



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6



Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Centro de Saúde de São José do Norte, RS.

Kenselyn Oppermann

Pelotas, 2015

Kenselyn Oppermann

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM do Centro de Saúde de São José do Norte, RS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância - UFPel/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

O62m Oppermann, Kenselyn

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM do Centro de Saúde de São José do Norte, RS / Kenselyn Oppermann; Luíla Bittencourt Marques, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

83 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os pacientes atendidos ao longo do meu primeiro ano como médica. A todos os pacientes que me deixaram dúvidas, interrogações, sofrimentos, alegrias e outros tantos sentimentos que representam a energia, o sentido e a motivação para o meu contínuo crescimento pessoal e profissional.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me dar fé e saúde para exercer minha profissão; agradeço a minha família, por estar sempre presente e representar um estímulo ao meu progresso. Agradeço aos meus professores, mestres e orientadores, por acreditarem no meu trabalho. Agradeço aos meus pacientes, por depositarem tamanha confiança em mim.

Resumo

OPPERMANN, Kenselyn. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM do Centro de Saúde de São José do Norte, RS.** 2015. 83f.; il. Trabalho de Conclusão – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Pelotas, 2014.

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis. Grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, das complicações, como as doenças cardiovasculares e a diálise por insuficiência renal. A atenção primária à saúde é responsável pela atenção aos problemas mais comuns na comunidade e tem papel primordial nas ações de controle da hipertensão arterial, da diabetes mellitus e das doenças cardiovasculares. Suas ações vão desde a promoção à saúde e prevenção de riscos até rastreamentos, manejo específico e prevenção de suas complicações. O projeto de intervenção realizado no Centro de Saúde de São José do Norte objetivou ampliar e qualificar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Para tanto, foi necessário um trabalho em equipe, com ênfase na escuta e no exame clínico, além da realização de exames complementares, do monitoramento contínuo, da promoção de saúde e da melhora nos registros. Os cadernos de atenção básica nortearam as condutas neste processo. A intervenção foi realizada nos meses de agosto a novembro, totalizando doze semanas, e o cadastramento dos usuários portadores de HAS foi crescente: 3,3% (58 Usuários) no primeiro mês; 9,4% (156 Usuários) no segundo mês e 12,5% (207 Usuários) no terceiro. Da mesma forma, 24 usuários com DM foram cadastrados no mês 1 (5,9%), 59 cadastrados no mês 2 (14,4%), e no terceiro mês foram 80 (19,5%). A intervenção conseguiu realizar exame clínico completo, orientações sobre atividade física, alimentação, cessação do tabagismo e higiene bucal em 100% dos cadastrados. A estratificação do risco cardiovascular foi realizada em quase 80% dos usuários com HAS e 90% dos usuários com DM, o que acompanhou o resultado sobre exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Como a população de abrangência é grande, para atingir uma cobertura de 100% seria necessário maior tempo de acompanhamento, ou ampliação da ESF, com mapeamento e divisão do território. Apesar de não alcançar a totalidade da população, a intervenção conseguiu proporcionar um atendimento mais qualificado a essa população.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	41
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de Saúde.....	42
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	42
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	43
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	44
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	45
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	46
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	47
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	48
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	49
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	49
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	50
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de Acompanhamento.....	50
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	51

Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	52
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	53
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	54
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	55
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	55
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	56
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	57
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	58
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	58
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	59

Lista de abreviatura e Siglas

APS – atenção primária à saúde

AVC – acidente vascular cerebral

ESF – estratégia de saúde da família

PROVAB – programa de valorização da atenção básica

HIPERDIA - sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

DM – diabetes mellitus

HAS – hipertensão arterial sistêmica

Sumário

Apresentação.....	
1 Análise Situacional.....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF.....	13
1.2 Relatório da análise situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas.....	27
2.2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2.2 Objetivos Específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	27
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	36
2.3.4 Cronograma.....	38
3 Relatório da Intervenção.....	39

3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	39
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.....	39
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....	40
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.....	40
4	Avaliação da Intervenção.....	41
4.1	Resultados.....	41
4.2	Discussão.....	61
4.3	Relatório da Intervenção para a Gestão.....	63
4.4	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	66
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
	Referências.....	72
	Anexos.....	74

