.

Quanto à infraestrutura do setor municipal público de saúde, está assim constituída:

- **01** Hospital de pequeno porte filantrópico credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que no momento está desativado desde 2012 por não oferecer condições mínimas de atendimento.

- **01** Hospital-maternidade municipal (Hospital de Maternidade Alto Maracanã);

- **02** Pronto-Atendimentos 24 horas (Alto Maracanã e Osasco);

- **22** Unidades Básicas de Saúde, sendo **09** destas unidades, inseridas na Estratégia Saúde da Família com **27** equipes qualificadas;

- **01** Unidade de Saúde da Mulher, em imóvel locado;

- **01** Ambulatório de saúde mental, na US Sede;

- **01** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II);
- **01** Centro de Atenção Psicossocial para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-AD);
- **01** CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) / SAE (Serviço de Atendimento Especializado) para portadores de DST/AIDS;
- **01** Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental);
- **01** Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais, interligado a cinco farmácias municipais;
- **01** Central de Ambulâncias;
- **01** Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e **01** Centro de Especialidade Médicas (CEM).

A população que é atendida por todas as **27** equipes de Saúde da Família é de **101.476** pessoas, o que dá ao Município uma cobertura de **41,0%** da ESF.

Não dispomos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para a realização dos exames complementares, o Município mantém convênio com prestadores diversos, o que nos disponibiliza a realização de exames laboratoriais e de imagem (radiografias e ecografias). O fluxo para a realização dos exames de alto custo (Tomografia, Ressonância, etc.) passa pela rede especializada.

US realiza alguns exames como teste rápido para HIV e Sífilis e glicemia capilar. Quanto aos encaminhamentos, há maior dificuldade, pois, embora as consultas sejam marcadas via central de agendamento, em raras vezes os especialistas estão disponíveis em menos de 30 dias. A US enfrenta grandes estresses com os pacientes principalmente pela demora na chegada das consultas especializadas. Isto traz desmotivação ao profissional de saúde, que se vê muitas vezes de mãos atadas por não poder oferecer o melhor ao seu paciente.

No que respeita à população atendida pela US Guaraituba, comparando a pirâmide etária (obtida a partir da contagem oficial realizada pelos ACS e disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde) com a estimativa nacional (IBGE, 2010), vemos uma boa semelhança entre as suas conformações, uma vez que os percentuais são bem parecidos entre as diversas faixas etárias.

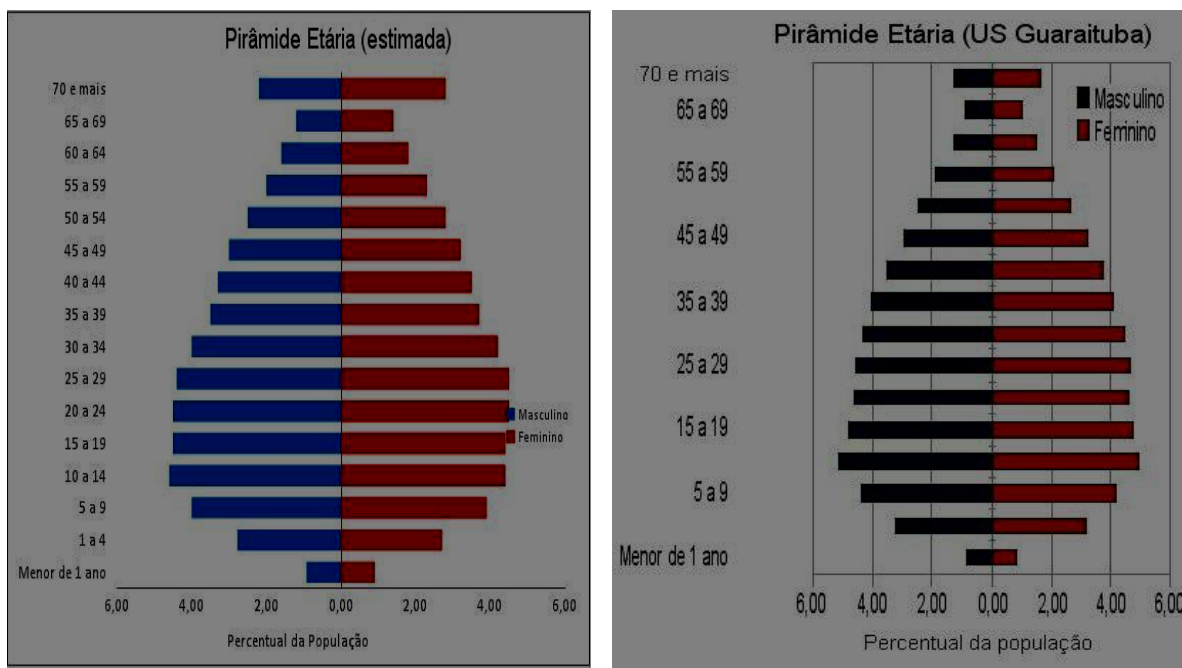


Figura 1 - Comparativo entre as pirâmides etárias da US Guaraituba (estimada x real)

Em ambos os gráficos (Figura 1), ocorre um estreitamento gradual dos percentuais na medida em que cresce a faixa etária, a partir dos adolescentes. A exceção ocorre nos idosos com idade maior que 70 anos, que compõem um maior percentual em relação aos idosos entre 60 e 69 anos.

Em relação à saúde da criança, nossos registros disponíveis na US (prontuários e espelhos vacinais) permitiram um preenchimento parcial dos dados solicitados no Caderno de Ações Programáticas. No direcionamento de suas ações, a US utiliza o protocolo municipal de saúde da criança, mas não há um registro específico e uma rotina de avaliação das ações realizadas. O mesmo ocorreu com as outras Ações realizadas na US. Não dispomos de atendimento odontológico, o que inviabilizou qualquer possibilidade de conhecer a saúde bucal de nossa população, tanto infantil como a de adultos. A contagem de crianças menores de 1 ano foi de **198**, o que dá uma cobertura da puericultura de **85%**. As ações de saúde da criança realizadas pela US incluem vacinas, consultas de puericultura, acolhimento e/ou atendimento clínico a situações agudas e acompanhamento do desenvolvimento pondero-estatural e neuro-psicomotor.

Podemos considerar que, embora a cobertura da puericultura esteja em níveis razoáveis, os indicadores parecem estar aquém do esperado, o que refletiria uma baixa qualidade do programa. A falta da existência de registros adequados e a

estrutura da US, não contribuem para apresentação de resultados satisfatórios, aliás não temos parâmetros para avaliação.

Além disso, a adesão da população a ações como consultas de puericultura é baixa, pois o aspecto cultural de “só levar ao médico quando tem problema” ainda é muito forte na população. Pelos mesmos motivos, são raras as atividades de educação em saúde com as mães de crianças menores de 1 ano.

Quanto ao pré-natal, o número de gestantes encontradas acompanhadas é de **116**, o que dá uma cobertura de **60%** do pré-natal em relação às estimativas apontadas no Caderno de Ações Programáticas. Este dado pode ser considerado ruim, uma vez que, em tese, **40%** de nossas gestantes não são acompanhadas. Quanto ao registro, a US utiliza um registro específico do pré-natal, que é anexado ao prontuário ao final do período gestacional e serve de referência para as próximas gestações. Entretanto, não são realizadas avaliações periódicas da qualidade e efetividade das ações do programa, que tomam como base o protocolo municipal de atenção ao pré-natal.

A adesão das gestantes ao programa de pré-natal pode ser considerada intermediária, pois elas comparecem às consultas (embora algumas vezes iniciem tardiamente o pré-natal), mas não tem boa adesão às atividades de educação em saúde, estas realizadas mensalmente pela US.

Em relação à prevenção do câncer de colo uterino, comparando as estimativas dadas pela curva do IBGE com a contagem da população realizada, temos uma cobertura calculada em **37%**, referente às mulheres identificadas e que fazem acompanhamento. Isto indica uma baixa cobertura do programa de prevenção do câncer de colo uterino. Pelos dados analisados, o programa de prevenção do câncer de colo uterino está com qualidade intermediária, pois cerca de **53%** dessas pacientes têm seu preventivo em dia.

A falta de coleta de preventivo se deve principalmente a barreiras estruturais do serviço (saturação da US com demandas de toda espécie e cobranças dos diversos gestores por resultados em outros programas, a despeito do baixo provimento de recursos para o funcionamento da US) e barreiras culturais (as mulheres da área de abrangência têm grande resistência à realização do preventivo, o que dificulta a coleta). Outro aspecto que deve ser levado em conta é a alta inserção da mulher no mercado de trabalho, o que dificulta seu acesso à US em horário comercial.

Na US, são realizadas buscas ativas das pacientes com preventivo alterado (nesse caso, o conceito de “preventivo alterado” é expandido para aquelas em cujo preventivo são encontradas alterações referentes aos agentes de DST). Essas buscas ficam a cargo dos ACS e dos Enfermeiros, que realizam o agendamento da consulta para pacientes nessas condições.

Quanto ao programa de prevenção do câncer de mama, a cobertura do programa é de **75%**, se mostrou maior do que a calculada para a cobertura do programa de prevenção do câncer do colo uterino. Este número parece ser um pouco mais distante das estimativas do IBGE, mas vale destacar que a rotatividade das mulheres nessa faixa etária é menor do que aquela observada em mulheres mais jovens.

Tanto para os programas de prevenção do câncer de colo uterino como do câncer de mama, a US conta com um sistema específico de registro do qual é possível realizar o cálculo mensal de preventivos coletados. Entretanto, a exemplo das outras ações, não são realizadas reuniões para análise e verificação dos resultados das ações realizadas.

Em relação ao programa de hipertensos, a contagem dos hipertensos (**1.195** hipertensos) corresponde a **44%** do número de hipertensos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas. Esse dado pode ser considerado ruim, mas devemos levar em conta o fato de a estimativa dos hipertensos ser maior do que a nossa realidade. Entretanto, mesmo com a correção do denominador, chegaríamos a um valor baixo de cobertura do programa.

Quanto aos diabéticos, a cobertura do programa de atenção ao diabético foi calculada em **49%** do programa pode ser considerada ruim, pois indica que 51% dos nossos diabéticos não têm seguimento ou então acompanham em outro serviço, mas sem que a US tenha alguma informação. Assim como ocorre com o programa de hipertensos, esse fato pode ser devido a desajustes estruturais e também ao aspecto motivacional dos profissionais e também dos pacientes.

Os programas de atenção ao hipertenso e diabético têm funcionado de maneira inadequada ao que se propõe nas diretrizes do Ministério da Saúde. Além das já citadas dificuldades estruturais e da falta de pessoal, acrescentamos a grande dificuldade na adesão do paciente às orientações dadas pela equipe, pois infelizmente para a maioria o tratamento da hipertensão se resume em tomar as medicações (muitas vezes de maneira diferente do que é prescrito) e a reunião se

resume em pegar medicações. Foram feitas algumas tentativas de mudar este panorama, mas com sucesso parcial.

Em relação aos registros, não dispomos de um registro específico, de maneira que as informações inseridas nas respectivas abas do Caderno de Ações Programáticas foram extraídas dos prontuários e das Fichas A dos ACS. Nas reuniões do HIPERDIA, são registradas as presenças dos inscritos no Programa. Ocasionalmente, realiza-se a aferição de PA, peso e altura com registro, mas não há regularidade nessas ações. Nesse contexto, o foco central dessas reuniões é a distribuição das medicações em um período específico de tempo, o que acaba se constituindo em uma grande conveniência para o serviço e também para o paciente. Há momentos em que os graduandos da Universidade Federal do Paraná (UFPR) realizam atividades de educação em saúde nessas reuniões, mas sem que haja uma regularidade dessas ações.

Assim como sugerido para as Ações Programáticas anteriores, podemos mencionar a importância da adequação estrutural e do melhor aporte de recursos para o bom funcionamento das atividades do programa. Também devemos citar a necessidade de definição clara das metas a serem cumpridas pelas equipes, uma vez que em Colombo não temos metas claramente estabelecidas para o programa de hipertensos. Temos a sensação de que nossos procedimentos servem apenas para fins de registro em relatórios e obtenção de repasses financeiros.

Outro aspecto que pode ser trabalhado é a motivação do paciente no que respeita a sua condição. Esse trabalho poderia ser feito em pequenos grupos e os resultados poderiam ser vistos a médio e longo prazo.

No que respeita à saúde do idoso, embora a US realize algumas modalidades de atendimento a idosos (consultas médicas, administração de vacinas, distribuição de medicamentos, orientações em doenças crônicas), não temos um programa estruturado de atenção à saúde do idoso. Boa parte deles, acabamos avaliando em situações agudas ou então nas ações dos programas de atenção ao hipertenso e diabético. Dessa maneira, não temos disponíveis dados e indicadores a respeito desta Ação Programática.

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

Ao comparar esta análise feita de maneira sistematizada e direcionada pelos materiais disponibilizados no Curso (Caderno de Ações Programáticas, Questionários, Questões Reflexivas), foi possível concluir que tínhamos uma boa noção da nossa realidade, embora não com tantos detalhes. Assim, a análise sistemática da US Guaraituba nos deu uma noção mais profunda sobre nosso serviço, apontando mais precisamente que áreas necessitarão de maior atenção.