Apresentação

O volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e DM do Centro de Saúde de São José do Norte, RS. O trabalho está organizado em cinco unidades sequenciais e interligadas. A primeira unidade é a análise situacional, parte fundamental para formular as diretrizes do TCC. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. A quarta seção compreende a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A unidade de atenção primária em saúde na qual desempenho meu trabalho está localizada no centro do município, próxima ao Hospital de São José do Norte, e funciona como um centro de especialidades e não como Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Centro de Saúde fornece atendimentos em três turnos e possui uma equipe composta por uma ginecologista, dois pediatras, três clínicos, duas nutricionistas, três enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem, uma higienizadora e duas secretárias, cada qual com horários distintos de trabalho.

Em relação à estrutura física, o posto Central está em reforma desde julho de 2012, e seus profissionais foram alocados para uma garagem municipal, improvisada com uma sala de espera, um banheiro, quatro consultórios médicos, três consultórios de enfermagem e uma sala de procedimento. O atual local de trabalho é precário, não possui farmácia e nem espaço para realização de grupos de educação em saúde, porém atende uma demanda de cerca de 50% da população nortense. O término da obra está previsto para o ano de 2014, enquanto isso os funcionários fazem o possível para atender a população da melhor forma.

Até a minha chegada não havia um médico que atendesse demanda imediata, pois todas as consultas eram previamente agendadas. Ao chegar à cidade, a secretária de saúde me apresentou a problemática local e pediu que eu desse uma maior atenção à demanda reprimida e ao acompanhamento de usuários crônicos, principalmente aqueles portadores de HAS e/ou DM. Dessa forma, trabalho com o sistema de fichas para atendimento em dois turnos; para consultas no turno na manhã, as fichas são retiradas na mesma manhã; da mesma forma no turno da tarde. Antes, os usuários tinham de procurar a emergência do hospital por qualquer motivo, fosse uma renovação de receita ou um simples resfriado, pois não contavam com a disponibilidade de um médico em tempo integral e de resolução “imediata”. Além disso, reservei as quintas-feiras para o programa “HiperDia”, onde atendo sob a forma de agendamento, usuários com HAS e/ou DM: esses usuários estavam sem acompanhamento, muitos com manejo obsoleto e sem orientação acerca da doença. Em duas semanas consegui implementar o sistema de triagem com a enfermagem,

até então inexistente. Entrei em contato com a farmácia municipal e realizei a solicitação de medicações para a construção da nossa farmácia básica, pois muitos usuários que poderiam ser manejados na própria unidade acabam sendo encaminhados ao Hospital.

Em pouco tempo pude observar que o sistema de trabalho da equipe é individualista, cada profissional desempenha seu trabalho sem criar um vínculo entre si e com a comunidade, além de não existir reuniões de equipe. A população, da mesma forma, não reconhece o Sistema Único de Saúde (SUS) como “um dever do Estado, um direito do cidadão”, não sabe muitas vezes das possibilidades que a saúde pública oferece; em resumo, o município esteve sem assistência médica ou com assistência deficiente por muitos anos, além de possuir um nível educacional baixo. Outras unidades de ESF do município também ficaram alguns anos sem médicos, dessa forma, as pessoas ainda não sabem o significado de engajamento ou educação em saúde. O processo de cobertura integral da atenção primária é recente, a ESF ainda necessita ser ampliada, e para que haja uma melhor relação com a comunidade são necessários esforços conjuntos entre as equipes de saúde e os gestores municipais, além da participação popular.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Estou participando do PROVAB no município de São José do Norte/RS, distante cerca de 372 quilômetros da capital gaúcha. São José do Norte (SJM) faz parte de uma península situada entre o oceano Atlântico e a Lagoa dos Patos e possui uma população estimada em mais de 25 mil habitantes (IBGE, 2010). O acesso ao município é possível por meio de uma travessia através da Laguna dos Patos, a partir do município de Rio Grande, de uma distância de 8 km, com duração média de 30 minutos. O município de Rio Grande é a principal referência para São José do Norte, tanto na área da saúde quanto na economia e na prestação de serviços. A economia local está apoiada na agricultura, na pesca e no turismo ecológico e litorâneo; a cebola, o arroz e as florestas de pinus são as principais riquezas agrícolas; e o camarão, o mais nobre fruto do mar. A recente instalação do Estaleiro EBR para construção de plataformas surge como atrativo econômico e de crescimento populacional.