Diante desta nossa realidade faz-se a necessidade emergente de realizar ações que ofereçam controle adequado dessas doenças crônicas e a melhora da qualidade de vida através de atenção profissional capacitada e monitoramento da assistência prestada aos usuários. Lembrando que os profissionais de saúde da rede básica de saúde, em especial os ESF, tem importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial e diabetes, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso e ou diabético de como fazê-lo seguir o tratamento.

Em suma, após a análise das atividades anteriormente realizadas e da observação de nossa realidade em conjunto com os colegas de Curso, percebemos que dois grandes desafios a serem vencidos em nosso dia a dia são o aspecto motivacional e as inadequações das condições de trabalho.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade no Brasil, perfazendo, segundo levantamento do DATASUS, um total de 324.092 óbitos no ano de 2010, destes, 44.460 devido às doenças hipertensivas; 99.408 doenças isquêmicas e 99.159 doenças cerebrovasculares. Principal causa modificável das doenças isquêmicas cardíacas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e vascular periférica, a HAS, portanto, pode ser considerada um problema de saúde pública mundial, dada suas proporções.

A prevalência da HAS no Brasil corresponde a mais de 30% da população, segundo levantamento há 20 anos, com elevação progressiva de acordo com a idade. Quanto aos sexos, a HAS acomete cerca de 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres, segundo levantamento mundial.

O impacto da HAS na saúde não se restringe apenas à sua elevada mortalidade; é responsável pela maioria das internações hospitalares e, conseqüentemente, maior impacto com gastos em saúde. Segundo o DATASUS, as internações hospitalares por doenças circulatórias foram responsáveis por 2.297.389 internações e um gasto total de R\$ 4.353.521.333,60 somente nos anos de 2010 e 2011.

Com o envelhecimento da população e uma maior prevalência de fatores de risco, como obesidade, tabagismo, síndrome metabólica, etilismo e ingestão excessiva de sal, estima-se, segundo estudo publicado por Kearney, PM et al., que em 2025, 1.56 bilhão (29% da população mundial) de indivíduos serão hipertensos principalmente nos países em desenvolvimento econômico.

Segundo o Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia, Instituto de Saúde, São Paulo, Brasil; as doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para

doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos. E como já apresentamos em descrições anteriores (análise situacional) sobre as dificuldades encontradas no sistema em relação aos encaminhamentos de média e alta complexidade e até mesmo quanto aos insumos, faz-se necessário a organização deste programa. Também, devido as suas proporções epidêmicas, a HAS apresenta diagnóstico simples e de alcance de todos, entretanto, somente 40% da população sabidamente hipertensa realiza algum tipo de tratamento e apenas 30% dos indivíduos tratados apresentam níveis pressóricos controlados.

Inúmeros ensaios clínicos e estudos populacionais demonstraram que reduções discretas dos valores da pressão arterial impactam em redução significativa de eventos como doenças isquêmicas do coração e acidente vascular cerebral.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3 para 5,6, entre 2006 e 2011.

O Ministério da saúde fez um levantamento do número de internações e óbitos por diabetes no SUS, que apresentou aumento de 10% entre 2008/2011, passando de 131.734 hospitalizações para mais de 140.000. Com relação às mortes por diabetes, em 2009 o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde registrou 52.104 mortes por causa da diabetes, em 2010, esse número subiu para 54.542 (dados da Vigitel, 2011).

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

Segundo o Ministério da saúde, são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do

tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna.

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Na construção de nosso caderno de ações programáticas, observamos através dos indicadores que existem várias correções a serem realizadas no cadastramento e acompanhamento do hipertenso e ou diabético, pois ao analisarmos os indicadores percebemos que a cobertura das ações envolvendo hipertensão e diabetes são baixas, respectivamente, 44% e 49%. Sendo que 60% recebem orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável. E em relação as consultas agendadas com mais de 7 dias de atraso são de 40% (diabetes) e 41% (hipertensos).

Apesar da nossa realidade estar longe da ideal, pois não possuímos espaço próprio para realização das reuniões dos grupos para as atividades coletivas em educação em saúde, nem mesmo depósito para guardar os materiais confeccionados para realização das atividades, temos no momento o espaço do salão da Igreja, próximo a US, mas não apresenta boa acústica. Outra situação a ser solucionada é a regularização dos médicos do programa Mais Médicos, que no momento está dificultando o acesso as medicações da farmácia Popular, e em nossa US temos 2 profissionais que atuam através deste Programa. Apesar da situação apresentada

acima, não podemos deixar de considerar nossos índices de baixa cobertura e principalmente observar que nossa maior demanda de atendimentos e de complicações vem deste público alvo, portanto temos que nos organizar urgentemente para nos adequar e melhorar a realidade local.

Segundo levantamento apresentado no artigo da Revista Brasileira de Medicina, a grande maioria dos pacientes hipertensos e ou diabéticos também apresentam outras comorbidades, como dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, onde o tratamento exige perseverança, motivação e educação, pois trata-se principalmente de mudanças de hábitos.

Mudanças de estilo de vida, mudanças nas atividades diárias e alimentação, é o principal fator no tratamento. Evidências demonstram que estratégias são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas (grupo) com condições semelhantes, segundo pesquisa e orientação do Ministério da Saúde; portanto, o engajamento da equipe para essa ação programática é imprescindível, principalmente por exigir monitoramento e avaliação frequente para que possamos qualificar os serviços prestados a comunidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus da área 122, da US Guaraituba do Município de Colombo, Paraná.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1: Cadastrar 80% dos hipertensos e 90% dos diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba.

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

Meta 2: Buscar 100% dos hipertensos e ou diabéticos faltosos às consultas da área 122 da unidade de saúde Guaraituba, conforme a periodicidade recomendada.

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

Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba.

Meta 3.2: Garantir realização de exames complementares em dia de acordo com o Protocolo Municipal a 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba.

Meta 3.3: Garantir a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba.

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

Meta 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde Guaraituba.

Objetivo 6: Promoção da saúde

Meta 6.1: Garantir orientação odontológica sobre cuidados bucais a 80% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na US Guaraituba.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática de atividades físicas regulares, e orientações sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na área 122 da US Guaraituba.

2.3 Metodologia

Para realização da intervenção serão utilizados 4 eixos, que são: 1) Monitoramento e avaliação, que fornecerá periodicamente os dados qualitativos e quantitativos, sugerindo adequação ou melhora nas ações de intervenção; 2) Organização e gestão do serviço, que é o mecanismo utilizado administrativamente que garanta todos recursos necessários para as ações previstas para a intervenção; 3) Engajamento Público, que visa conquistar a participação ativa da comunidade e

da equipe para o sucesso das ações e 4) Qualificação da prática clínica, que disponibilizará todos os dispositivos necessários para qualificar os profissionais envolvidos nas ações de intervenção através de revisões periódicas dos assuntos relacionados com o tema da intervenção.

2.3.1 Ações e seu detalhamento

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área 122 da unidade de saúde Guaraituba.

Detalhamento: Realizar a atualização do SIAB com recontagem dos pacientes inscritos pelas ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa e Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes.

Detalhamento: Realizar busca ativa de pacientes, pelas ACS. A equipe realizará acolhimento imediato aos pacientes do programa, e realizará agendamento de consulta para avaliação clínica conforme a necessidade do paciente e também do protocolo. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicoteste na unidade de saúde.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos,

pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para isso faremos a entrega de panfletos do ministério da saúde assim como convites pessoais à comunidade pelas ACS além de fazer exposições com cartazes na UBS, as orientações citadas devem ser dadas em todas as consultas médicas quanto da enfermagem. Realizar atividades educativas quinzenais, com diversas orientações citadas realizadas por toda a equipe e distribuição de informações oficiais impressas pelas ACS e disponíveis no posto.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, qualificar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, assim como, para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Para isso faremos orientações e treinamentos quinzenais para as ACS com ênfase na importância do cadastramento e apresentação do projeto de intervenção. Realizar treinamentos com a equipe de enfermagem, em uma das reuniões semanais, sobre as técnicas corretas para a tomada das medidas de PA e glicemia capilar.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: conferir a listagem dos pacientes inscritos no programa com

checagem de consultas de pelo menos 6/6 meses para os pacientes com taxas controladas e 3/3meses com ajustes de tratamento por parte da enfermeira e médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares

Detalhamento: Para esta ação, faremos busca ativa de faltosos de acordo com a listagem citada, e reservaremos um turno semanal (agenda) para os pacientes provenientes da busca pelas ACS.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar atividades de grupo com orientações citadas nas ações de modo quinzenal e reforçaremos as orientações referentes a periodicidade das consultas no momento da busca ativa.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS quinzenalmente

Detalhamento: realizar reuniões utilizando o material didático do curso do Agente Comunitário e o protocolo do Ministério da Saúde, para qualificar as informações sobre a importância do ACS na abordagem ao paciente portador de hipertensão e ou diabetes para realização do acompanhamento adequado.

OBJETIVO 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou

diabético realizado na unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico e solicitação de exames complementares apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e da unidade de saúde.

Detalhamento: realizar distribuição dos informativos sobre exame clínico e de exames complementares do programa HIPERDIA. Registrar os atendimentos diários realizados nos atendimentos dos pacientes hipertensos e ou diabéticos. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Realizar controle de estoque. Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Reforçar a necessidade da solicitação dos exames aos profissionais com periodicidade de 6/6 meses, através dos estudos das normas do Protocolo do Ministério da Saúde.

A equipe realizará a avaliação da lista de pacientes e providenciará busca ativa com entrega de convites para a reunião do HIPERDIA ou para consulta com enfermeiro para solicitação de exames, avaliação e agendamento de consulta clínica, quando não houver possibilidade da ida ao posto poderá ser entregue requisição de exames diretamente pelas ACS. A enfermagem e farmacêutica residente da UFPR realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamentos dos

hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Informar os pacientes sobre a importância dos exames, e sobre o direito ao acesso à medicação da Farmácia Popular.

Detalhamento: Reunir com a equipe 122 para realização planejamento de cronograma de atividades multidisciplinares com orientações, exposições e respondendo perguntas em geral. Realizar visitas domiciliares com distribuição dos panfletos do programa. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados nas consultas, nas atividades quinzenais e nas visitas pelos profissionais.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso em cada consulta e os possíveis locais de distribuição de medicamentos, assim como toda a equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Qualificar a equipe para a realização de acolhimento e atendimento adequados aos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação dos exames complementares observando a recomendação do Protocolo do Ministério da Saúde, realização de atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes, para que possam orientar os usuários sobre

as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia mensalmente com treinamentos participativos.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento: A enfermeira realizará avaliação semanal do preenchimento do relatório do SIAB, que é realizado pelos ACSs.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Pactuar com a equipe o registro das informações em todos as fichas e documentos de atendimento. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização.

Detalhamento: A enfermeira realizará revisão dos relatórios do SIAB, observando os registros das visitas domiciliares da buscas ativas solicitadas e dos acompanhamentos previstos. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento com anotações diárias por consulta, e as visitas realizadas pela equipe. Pactuar com a equipe o registro das informações, sendo o monitoramento realizado pela enfermagem.

A recepção fará a busca ou o preenchimento da ficha espelho, este será anexado ao prontuário para registro de todos os atendimentos realizados com todos as informações, e após o atendimento será entregue a enfermeira para registro na

planilha.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Detalhamento: Falar com os pacientes em sala de espera e reuniões do HIPERDIA, sobre fluxo de atendimento e as novas fichas de registros utilizadas, e quais os benefícios deste registro para planejamento do tratamento e cuidados

Qualificação da prática clínica

Ação: Orientar toda a equipe para realização do preenchimento correto da fichas

Detalhamento: Treinamentos quinzenais com essas orientações quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e ou diabéticos, se realizaram pelo menos uma avaliação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar na planilha de estratificação de risco as datas da estratificação de risco que foram realizadas, e solicitar busca ativa para realização dos exames e agendamento para avaliação clínica para atualização da estratificação, quando no período recomendado pelo Protocolo do Ministério da saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar atendimento para os pacientes hipertensos e ou diabéticos com avaliação para alto risco.

Organizar agenda para garantir o atendimento aos priorizados.

Detalhamento: Disponibilizar uma tarde da agenda médica para atendimento dos pacientes hipertensos e ou diabéticos, estes serão priorizados pela enfermeira, após avaliação do critério de risco e da necessidade do paciente.

Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes sobre a importância da estratificação de risco e o acompanhamento regular, e também sobre controle dos fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar consulta de enfermagem para esclarecimento sobre os resultados da classificação de risco e quais os cuidados a serem realizados nos fatores de risco modificáveis, agendar os pacientes de risco alto para atendimento na unidade de saúde, com nutricionista e farmacêutica (residentes da UFPR).

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar equipe para realização da estratificação de risco, segundo o escore de Framingham.

Capacitar para o registro desta avaliação.

Qualificar a equipe para estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Apresentar em reuniões o escore de Framingham, quais os dados necessários para obtenção da estratificação, e discutir com a equipe o fluxo para realização da estratificação (solicitação de exames, consulta médica, história médica pregressa, e também familiar entre outros), sendo que alguns dados serão coletados em consulta de enfermagem com registro em ficha espelho e solicitação de exames de rotina, e posterior agendamento para consulta clínica para efetivar a estratificação de risco. Sendo que anterior a consulta médica, a enfermeira realizará a leitura dos exames laboratoriais e realizará orientações sobre os riscos

modificáveis e então o agendamento, toda a ação registrada em prontuário e ficha espelho.

OBJETIVO 6: Promoção da saúde

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional, prática de atividades físicas regulares e orientações sobre o risco do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Avaliação semanal e conferência do registro da informação na ficha espelho e também na planilha de estratificação de risco.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar praticas coletivas com pacientes hipertensos e ou diabéticos para os seguintes focos: sobre alimentação saudável, orientação sobre prática de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo.

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde, juntamente com os acadêmicos e os residentes da UFPR, de acordo com cronograma discutido em reunião de equipe, realizará palestras e oficinas relacionados aos temas da ação proposta.

Os materiais serão providenciados junto a secretaria do Município, através de memorando descritivo da atividade.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e ou diabéticos sobre a importância das ações de promoção à saúde, para a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e o abandono do tabagismo.

Detalhamento: Realizar ações coletivas juntamente com equipe multidisciplinar da UFPR apresentação de palestras, oficinas práticas e

apresentação de material em cartazes ilustrativos e entrega de folders sobre os temas relacionados à promoção da saúde.

Qualificação da prática clínica

Ação: Qualificar a equipe para metodologias em educação em saúde nos temas sobre práticas de alimentação saudável, práticas de atividades físicas regulares, e sobre os riscos do tabagismo e seu tratamento.

Detalhamento: Realizar reuniões semanais para treinamento e qualificação com a equipe da unidade de saúde juntamente com a equipe multidisciplinar da Universidade Federal do Paraná, para atividades teóricas e práticas a serem desenvolvidas nos programas do HIPERDIA.

2.3.2 Indicadores

Referente à meta de cadastrar 80% dos hipertensos e 90% dos diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área 122 da unidade de saúde Guaraituba.

Indicador 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área 122 da unidade de saúde Guaraituba.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área 122 de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área 122 de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na área 122 da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área 122 de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à

Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área 122 de abrangência da unidade de saúde.

Referente à meta de buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na área 122 da unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 1 - Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 2 - Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde faltosos às consultas.

Referente à meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 1 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Indicador 2 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Referente à meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 1 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Indicador 2 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Referente à meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na área 122 unidade de saúde.

Indicador 1 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Referente à meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos

hipertensos e diabéticos cadastrados na área 122 unidade de saúde.

Indicador 1 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 2 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Referente à meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 1 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 2 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Referente à meta de garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes

hipertensos e diabéticos.**Indicador 1 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.**

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente à meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e orientações sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 1 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Indicador 2 - 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 área 122 da unidade de saúde.

Indicador 3 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividades físicas regulares.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividades físicas regulares.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 4 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividades físicas regulares.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividades físicas regulares.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 5 - Proporção de hipertensos com orientação sobre orientações sobre o risco do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

Indicador 6 - Proporção de diabéticos com orientação orientações sobre o risco do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para melhoramento da atenção e assistência aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) serão necessários implementações relacionadas à qualificação profissional, organização do trabalho (criação e organização de agendas dos profissionais médico e enfermeira e fluxo para atendimento), e apoio da gestão na garantia de recursos materiais, para que então possamos conquistar o engajamento público para acompanhamento e controle da hipertensão e diabetes evitando assim suas complicações.

A intervenção para o acompanhamento do hipertenso e ou diabético envolverá todas as equipes desta unidade de saúde (US) e terá o envolvimento de todos os funcionários cada qual com suas atribuições, mas quanto à coleta de dados para avaliação e monitoramento neste trabalho será realizado na equipe 122 devido

à composição de recursos humanos das outras equipes (equipes sem agentes comunitários de saúde – ACS e sem médicos), e esta equipe na qual sou enfermeira de área, é composta hoje por 04 agentes comunitários de saúde, 01 médica, 01 técnico de enfermagem, e também as recepcionistas da US.

Utilizaremos como referência o protocolo da Hipertensão e diabetes do Município de Colombo, Paraná, de 2012, o qual foi elaborado baseado nos dados do Ministério da saúde.

A organização das metas a serem elencadas na intervenção será feita através da planilha OMIA (Objetivos, Metas, Indicadores e Ações), disponibilizadas pelo Curso.

Utilizaremos a ficha de cadastramento disponível no município, preenchida com as seguintes informações: número de RG, cartão SUS, nome completo, raça ou cor, escolaridade, local de nascimento, endereço com telefone, nome dos pais (responsáveis), antecedentes clínicos familiares e pessoais, informações sobre vícios e hábitos, relação das medicações prescritas, dados antropométricos, data da consulta e receita, pressão arterial sistêmica e valores glicêmicos. Esta ficha de cadastro será enviada a Secretaria Municipal de Saúde para digitação, onde já existe uma administrativa responsável por toda a digitação de todo o município, e retornará para arquivo na US, mais precisamente na recepção, onde as recepcionistas irão anexar a ficha espelho para registros dos atendimentos e organizá-lo em local específico, em ordem alfabética, e separadas por áreas através de identificações por cores (a área 122 será identificada pela cor vermelha).

Apresentarei em reunião de equipe a apresentação do projeto de trabalho a ser realizado com os pacientes portadores de hipertensão e diabetes, ressaltando a importância da participação da equipe, com apresentação do cronograma das reuniões para qualificação dos procedimentos e abordagem dos atendimentos. Neste momento será solicitado aos ACS a listagem nominal com data de nascimento e endereço dos pacientes hipertensos e ou diabéticos da micro área de abrangência. Esta relação será digitado na planilha de coleta de dados por mim e conferidos com as fichas de cadastros do hiperdia e ficha espelho. O agente comunitário de saúde ao conferir sua listagem e verificar a falta do cadastro do hipertenso e ou diabético, providenciará o agendamento do hipertenso e ou diabético para consulta com a enfermeira da área, onde serão realizados o cadastramento, anamnese, exame clínico e orientações gerais de cuidados relacionados a hipertensão e ou diabetes.

Serão entregues neste dia, a carteirinha do HIPERDIA com o calendário anual das reuniões dos programas e a importância da participação nas atividades de educação em saúde.

Os técnicos de enfermagem, após reunião de qualificação, realizarão abordagens para verificação da situação cadastral e acompanhamento segundo o protocolo municipal de hipertensão e diabetes junto aos pacientes que frequentam a unidade de saúde para controle da pressão arterial e ou na farmácia no momento da entrega da medicação (se houver alguma medicação relacionada a hipertensão e ou diabetes), utilizando como parâmetro a lista de nomes dos pacientes cadastrados obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde. Se o paciente ainda não for cadastrado, este seguirá o fluxo de agendamento citado anteriormente.

Dentre as atribuições do técnico de enfermagem, estão incluídas a aferição da pressão arterial, mensuração da circunferência abdominal, verificação do peso e estatura com registro na ficha de acompanhamento. Entrega das medicações com devidas orientações de uso. Lembrando que a enfermeira realizará essas tarefas assim como o técnico de enfermagem. Quanto aos pacientes com hipertensão e ou diabetes com dificuldades de locomoção, serão realizadas visitas domiciliares mensais programadas para monitoramento com devido registro, com realização de hemoglicoteste e verificação da pressão arterial.

A recepção após capacitação, no caso as duas recepcionistas que trabalham na unidade de saúde, onde realizarei o treinamento no final da tarde devido a demanda estar geralmente mais tranquila e também poder oportunizar a presença das funcionárias, farei apresentação do material a ser utilizado (ficha de acompanhamento e o cadastro já utilizado pela Secretaria Municipal de Colombo). Esta reunião específica será na semana que antecederá o projeto, e serão orientadas a anexar ficha de acompanhamento ao prontuário em todos os atendimentos realizados na unidade de saúde, inclusive as consultas médicas, para que se registre o data da consulta e das solicitações dos exames (os resultados dos exames ficarão somente registrados no prontuário). Todas as fichas de acompanhamento e cadastro estarão dispostos na recepção em arquivo em ordem alfabética separadas por áreas e identificadas por cores (a área 122 é identificada pela cor vermelha). Caso ocorra dificuldades na aplicação do fluxo referente aos registro da recepção, esta será avaliada no monitoramento a cada mês.

As orientações do novo modelo de atenção e assistência aos hipertensos e ou diabéticos serão realizados pelas enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepção sobre as atividades relacionadas a hipertensão e diabetes (reuniões dos programas, atividades físicas, e outros), e o fluxo dos agendamentos, nos atendimentos prestados na unidade de saúde.

As agendas das enfermeiras e dos médicos serão no mesmo dia e hora, isto é, a médica estará realizando consultas e a enfermeira estará realizando o programa do HIPERDIA com palestras, verificação da pressão arterial, peso, teste glicêmico e entrega de medicações. Sendo que os programas acontecerão quinzenalmente, alternados com agendamento para cadastro e consulta de enfermagem.

Os programas de atividades coletivas terão início às 13:30h nas primeiras e terceiras terças-feiras do mês, onde apresentarei uma palestra (com cartazes ou Datashow) e ou oficina sobre o tema selecionado pelas enfermeiras da unidade de saúde, no caso as quatro enfermeiras das quatro equipes. Lembrando que para a atividade relacionada a nutrição, será realizada pela acadêmica de nutrição Os agentes comunitários farão os registros de presença em livro ATA através da descrição da atividade e coleta das assinaturas dos pacientes presentes, realizará o registro dos dados na ficha espelho e na carteirinha do paciente enquanto a equipe de enfermagem (eu e o técnico) realizam o atendimento. Durante a entrega de medicações será verificado a data da receita, da consulta médica, e data da realização do último exame de rotina.

Os pacientes diabéticos ao iniciarem uso de insulina, estes serão atendidos pela enfermeira logo após prescrição, para acolhimento e orientação, pois observamos nestes pacientes uma resistência inicial ao tratamento, e também para agendar e solicitar retornos diários nos primeiros dias para avaliação.

Realizarei a digitação na planilha recomendada pela UFPEL, com a relação dos hipertensos e ou diabéticos da área obtidos da ficha A e dos cadastros, estas serão organizadas em ordem alfabética e encadernadas para facilitar a alimentação dos dados, que será realizada manualmente pela enfermagem, juntamente com a ficha espelho.

Quanto à classificação segundo Framingham, esta será solicitada aos alunos do curso de Medicina da UFPR, que atuam nesta US., pois estamos com dificuldades em relação a médicos (atualmente 2 profissionais para 4 equipes). Será

3 Relatório da Intervenção

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

A organização para as ações de intervenções teve seu início antecipado, através das reuniões com a equipe da unidade de saúde que iniciamos no mês de outubro para apresentação do projeto e discussões e sugestões com a equipe.

Durante as semanas de intervenção tivemos algumas situações adversas, como: Referente aos materiais necessários para a intervenção, o contato com a secretaria e os setores competentes foi providenciado, mas tivemos dificuldades em relação a manutenção dos aparelhos durante o processo dos trabalhos, pois não foram executados por problemas administrativos e de falta de recursos, segundo a secretaria de saúde, o que por um certo período gerou transtornos. Hoje, após algumas mudanças na secretaria municipal de saúde e por reclamações em reuniões de coordenação sobre a melhoria das condições de trabalho, tivemos melhora (pouca) na manutenção e fornecimento dos equipamentos (esfigmomanômetro, balança e outros).

Outro problema apresentado no início das ações de intervenção foi quanto as medicações do nosso elenco do hiperdia, por atrasos nas entregas das medicações da responsabilidade do Estado. Para solução deste problema, organizamos uma estratégia para que o paciente adquirisse a medicação na farmácia popular, e para tanto tivemos que realizar encaixes e análises das receitas médicas para trocas das mesmas (obrigatório a receita ser do mesmo mês). Atualmente, estamos com elenco de medicação completo na unidade de saúde, inclusive recomendamos junto a secretaria, providenciar a entrega da medicação (losartana 50mg) por todas as unidades de saúde (antes entregue somente na farmácia central).

Quanto a qualificação, como as reuniões foram antecipadas, e portanto mais frequentes, tivemos a possibilidade de fazer alguns estudos referentes ao protocolo do Ministério da Saúde. Outro tema trabalhado neste item foram as atribuições de cada profissional nas ações de intervenção, que foram realizados em vários momentos, anterior e durante a intervenção, isto é toda vez que necessitasse de

ajuste para o fluxo.

Nossa primeira semana aconteceu em dezembro, anterior as semanas festivas, desta forma, preparamos convites e uma festa para confraternização do final de ano, com atividades relacionadas a alimentação saudável e servimos a todos salada de frutas e sucos e sanduiches naturais. Aproveitamos este momento e apresentamos o projeto que estávamos iniciando para melhoria da qualidade do serviço e as ações para melhoria da qualidade de vida. Solicitamos a participação e compreensão de todos.

Então, outra dificuldade inicial, foi quanto ao período inicial da intervenção, que coincidiu com as férias de funcionários e viagens dos pacientes devido as férias. Nas semanas seguintes realizamos as ações por etapas, isto é implantamos um objetivo por vez, para analisar cada dificuldade encontrada e discutir com a equipe a melhor solução para melhorar os indicadores.

Tivemos dificuldades em recursos humanos, durante o período da intervenção a situação relacionada a recursos humanos não foi solucionado e permanece até o dia de hoje, tivemos troca de profissional médico, e isto fez com que realizássemos mais reuniões para organização e engajamento da equipe para a realização do projeto de intervenção. Continuamos com falta de agente comunitário de saúde, sendo que nesta equipe da122 falta 01 (um) profissional e 01 (01) está em afastamento por licença maternidade.

Em nossa unidade de saúde, estávamos em 6 profissionais inscritos nesta pós, cada qual com tema diferente, o que as vezes confundia a equipe de técnicos e ACSs, pois cada profissional solicitava dados diferentes do público alvo específico ao tema escolhido (hipertensos/diabéticos, puericultura, gestantes, idosos e saúde da mulher), e as organizações de todos os programas aconteceram simultaneamente, desta forma por alguns momentos tínhamos que realizar ajustes e reuniões motivacionais pelo desgaste da equipe.

Uma contribuição, que foi muito importante para a realização das ações de intervenção foi a colaboração da residência multiprofissional, e os monitores do PET medicina, enfermagem e terapia ocupacional.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Após as 16 semanas de intervenção, dentre as ações pactuadas a avaliação odontológica não foi realizada, pois não temos odontologia em nossa unidade de saúde. Quanto as outras ações, todas foram cumpridas, mas nem todas as metas foram atingidas.

A equipe compreende a importância da Odontologia, devido a sua importância no cuidado integral aos pacientes, principalmente aos de riscos, como os hipertensos e diabéticos. Nesse sentido, embora não tenhamos desenvolvido as ações relacionadas com saúde bucal, procuramos solicitar junto à Coordenação da Odontologia a disponibilização do profissional odontólogo da US próxima (US São José) para realização de palestras sobre cuidados bucais, através de cartazes e distribuição de folders e divulgação do fluxo de atendimento de pronto atendimento nas unidades de saúde próximas que possuam clínica odontológica que são US, Jardim Cristina, US São José e US. Jardim das Graças, quais ofertam vagas para atendimento nas segundas-feiras, com agendamento às 7horas, para toda a população, independente da área de abrangência. Esta atividade acontecerá nas terças-feiras e quartas-feiras de 01 mês, contemplando todos os grupos dos programas dos hipertensos e ou diabéticos da US.

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

Para a coleta dos dados tivemos muitas dificuldades, foram necessários vários ajustes em todo o processo da intervenção, pois a hipertensão e ou diabetes é um dos maiores em nossa saúde pública, e de difícil adesão e controle, a inclusão de novos pacientes, o cadastramento, o levantamento dos dados associado a demanda para os outros serviços da unidade de saúde, nos dificultava os registros. Esta condição fez com que reavaliássemos o fluxo para os atendimentos e registro adequado.

A falta de computadores e de sistema informatizado dificultou a coleta de dados e principalmente para cruzar as informações dos pacientes para realizar a planilha e principalmente para cadastramento e estratificação de risco. Este assunto está frequente em nossas reuniões de coordenação na secretaria de saúde, e recomendamos a informatização com certa prioridade.

O fato da equipe dos agentes comunitários estar incompleta, causou sobrecarga de serviço, pois realizam cobertura da sua área mais as buscas ativas em outra área, e principalmente há dificuldade para atualização de dados do SIAB da área descoberta.

Realizamos busca em todos os prontuários da unidade de saúde para localizar todos os hipertensos, conferimos com as fichas de cadastros do hiperdia, e também a lista dos pacientes hipertensos e ou diabéticos dos agentes comunitários de saúde. Uma das ferramentas que contribuiu para esta organização foi a ficha-espelho associado ao cadastramento e ou recadastramento, que era preenchido pela enfermagem (enfermeira ou técnico de enfermagem), sendo que o cabeçalho é preenchido pela recepção (se o paciente ainda não tiver a ficha-espelho). A alimentação da ficha-espelho é realizado por todos os profissionais, inclusive os médicos e enfermeiros, ao final do período são colocados na pasta da área de referência, para serem digitados na planilha pelos acadêmicos, médico e enfermeira.

Uma das maiores dificuldades foi a falta de tempo para realização do preenchimento da planilha, pois todas as informações estão na unidade de saúde, e nossa demanda de atendimentos é grande, nossas agendas são sempre lotadas. Minha situação quanto ao tempo é um pouco pior, pois sou enfermeira de área e também autoridade sanitária local, onde, além dos atendimentos rotineiros de enfermeira, também existem todas as demandas administrativas, desde relatórios de produtividade, reuniões, processos de usuários e funcionários e muitos outros.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Hoje, após todas as ações que foram realizadas, com tantas reuniões de equipe após cada dificuldade encontrada, e o reconhecimento da equipe e da população quanto a melhoria da qualidade do atendimento ao hipertenso e ou

diabético, podemos considerar as ações incorporadas em nosso serviço, e a cada dia procuramos inovar ou melhor adequar a nossa rotina.

A estratificação de risco continuará a ser realizada rotineiramente, principalmente porque o registro dos resultados dos exames nas fichas-espelho facilita o processo. Lembrando que essas fichas somente serão preenchidas quando em consulta médica ou de enfermagem.

O cadastramento dos novos pacientes ao HIPERDIA será feito por livre demanda, possibilitando sua captação logo após a consulta médica. Após contato e negociação junto ao Departamento de Assistência Farmacêutica do Município, todas as medicações do elenco do HIPERDIA serão disponibilizadas na própria US, permitindo um melhor acesso.

O monitoramento dos pacientes diabéticos insulino-dependentes será facilitado a partir da solicitação de glicosímetro, que será feita pela própria Unidade de Saúde. Com o quadro de profissionais médicos completo, teremos melhor garantia de agendamento das consultas dos pacientes pertencentes ao HIPERDIA. Os exames complementares previstos em protocolo poderão ser solicitados tanto pelo médico como pelo enfermeiro.

O monitoramento e avaliação dos indicadores continuará a ser realizado, segundo o modelo da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo Curso. As atividades educativas serão revistas e melhoradas, a partir da elaboração de um cronograma anual.

Um fator em especial que permitirá de manter as atividades realizadas nesta pós é o engajamento dos alunos de graduação (PET Saúde) e da residência (UFPR) para realização de trabalhos de pesquisa científica e de ações de intervenção multiprofissional, com objetivo de qualificar os atendimentos prestados aos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da qualidade da atenção ao programa de atenção ao hipertenso e diabético da área 122 da Unidade de Saúde Guaraituba, no município de Colombo-PR. No desenvolver da intervenção, foi coletado um indicador para cada meta estabelecida.

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área 122 da unidade de saúde

INDICADOR: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área 122 da unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

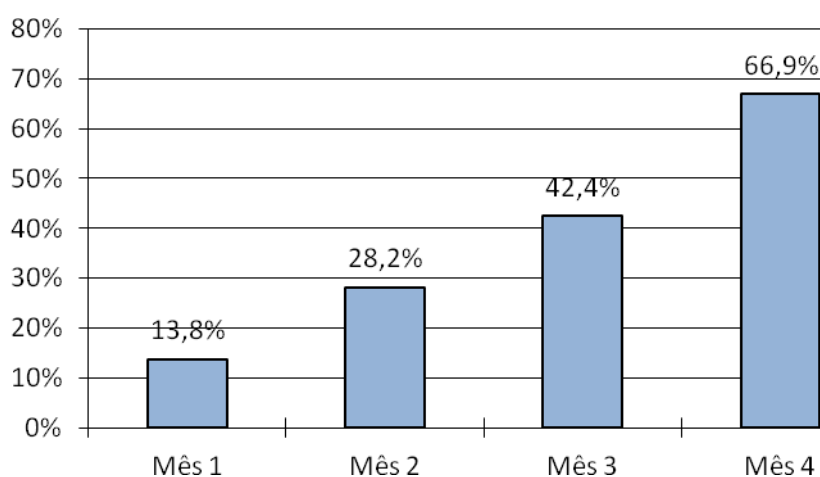


Figura 2 – Cobertura de atenção ao hipertenso da área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR.

No primeiro mês, foram realizados 68 cadastramentos, equivalente a 13,8%, e

no segundo mês 104 pacientes, 28,2%, lembrando que neste período da intervenção estávamos em processo de adequação da equipe, principalmente em relação ao registro dos atendimentos.

No terceiro e quarto mês, respectivamente 209 e 330 cadastramentos, isto é 42,4% e 66,9% respectivos, demonstrado na figura 2, observa-se melhor adaptação ao processo de trabalho, resultado obtido através das reuniões, qual trouxe melhora no engajamento da equipe e dos usuários propiciando a meta de 66,9% segundo parâmetros da Vigitel (2011), e se utilizados os dados do relatório SIAB seriam uma cobertura de 146,7%.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área 122 no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR

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

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

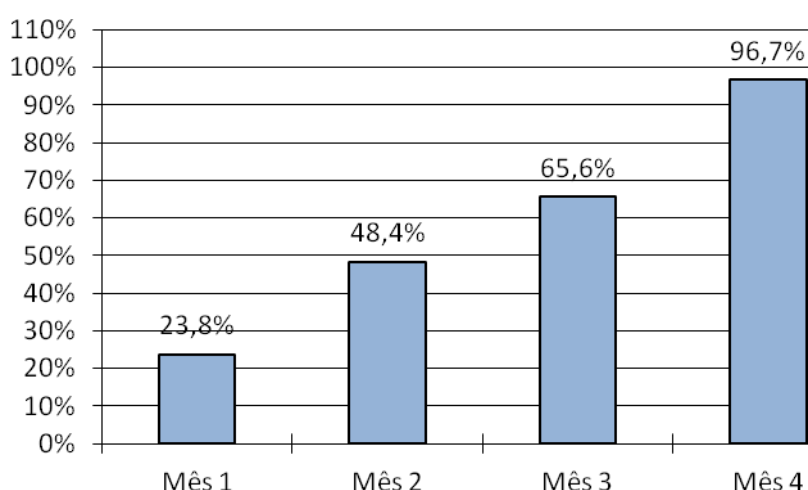


Figura 3 – Cobertura de atenção ao diabético da área 122 da unidade de saúde Guaraituba Colombo-PR

Para esta meta, foram aplicados a orientação segundo protocolo do Ministério

da Saúde, para realizar a verificação da glicemia capilar para os pacientes que apresentaram a pressão arterial acima de 140/90 mmHg, e nesta ação foram encontrados mais pacientes, além daqueles já acompanhados, segundo o relatório do SIAB. Sendo que, os dados do SIAB eram de 68 diabéticos, e conseguimos localizar, cadastrar e acompanhar 118, número próximo a estimativa da Vigitel,2011 que seria de 122 pacientes portadores de diabetes, cobertura de 96,7%. E segundo relatório do SIAB, a meta atingida foi de 173,5%, sendo seu crescimento mais significativo a partir do terceiro mês.

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

Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

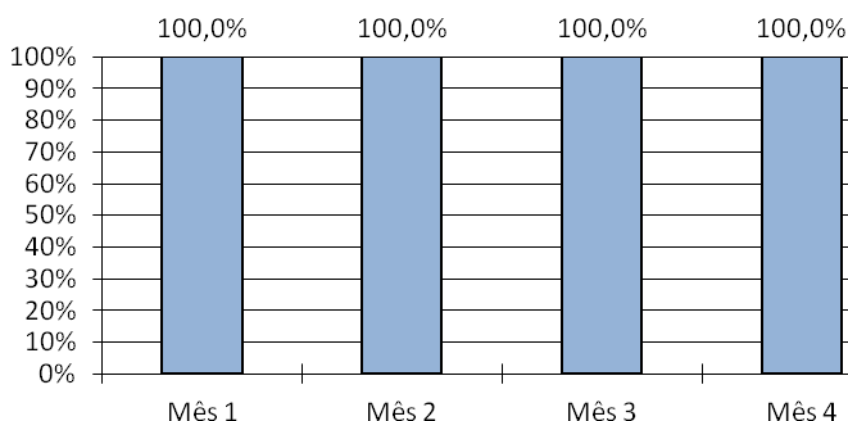


Figura 4 – Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa na área 122 da US. Guaraituba Colombo-PR

Realizamos 100% das buscas ativas de hipertensos para realização de consulta médica conforme a periodicidade recomendada. Iniciamos a coleta de dados nos atendimentos na rotina da unidade de saúde com auxílio da recepção,

portanto no primeiro mês foram 4 buscas rotineiras, no segundo mês não foi realizado pois tivemos que nos reorganizar para coleta de dados, mas no terceiro mês ao realizar o levantamento de dados, com empenho de toda a equipe, junto aos prontuários verificou-se a falta de registros de consulta médica há mais de 12 meses de 23 pacientes, qual foram realizados buscas ativas pelo agentes comunitários de saúde para entrega do agendamento de consulta médica.

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas da área 122, na unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR, conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

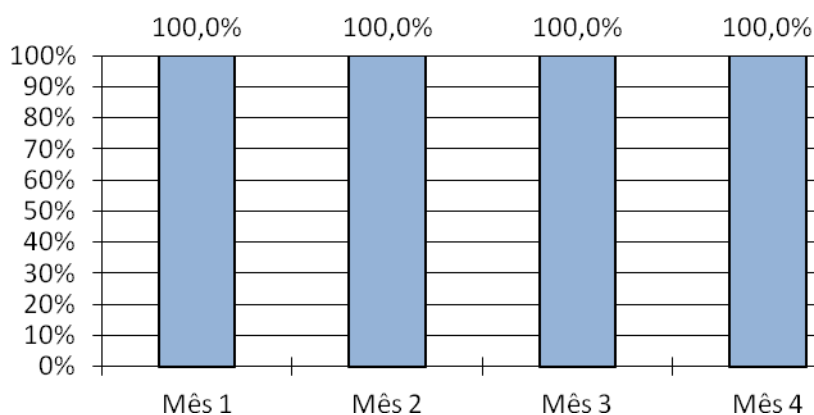


Figura 5 – Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa na área 122, da US. Guaraituba, Colombo-PR

Foram realizados 100% da busca ativa recomendada para ajuste da periodicidade da consulta médica recomendada. Sendo esta atividade concomitante a ação realizada com os hipertensos, isto é na mesma metodologia, mas com parâmetros diferentes para a periodicidade da consulta médica, cada 06 meses, por tratar de pacientes com escore de risco alto.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR.

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

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

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

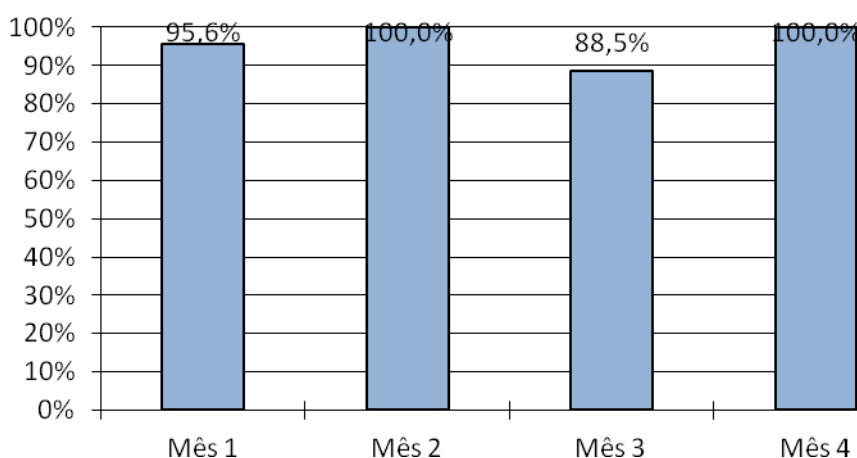


Figura 6 – Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado da área 122 na US Guaraituba Colombo-PR

As ações de intervenção tiveram seu início pelo fluxo rotineiro da unidade de saúde, então no primeiro mês utilizamos como parâmetro a agenda do médico e localizamos os faltosos, portanto não estavam com a avaliação clínica conforme protocolo, realizado busca ativa para comparecerem a consulta. No terceiro mês foram localizados através da leitura de todos os prontuários que haviam 25 pacientes sem frequências as consultas médicas, quais foram regularizadas até a quarto mês. Desta forma ao final das ações da intervenção obtivemos 100% de exames clínicos realizados.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos da área 122

na US Guaraituba, Colombo-PR.

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

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

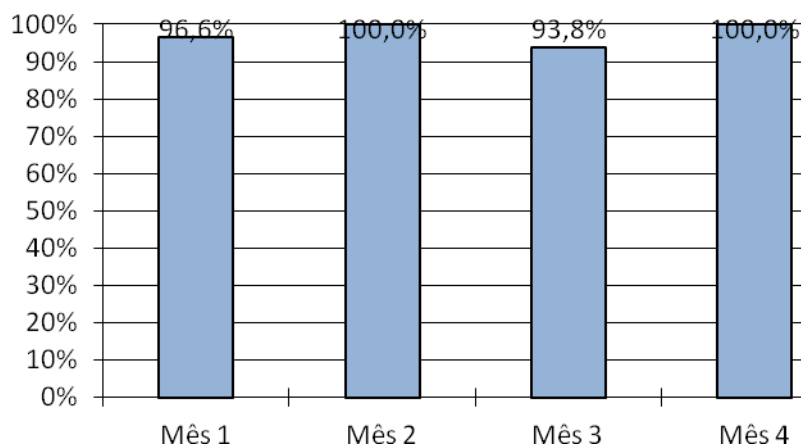


Figura 7 – Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

A metodologia aplicada foi a mesma utilizada aos hipertensos, e obtivemos os seguintes valores, sendo registrado no primeiro mês a falta em consulta de rotina conforme protocolo de 01 (um) paciente diabético, e novamente no terceiro mês conforme registros em prontuário foram encontrados de 05 (cinco) pacientes sem exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR

INDICADOR: Proporção de hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

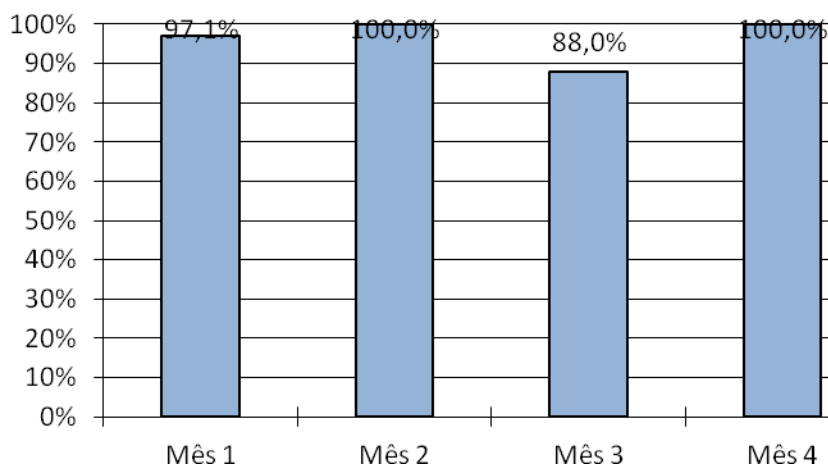


Figura 8 – Proporção de hipertensos com realização de exames complementares em dia da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR

Este foi um dos primeiros indicadores a serem trabalhados, teve início anterior as ações de intervenção, pois devido a minha integração recente a esta unidade de saúde, o fluxo de atendimentos e organização não eram conforme a metodologia de trabalho que realizo, pois não existiam registros e acompanhamentos dos hipertensos e ou diabéticos adequados, assim como em outros programas de atenção à saúde, e esta falta de dados não permite o planejamento das ações e principalmente com metas, é como trabalhar e não ver os resultados. Então, devido a necessidade emergencial observada, anterior ao projeto proposto, conversando com as outras enfermeira das outras áreas iniciamos as solicitações de exames complementares para avaliarmos as condições de saúde dos pacientes hipertensos e ou diabéticos e realizarmos as adequações de medicação, pois existiam receitas prescritas há mais de 2 anos. O fluxo foi organizado da seguinte forma, olhar a data na receita médica ao entregar as medicações, nas verificações da pressão arterial e ou glicemia capilar, nas avaliações por outras queixas e principalmente nas reuniões do hiperdia.

Devido as condições descritas anteriormente, onde as ações relacionadas a este indicador teve início simultâneo a esta pós, desta forma, os indicadores nas semanas de intervenção tiveram as seguintes apresentações: No primeiro mês da intervenção dos 68 pacientes atendidos, 2 pacientes faltaram à consulta e não estavam com exames em dia conforme prontuário, equivalente a 97,1% do mês conforme agenda. No segundo mês, nos organizamos para realizar os

agendamentos de consulta quando o paciente estivesse com resultado de exames em mãos, fez com que os pacientes procurassem a enfermeira para solicitar exames, com isto alcançamos 100% da meta. No terceiro mês, os resultados foram proporcionais aos outros indicadores neste período, devido aos levantamentos realizados nos prontuários, onde de 209 pacientes haviam 25 pacientes sem exames complementares atualizados. Ao final das semanas de intervenção, após as buscas ativas, conseguimos regularizar e atualizar os dados de todos dos 330 pacientes encontrados.

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR

INDICADOR: Proporção de diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

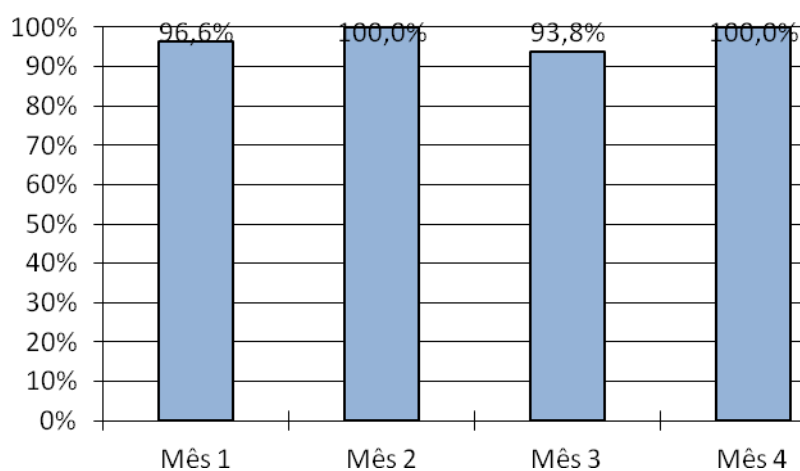


Figura 9 – Proporção de diabéticos com realização de exames complementares em dia da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR.

Esta ação foi realizada juntamente com a aplicada aos hipertensos, observo que dentre os 118 pacientes portadores de diabetes 101 deles tem a hipertensão associada.

Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição dos medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

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

Numerador: número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

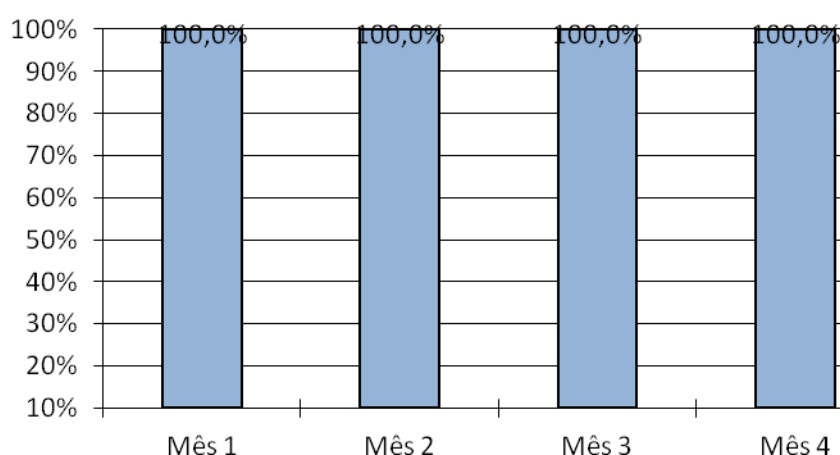


Figura 10 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

O resultado para este indicador foi de 100% em todos os meses, pois a orientação da Secretaria Municipal de Saúde é para preferencialmente realizarem prescrições do elenco das medicações fornecidas pelo município e que fazem parte da Farmácia Popular. Lembrando que a nossa área de abrangência é na sua maioria habitada por pessoas financeiramente carentes, e para garantia da realização dos tratamentos nossos médicos prescrevem medicações que são fornecidos pela nossa farmácia.

Meta 3.6: Garantir a totalidade da prescrição dos medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR

INDICADOR: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

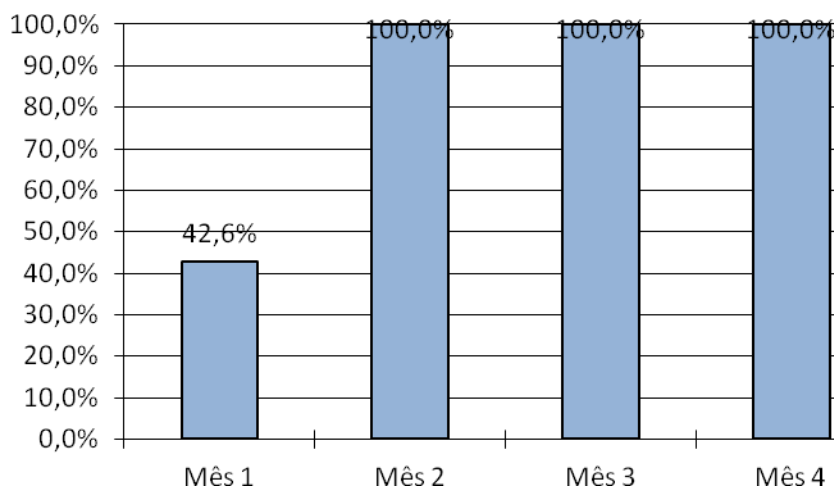


Figura 11 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Este resultado após as ações realizadas para os devidos ajustes necessários, como solicitação de exames e atualização das receitas, conseguimos alcançar a meta de 100% para as prescrições farmácia popular.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR

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

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

Numerador: número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

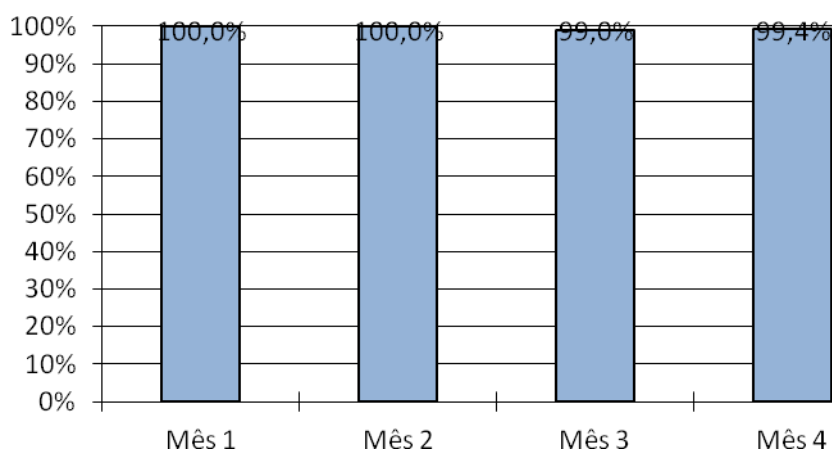


Figura 12 – Proporção de hipertensos com registro adequado em ficha de acompanhamento na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Nos primeiros 2 meses de intervenção, os registros foram realizados em 100%, uma vez que o volume dos pacientes acompanhados também eram menores, e com isso o volume e controle das fichas para serem anexadas aos prontuários para os atendimentos eram mais tranquilos. Mas nos terceiro e quarto mês tivemos um pouco mais de dificuldade para os registros devido ao aumento do volume de fichas, resultado do rastreamento realizado, com isto tivemos uma pequena queda nos indicadores, para 99% e 99,4%, demonstrado na figura 11.

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

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

Numerador: número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

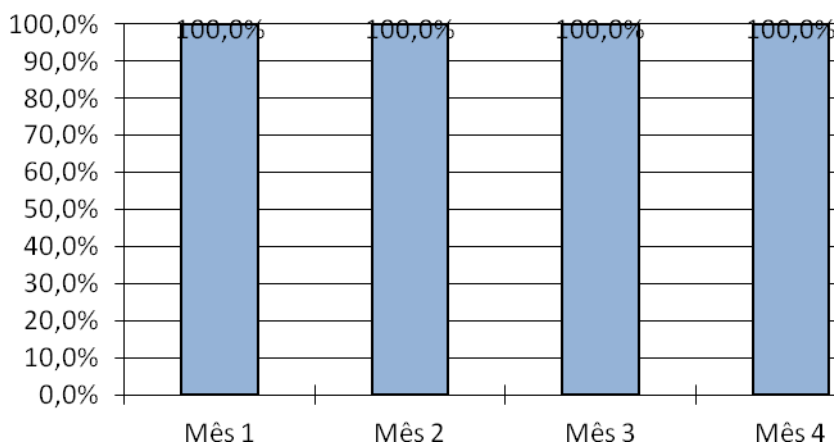


Figura 13 – Proporção de diabéticos com registro adequado em ficha de acompanhamento na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Para manter a ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na área 122 da unidade de saúde Guaraituba Colombo-PR, onde o indicador é a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi alcançado, uma vez que 85,6% tem hipertensão associada facilitou o processo.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

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

INDICADOR: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

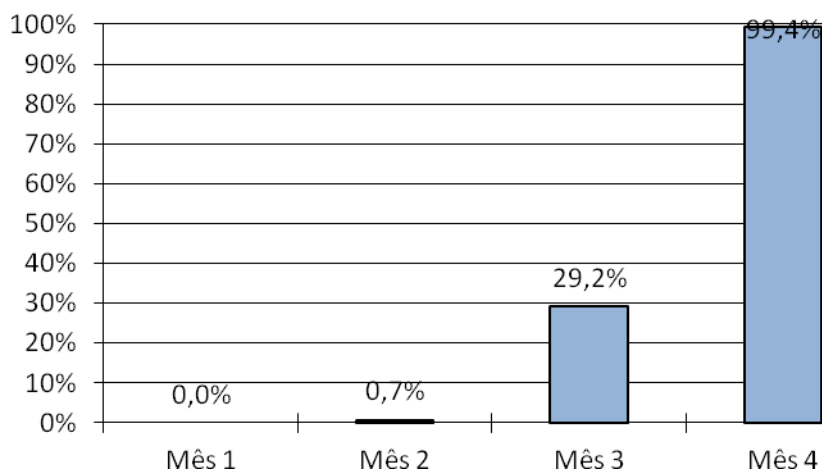


Figura 14 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Esta tarefa foi nosso grande desafio, pois ela resulta de todas as outras ações da intervenção, iniciando pelo cadastramento até a consulta médica para exame clínico e laboratorial adequado para então se estratificar. Desta forma, nos 2 meses iniciais estávamos na organização de todo o processo para obtermos todos os dados necessários e nossos indicadores foram zerados, no segundo mês apenas 1 paciente dos 139 atendidos. No terceiro mês, começaram os retornos dos pacientes com resultados de exames para as consultas, onde iniciamos a estratificação manualmente, nesta etapa realizamos 29,2%, ou seja do total de 209 pacientes atendidos 61 estratificados.

No início da estratificação tivemos muita dificuldade em relação ao tempo da consulta, e isto seria desestímulo ao médico e nossa meta não seria atingida, mas em uma das reuniões para solução deste problema e organização do fluxo para essa ação, o médico de nossa unidade de saúde se prontificou para criação de uma tabela em Excel, onde colocamos os dados do paciente e ele fornece a estratificação. Então, isto possibilitou alcançar a meta em 99,4%, pela grande contribuição do Dr. Hernando e a facilidade do programa, e pela colaboração da equipe da unidade de saúde e os alunos da UFPR (medicina, enfermagem, farmácia, nutrição e terapia ocupacional) para coleta e registro adequado.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos

cadastrados na área 122 da unidade de saúde Guaraituba, Colombo-PR.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

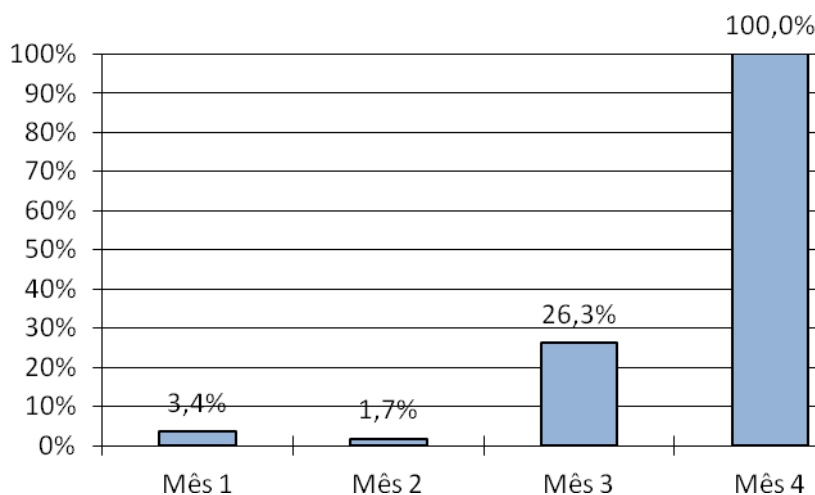


Figura 15 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Esta ação está vinculada ao da realizada aos hipertensos, uma vez que um dos fatores de risco é a presença da diabetes. E o número do indicador é proporcional ao número populacional de diabéticos

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Em relação as metas 6.1 e 6.2, referentes a avaliação odontológica, estas não foram realizadas, pois não temos clínica odontológica e nem equipe odontológica em nossa unidade de saúde. Foram realizadas orientações de saúde bucal, por uma equipe odontológica que aceitou o convite realizado. Portanto para esta meta não poderia ser contemplada nas ações de intervenção.

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

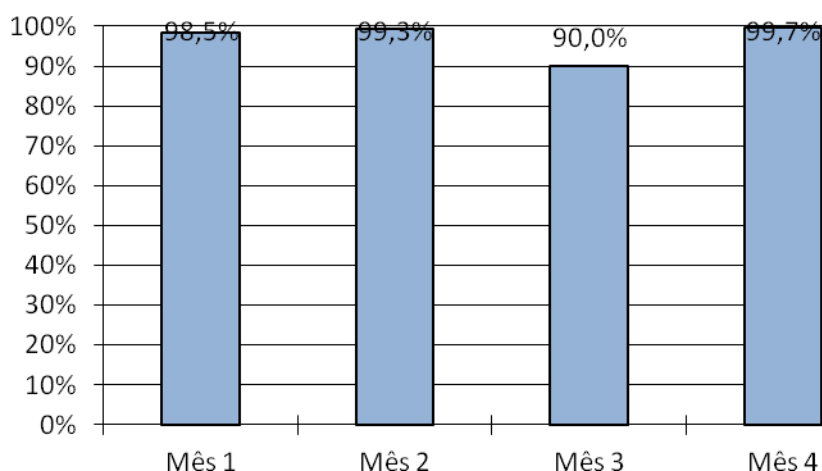


Figura 16 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Para garantia da orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, mas que infelizmente atingimos os valores 98,5%, 99,3%, 90%, 99,7% consecutivamente (figura 15).

Realizamos esta ação em vários momentos, mas tivemos faltas dos pacientes que trabalham registrados em carteira, e compareceram somente em consultas médicas, e faltaram a consulta com a enfermeira. Geralmente, o primeiro momento para esta orientação é com a enfermeira ou nutricionista, onde realizamos um inquérito alimentar para averiguar o hábito alimentar e realizar adequação conforme condições sociais, e o segundo momento na palestra realizada pela nutricionista residente sobre a importância da alimentação no controle da hipertensão. Também temos os grupos de emagrecimento quinzenais, realizado pela nutricionista residente, onde muito dos hipertensos participam.

No quarto mês de intervenção, a comunidade tinha o conhecimento da

presença da nutricionista na unidade de saúde, com isto foram movidos pela curiosidade e pelo interesse em consultar com a profissional da área, desta forma resgatamos a avaliação e orientação nutricional dos faltosos, dos 330 hipertensos 329 receberam orientação. Para os acamados foram orientados os cuidadores em visitas domiciliares.

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

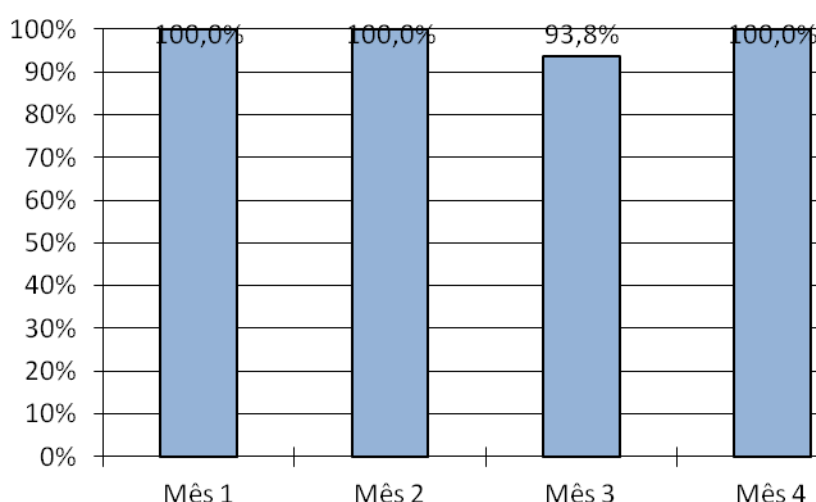


Figura 17 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Para a meta 6.4, para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos da área 122 na US Guaraituba, Colombo-PR, onde o indicador é a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Obtivemos 100% nos meses 1,2 e 4, mas no terceiro mês apresentou-se em 93,4% devido o registro da falta do paciente neste referido mês (Figura 16).

Meta 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática de atividade física regular

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

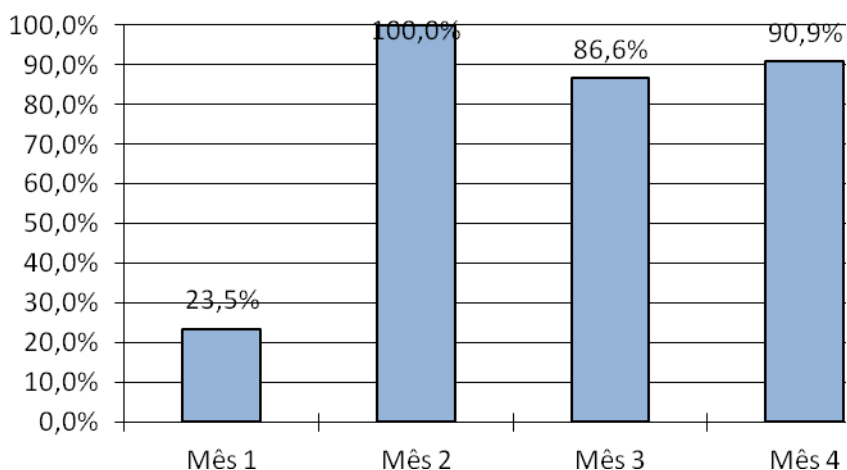


Figura 18 – Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática de atividade física regular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

As orientações da prática de atividade física regular foi realizada inicialmente nas intervenções individuais realizadas nos atendimentos da unidade de saúde, e no primeiro mês foi de 23,5% onde dos 68 hipertensos 16 receberam orientação. Nos meses seguintes, estes indicadores tiveram melhora após inclusão do tema nas reuniões do hiperdia, demonstrados pelos indicadores conforme figura 19, onde no mês 2 foram atendidos e orientados 139 hipertensos, no mês 3 dos 209 hipertensos 181 foram orientados e os acamados ficaram para receber orientações da terapia ocupacional (UFPR) em visita domiciliar, no último mês da intervenção conseguimos concluir nossa meta.

Meta 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a

100% dos pacientes diabéticos na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com orientação em relação à prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

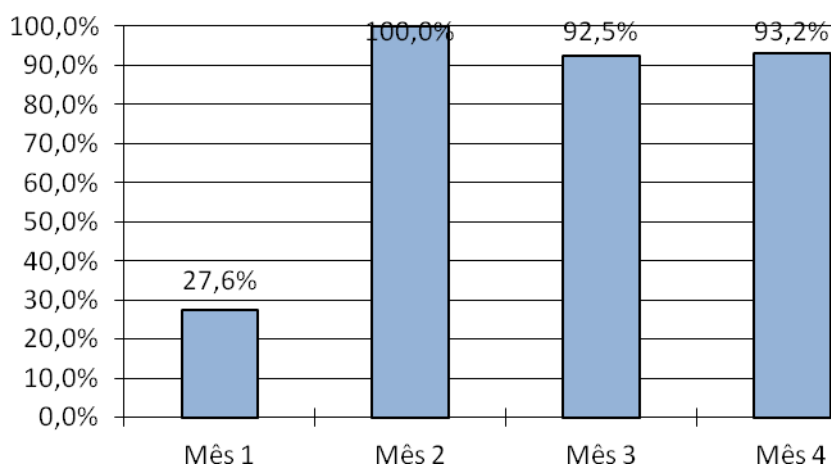


Figura 19 – Proporção de diabéticos com orientação em relação à prática de atividade física regular na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

Esta ação assim como nas outras, o público participa da mesma ação, o que difere e o percentual de participação deste grupo nas atividades, e novamente ressaltar que 85,6 tem hipertensão associada a diabetes. Nos últimos 2 meses a meta não foi de 100%, pois temos diabéticos com complicações e apresentam dificuldade motora e não apresentam condições físicas para realizar as atividades.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

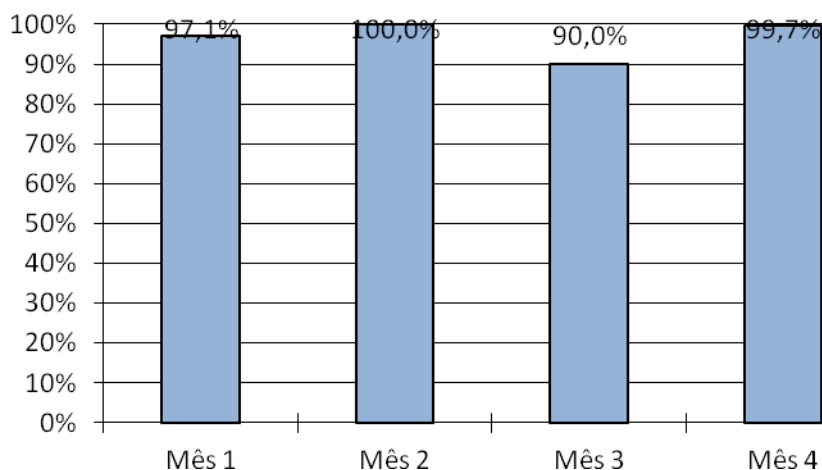


Figura 20 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na área da US Guaraituba, Colombo-PR.

Realizamos esta orientação em dois momentos, a primeira acontece no momento do cadastramento, onde a enfermeira realiza consulta de enfermagem para coleta e registros dos dados cadastrais, dados antropométricos, sinais vitais, medicações prescritas, é também o momento onde realizamos anamnese do paciente com orientações sobre uso correto da medicação, a importância do cuidado nutricional associado ao tratamento medicamentoso e os riscos do consumo de álcool e tabagismo. Outro momento é na reunião do hiperdia, é um dos temas apresentados em palestra realizada pela enfermeira. Os indicadores não estão todos em 100%, pois existem situações desnecessárias e ou inadequadas para orientação sobre tabagismo, onde os pacientes são acamados com complicações patológicas e não fumantes que constam na planilha e são acompanhados em visita domiciliar e sem risco para tabagismo devido ao quadro patológico

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos na área 122 da US Guaraituba, Colombo-PR.

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

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

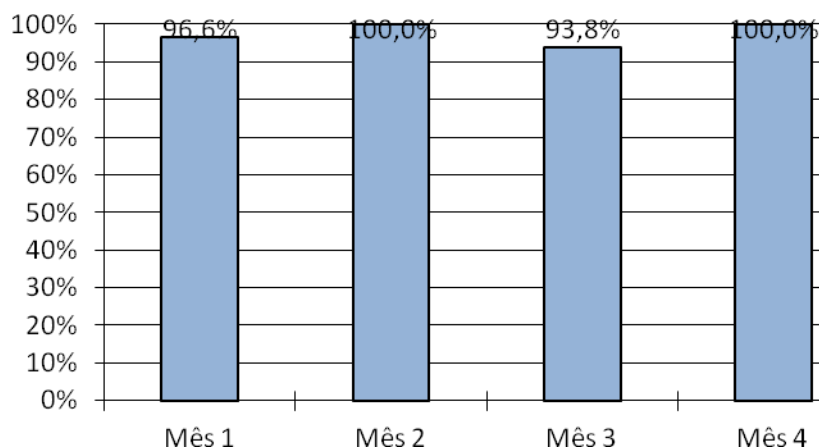


Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na área da US Guaraituba, Colombo-PR.

Na meta 6.8, para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos, onde o indicador é a proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, foram realizados na mesma metodologia que a aplicada ao hipertensos, mas com abordagem das complicações respiratórias ser fator risco mais frequente aos pacientes portadores de diabetes. Apresentaram, conforme figura 22, nos meses 1 e 3 metas inferiores a 100% sendo 96,6% e 93,8 respectivamente por se tratarem situações inadequadas, por exemplo paciente com complicações acamado e não fumante. No último mês, por estarmos mais organizados nas visitas domiciliares, as orientações sobre os riscos do tabagismo foram realizadas a todos os cuidadores e pacientes.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na US Guaraituba, Colombo-PR propiciou a melhoria na qualidade da atenção aos pacientes portadores de hipertensão e ou diabetes, com aumento na cobertura do programa, melhoria dos registros e com destaque para a ampliação e qualificação das orientações relacionadas com a promoção de

saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acolhimento, atendimento clínico, classificação de risco e monitoramento dos pacientes hipertensos e ou diabéticos. A atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, do técnico de enfermagem, agente comunitário e da recepção.

Definimos como fluxo da US a solicitação do exames para todos os hipertensos de acordo com a periodicidade recomendada e segundo o critério de classificação de Framingham, sendo que a solicitação pode ser feita tanto pelo enfermeiro como pelo médico. Garantia de consulta médica agendada conforme periodicidade e necessidade. O cadastramento é realizado pelo enfermeira(o). Ao realizar entrega das medicações do elenco do hiperdia, verificar se o paciente está cadastrado no programa. O registro e monitoramento dos dados fica por conta dos enfermeiros com a colaboração dos monitores do PET da UFPR e residência multiprofissional.

Esta organização acabou tendo impacto também para as outras áreas da unidade de saúde, uma vez que ao realizar as intervenções as ações relacionadas ao fluxo de atendimento, agendas e registros envolviam os funcionários de todas as áreas, desta forma toda a unidade de saúde foi reorganizada tendo como diferencial a questão da coleta de dados.

Antes da intervenção, a atenção ao hipertensos e ou diabéticos era centralizada na consulta médica e na entrega das medicações. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, também melhorar a qualidade do serviço e realizar rastreamento conforme orientação do Ministério da saúde. A melhoria no registro, solicitação dos exames e o agendamento programado dos hipertensos e ou diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e às outras ações programáticas.

Além disso, a classificação de risco tem sido um elemento chave para apoiar a priorização do atendimento aos hipertensos e ou diabéticos.

O impacto da intervenção ainda não foi percebido de maneira expressiva pela comunidade. Os hipertensos e ou diabéticos demonstram satisfação pela prioridade no atendimento, mas ocorre certa insatisfação por parte de outros usuários que desconhecem o motivo da priorização. Embora tenhamos aumentado a cobertura do programa HIPERDIA, sabemos que ainda há hipertenso e ou diabéticos em nossa área sem acompanhamento.

A intervenção poderia ter sido facilitada se não tivéssemos tantos desgastes com a gestão municipal. Poderíamos também discutir de maneira mais profunda os temas relacionados com andamento das atividades com a comunidade, o que permitiria aumentar nosso leque de possibilidades para implementar as ações desenvolvidas.

Ao final do projeto, notamos uma maior integração da equipe e também temos boas condições de incorporar o projeto à rotina de nosso serviço. Dessa forma, poderemos solucionar as dificuldades encontradas durante o planejamento e a execução da intervenção, particularmente os encontrados com a realização das atividades educativas e da classificação de risco segundo Framingham.

Nesse contexto, visando essas melhorias, precisaremos investir mais na divulgação das atividades coletivas e intensificar o contato com a comunidade visando à conscientização da importância da priorização do atendimento aos hipertensos e ou diabéticos, em especial ao de maior risco. Quanto às solicitações de exames periódicos e avaliação clínica conforme classificação de risco, segundo orientação do protocolo do Ministério, procuraremos reforçar a importância desses procedimentos nas reuniões tanto para a equipe como para os próprios hipertensos e ou diabéticos e procuraremos ajustar nossa agenda para que seja viável a realização desses procedimentos nos prazos adequados.

O projeto de intervenção pode ser utilizado como base para a melhoria das outras ações programáticas da US (Saúde da Criança, saúde da mulher, e outros não contemplados com as intervenções desta pós). Contudo, a partir de agora, nosso foco será utilizá-lo como base para estabelecer as ações que ainda não são realidade em nossa US (saúde da criança e Saúde Mental).

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa criado pelo Ministério da Saúde para organizar melhor a atenção básica à saúde. Tem uma área definida e deve trabalhar com atividades planejadas, além da demanda espontânea. O programa de hipertensos e ou diabéticos é umas das ações que devem ser

disponibilizadas pela equipe de saúde da família e a população precisa ser orientada sobre a importância e implicações da participação nas atividades para controle e monitoramento o mais precocemente possível.

A Unidade de Saúde Guaraituba trabalha com ESF com uma população adscrita de **12.976** pessoas. Desde a implantação da ESF a US tem realizado esta ação programática, mas percebemos a necessidade de melhorar a qualidade desta ação para nossos pacientes portadores de hipertensão e ou diabetes.

Considerando as condições encontradas na minha chegada a US Guaraituba, devido à falta de registros e de organização para os atendimentos programados não tínhamos parâmetros de cobertura do programa de hipertensos e ou diabetes. A adesão dos hipertensos e ou diabéticos era considerada baixa, considerando que a maioria não estava com receitas atualizadas e buscavam a medicação no dia da reunião do HIPERDIA, aliás era somente entrega de medicação, não realizavam verificação da PA nem teste glicêmico, ou monitoravam as datas das consultas dos pacientes e nem realizavam palestra ou outra atividade de educação em saúde.

Hoje após adequação, melhoramos a adesão dos pacientes hipertensos e ou diabéticos com acolhimento e melhoria nos serviços prestados para prevenção e cuidados. Através dos registros e monitoramento podemos quantificar nossos indicadores de cobertura e qualidade, com isto gerar relatórios mais fidedignos e monitorar os resultados das ações na intervenção da melhoria na atenção aos pacientes portadores de hipertensão e ou diabetes. Organizamos o fluxo de atendimento ao paciente portador de hipertensão e ou diabetes de forma a contemplar os parâmetros dos atendimentos realizados na UBS (unidade básica de saúde), segundo o protocolo do Municipal e do Ministério da Saúde, com realização do cadastramento, garantia das consultas clínicas e exames de rotina conforme o calendário recomendado e também na necessidade do paciente, fornecimento da medicação do elenco municipal e da farmácia popular, orientações nutricionais, farmacológicas e atividades físicas, e acompanhamento e monitoramento domiciliar dos pacientes com dificuldade para deambular.

Tanto para as ações individuais como coletivas pode ser verificado um envolvimento considerável por parte dos profissionais. As principais dificuldades encontradas nesse processo envolvem as inadequações estruturais e de insumos.

Nesse contexto, foi realizada a intervenção que contou com a participação dos membros da equipe, os quais foram capacitados para rastrear os hipertensos e ou

diabéticos e desenvolver as ações seguindo o Caderno de Atenção Básica nº 29, sobre Rastreamento (Ministério da Saúde, 2006), cada um realizando seu trabalho conforme as atribuições propostas antes da intervenção e analisadas durante o processo de implantação.

Para avaliar o andamento das atividades da intervenção, foram utilizadas fichas espelhos, a recomendada pela UNASUS contendo informações sobre o paciente hipertenso e ou diabético.

Após 4 meses de intervenção, as ações programadas para a área 122 da US Guaraituba foram todas realizadas, sendo utilizados para a avaliação da intervenção os seguintes indicadores:

1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso da área
2. Cobertura do programa de atenção ao diabético da área
3. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa
4. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.
5. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
6. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
7. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
8. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
9. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
10. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.
11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
16. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
17. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.
18. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

19. Proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo.

20. Proporção de diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo.

Para cada indicador havia uma meta em porcentagem que foi proposta e deveria ser atingida e para cada objetivo proposto, havia várias ações desenvolvidas (qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço).

Analisando o Cronograma de atividades, percebemos que todas elas puderam ser implementadas, algumas com maior e outras com menor intensidade. A evidência disso é que conseguimos atingir as seguintes metas, conforme demonstra o quadro abaixo:

| Indicador | Inicial | Meta | Resultado |
|---|----------------|-------------|------------------|
| Percentual de cadastramento dos hipertensos no Programa | 30,2% | 100% | 66,9% |
| Percentual de cadastramento dos diabéticos no Programa | 42,6% | 100% | 96,7% |
| Percentual de busca ativa de hipertensos faltosos na consulta médica | 100% | 100% | 100% |
| Percentual de busca ativa de diabéticos faltosos na consulta médica | 100% | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com exame clínico apropriado | 95,6 | 100% | 100% |
| Percentual de diabéticos com exame clínico apropriado | 96,6% | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com realização de exames complementares em dia | 97,1% | 100% | 100% |
| Percentual de diabéticos com realização de exames complementares em dia | 96,6 | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular | 100% | 100% | 100% |
| Percentual de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular | 42,6% | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com registro adequado em ficha de acompanhamento | 100% | 100% | 99,4% |
| Percentual de diabéticos com registro adequado em ficha de acompanhamento | 100% | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular | 0% | 100% | 99,4% |
| Percentual de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular | 0% | 100% | 100% |
| Percentual de hipertensos com avaliação odontológica | 0% | 0% | 0% |
| Percentual de diabéticos com avaliação odontológica | 0% | 0% | 0% |
| Percentual de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável | 98,5% | 100% | 99,7% |
| Percentual de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável | 100% | 100% | 100% |

| | | | |
|--|-------|------|-------|
| Percentual de hipertensos que receberam orientação sobre pratica de atividade física regular | 23,5% | 100% | 90,6% |
| Percentual de diabéticos que receberam orientação sobre pratica de atividade física regular | 27,6% | 100% | 93,2% |
| Percentual de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo | 97,1% | 100% | 99,7% |
| Percentual de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo | 96,6% | 100% | 100% |

Podemos dizer que a intervenção foi um sucesso na USF Guaraituba, analisando os valores percentuais das metas e objetivos propostos, melhorando a qualidade da atenção aos portadores de hipertensão e ou diabetes. A intervenção transcorreu conforme o cronograma proposto nas semanas de intervenção, apesar de não ter sido realizado dentro do cronograma do curso, e foi incorporada na rotina do serviço, de modo que continuaremos com as atividades já realizadas, principalmente, pelo fato da captação dos hipertensos e ou diabéticos ter obtido bons resultados, e através das ações da intervenção terem propiciado o engajamento público e da equipe.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A equipe da Estratégia de Saúde da família Guaraituba vem por meio desse relatório informar a comunidade as transformações ocorridas na unidade após da realização de uma intervenção com foco na melhoria da atenção aos portadores de hipertensão e ou diabetes.

A Unidade de Saúde Guaraituba trabalha com a população local, **12.976** pessoas, procurando auxiliar no cuidado de saúde. Para tanto, são realizadas várias atividades, tais como vacinações, avaliação da pressão arterial, realização de consultas médicas tanto para a demanda espontânea como para as ações programáticas, atividades de grupo, entre outras.

Entre as diversas atividades que a Unidade de Saúde Guaraituba realiza está o programa do HIPERDIA, que é a atenção ao hipertenso e ou diabético. A atenção ao hipertenso e ou diabético constitui uma importante atividade da Atenção Básica, uma vez que permite atuar numa das principais causas de doenças cardiovasculares com altos índices de mortalidade, corrigindo-as quando necessário. Uma atenção

adequada pode evitar importantes desfechos negativos, como sequelas com incapacidade motriz, fala e entre outras, até o óbito.

Na área 122 da Unidade de saúde do Guaraituba, temos acompanhado todos os hipertensos e diabéticos, segundo relatórios de registros da unidade de saúde, mas estaremos dando continuidade na busca de encontrar novos pacientes pelo mesmo processo de rastreamento, utilizando como parâmetro a estimativa da VIGITEL. A adesão aos programas está sendo muito bom, sendo observado pela presença assídua nas atividades coletivas, nas consultas médicas e nutricionais e principalmente pela procura direta à equipe de referência (122) quando há dúvidas nas recomendações ou alguma queixa relacionada a saúde, demonstrando o vínculo criado entre comunidade e equipe.

Algumas ações já eram realizadas, tais como às reuniões de grupo do HIPERDIA e consultas clínicas, mas as reuniões tinham como objetivo a entrega de medicação para diminuir a demanda da farmácia durante os dias de atendimento, as consultas não eram agendadas, a condição clínica e os exames não eram monitorados conforme recomendação do Ministério, nunca houve menção a realização da classificação de risco cardiovascular, não haviam atividades educativas conforme observei na época em que fui transferida a esta unidade de saúde com objetivo de reorganizar todos os programas, a pedido da Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente no programa de HIPERDIA, temos reuniões com realização de oficinas com temas diversificados com vários profissionais (médico, nutricionista, farmacêutica, enfermeira e terapia ocupacional), verificação da pressão arterial e glicemia capilar, entrega da medicação e solicitação de exames e agendamento de consulta conforme necessário. Conforme observado pela assiduidade, e pela justificativa da falta realizada pelo paciente, que acontece anterior à data da reunião, somado a integração do paciente nas oficinas através de perguntas e agradecimentos, nos demonstra a satisfação nas ações de intervenção realizadas. Além das ações coletivas, também são realizadas pela equipe ações em âmbito individual, consulta médica com agendamento prévio, consulta com nutricionista, atenção farmacêutica individual e visitas domiciliares regulares para acompanhamento dos pacientes hipertensos e ou diabéticos com dificuldade para deambulação. Tanto para as ações individuais como coletivas pode ser verificado um envolvimento considerável por parte dos profissionais. As principais dificuldades

encontradas nesse processo envolvem as inadequações estruturais e de insumos.

Para que alcançássemos a melhoria acima descrita, realizamos uma intervenção que durou 4 meses e que contou com a participação de toda a equipe e da comunidade.

Assim, finalizados os 4 meses de intervenção, podemos dizer que ela foi um sucesso, pois conseguimos atingir os seguintes percentuais dos objetivos propostos, tais como:

1. Melhora da cobertura dos hipertensos de 30,2% inicial para 66,9%, e dos diabéticos de 42,6% inicial para 96,7% pela VIGITEL.
2. Melhoria da adesão dos hipertensos ao programa de 100% e dos diabéticos 100%.
3. Melhoria na qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e ou diabético, com realização de 100% de exames clínicos nos hipertensos e diabéticos, 100% de hipertensos e diabéticos com realização de exames complementares, 100% de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicação da Farmácia Popular.
4. Melhoria do registro de informações em 99,4% para os hipertensos e 100% para os diabéticos.
5. Mapear risco para doença cardiovascular de 0% para 99,4% para os hipertensos, e de 0% para 100% para os diabéticos.
6. Melhoria na promoção à saúde com garantia de realização de orientações, sendo: orientação sobre alimentação saudável realizamos em 99,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Para orientação à prática de atividade física regular realizamos em 90,9% dos hipertensos e em 93,2% dos diabéticos. Para orientação quanto aos riscos do tabagismo foi alcançado meta de 99,7% para os hipertensos e de 100% para os diabéticos.

Embora tenhamos completado a intervenção, isto não significa que tudo acabou. Vamos continuar a manter a mesma dedicação e o mesmo padrão de trabalho que tínhamos durante a intervenção. Nesse sentido, será fundamental a continuidade da participação da comunidade na melhoria e atenção aos portadores de hipertensão e ou diabetes, para que, dessa forma, possamos juntos ajudar a construir um SUS cada vez melhor.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso, eu tinha grandes expectativas em relação à condução das atividades, principalmente pelo fato da proposta focalizar nosso próprio ambiente de trabalho. Uma das tarefas foi a de realizar uma análise intuitiva da Unidade de Saúde. Na sequência, realizamos a Análise Situacional, que nos direcionou melhor para a escolha do tema a ser abordado na intervenção. Vale destacar que o tema foi escolhido e as atividades sempre foram direcionadas por boas discussões com a equipe sobre quais seriam as melhores maneiras de organizar o serviço quanto aos atendimentos dos hipertensos e ou diabéticos, procurando envolver a equipe na construção do projeto, pois este é nosso maior grupo de usuários.

Sinceramente, minha opinião era que, embora tivesse grandes expectativas em relação ao curso, dificilmente conseguiria alguma mudança significativa em nossa realidade no ano de 2013, pois foi um ano extremamente difícil no relacionamento entre funcionários com a Gestão. Fomos alvos de muitas cobranças por metas e relatórios, mas não recebíamos o suporte necessário para o cumprimento dessas metas, inclusive em um dos relatórios de intervenção citei que a secretaria havia perdido todos os dados de cadastramento dos hipertensos e diabéticos. Tivemos vários pedidos de exoneração, e com isto, recebia com frequência pedidos para envio de funcionários para outra unidade de saúde para cobrir falta de outros, mesmo tendo um quadro de recursos humanos pequeno. Tínhamos de conviver mensalmente com a ameaça de desconto em nossos salários. Devido as situações descritas e por algumas outras, acabei me envolvendo em ações para busca da melhoria de condições de trabalho, valorização e respeito ao trabalhador da saúde. Com isto minha dedicação a pós foi um pouco prejudicada, mas os problemas foram resolvidos através de algumas mudanças e trocas necessárias, inclusive da secretaria, qual foi bem recebida pelos funcionários. Este processo gerou certo atraso para o início da intervenção, mas em contrapartida houve uma dedicação por parte dos funcionários para o desenvolvimento das atividades, pois se sentiram mais estimulados ao serem atendidos na solicitação por respeito, pois as ameaças eram constantes. A dedicação para realização das atividades continuaram rotineiras, mesmo após a solução dos problemas administrativos e perduram até o dia de hoje.

Dessa forma, no decorrer do trabalho, pude notar as melhoras na qualidade do nosso serviço para melhoria da atenção ao hipertenso e ou diabético, principalmente

no rastreamento, registro e classificação de risco. Percebi a possibilidade de organizar um bom trabalho no tema selecionado e, tanto eu como os funcionários nos surpreendemos com os resultados. A intervenção foi realmente um sucesso e servirá inclusive de base para novos projetos.

No desenvolver das atividades percebi a importância de utilizar as ferramentas que nos são disponibilizadas gratuitamente para o desenvolvimento das ações programáticas, e o quanto contribuiu para minha prática profissional. Cito como exemplo, os Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Nessas fontes de dados podemos encontrar todo tipo de conhecimento que nos será útil para melhorar nosso desempenho profissional. O curso também despertou o quanto ainda precisamos melhorar para realizar nosso trabalho de modo a adequar o sistema de trabalho, motivando a equipe e estabelecendo vínculos com a população e principalmente ter o apoio dessa população nas ações e decisões da equipe, para que realmente funcionem os projetos e o serviço de saúde como um todo. Entendi que se procedermos dessa forma todos serão beneficiados com a prevenção e a melhora da sua saúde. O reconhecimento da comunidade para os serviços prestados pela equipe é gratificante, isto nos torna mais responsáveis ainda pela realização do bom cuidado.

Observando os quatro eixos pedagógicos propostos pelo curso, pude observar em uma nova perspectiva o ambiente de trabalho que nos foi propiciado. Percebi que esta realidade ainda é desconhecida de muitos e por isso várias melhorias que poderiam ser obtidas em todas as esferas do sistema ainda não estão ao nosso alcance.

Também foi um aprendizado a experiência de trabalhar com os hipertensos e diabéticos e suas famílias e ver no decorrer da intervenção a satisfação de ter disponível na equipe este trabalho, através do qual os usuários se sentiram acolhidos e priorizados no sistema como um todo. Creio que a melhora dos índices descritos na intervenção foram consequência direta do ajuste motivacional e da compreensão de todos sobre a importância de realizar atendimento qualificado

Bibliografia

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 11: Saúde da criança**. Brasília, 2002.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 13: Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília, 2013.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 37: Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 36: Diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 28: Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

_____. _____. **Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

_____. _____. **Manual de Estrutura Física da UBS**. Brasília, 2008.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares/Censo 2000/2001**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acessado em: 20/06/2013.

DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 20/06/2013.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Colombo**. Acessado em www.ipardes.gov.br, em 20/06/2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Colombo, 2013.

Anexos

Anexo B – Planilha de coleta de dados

Planilha [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

112

| | A | B | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | |
|----|------------------------------|---|-------------------------|--|---|--|---|--|--|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Dados para Coleta | Número do paciente | O paciente é diabético? | O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA? | O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo? | Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso? | O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo? | O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo? | O paciente necessita tomar medicamentos? | Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular? | O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento? | A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia? | O paciente realizou avaliação odontológica? | O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável? | O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular? | O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo? | | | | | |
| 3 | Orientações de preenchimento | de 1 até o total de pacientes cadastrados | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | | | | | |
| 4 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

← ▶ ... Orientações Dados_da_UBS Mês_1 Mês_2 Mês_3 **Mês_4** Indicadores ...

Anexo C – 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 Srª

Profª 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