O sistema público de saúde conta com cinco unidades de ESF, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, uma Unidade Móvel, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e um Hospital de pequeno porte, o qual realiza internações e atendimento de urgência/emergência, sem capacidade para cirurgias ou maternidade. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ainda está em processo de construção. Na UBS tradicional (Centro de Saúde de SJN) há especialistas em ginecologia e pediatria, e as demais especialidades localizam-se nos municípios de Rio Grande, Pelotas, Piratini, Pinheiro Machado, Bagé e Porto Alegre, para onde os usuários são referenciados. A rede de saúde fornece exames laboratoriais e radiografias com certa facilidade, porém endoscopias, ultrassonografias, tomografias, eletrocardiogramas e outros de maior especificidade demandam longa espera. Uma luta que está sendo aos poucos vencida é a de encaminhamento de gestantes de alto risco, as quais estão há pouco tempo sendo referenciadas ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande.

O Centro de Saúde de SJN é uma unidade básica de saúde de modelo tradicional que funciona há mais de 30 anos e está localizada no centro da cidade, próxima ao hospital. A unidade funciona em três turnos, sendo que no turno do dia conta com dois pediatras, uma ginecologista, dois clínicos gerais, duas nutricionistas, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem e duas secretárias. Com exceção de mim, ou outros médicos e as nutricionistas trabalham somente com consulta previamente agendada e em horários específicos, não estando todos presentes simultaneamente. O turno da noite funciona até às 21h e conta com um clínico geral, um pediatra, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma secretária.

O Centro de Saúde está em reforma desde julho de 2012, e seus profissionais foram alocados para uma garagem municipal, improvisada com divisórias sem proteção acústica, com uma sala de espera, um banheiro, quatro consultórios médicos, três consultórios de enfermagem e uma sala de procedimento. A garagem ocupada pela UBS pertencia à clínica de fisioterapia do município, onde a cozinha é compartilhada. A unidade responsável pelo atendimento de quase 50% da população não possui janelas, e a circulação é realizada através de ventiladores e de dois climatizadores. Não há farmácia e nem espaço para sala de observação/nebulização ou para realização de grupos de educação em saúde. A partir de abril de 2014 iniciamos a solicitação de medicamentos junto à farmácia municipal, e os mesmos passaram a ser armazenados na sala de curativos/procedimentos. Há alguns pontos

positivos a serem ressaltados, como a existência de dois computadores com acesso à internet nas salas das enfermeiras, disponível também aos demais profissionais de saúde. A unidade localiza-se a uma quadra do Hospital municipal, que fornece rápido transporte de ambulância, quando chamada. O Hospital consegue solucionar grande parcela das urgências/emergências, exceto quando trata-se de gestante ou da necessidade de cirurgias e de exames mais específicos, situações em que é disponibilizada uma “Ambulancha”, que realiza a travessia aquática São José do Norte – Rio Grande.

Como toda a estrutura é improvisada, os consultórios comportam somente um usuário sentado, e os portadores de necessidades especiais muitas vezes enfrentam barreiras arquitetônicas intransponíveis, tendo de ser atendidos do lado de fora. Pela falta de espaço físico, o atendimento odontológico está provisoriamente sendo realizado somente na Unidade Móvel, que estaciona uma vez na semana no Posto Central para assistir à demanda mais carente. Pelo mesmo motivo do desmembramento do consultório odontológico, a sala de vacinas passou a funcionar em outro local, separadamente do Posto Central. Uma questão a ser incentivada é a ausência de protocolos do Ministério de Saúde e de materiais disponíveis para a educação continuada da equipe de saúde, importantes para o estímulo do aperfeiçoamento e da qualificação do trabalho. O término da obra está previsto para o ano de 2014, data esperada ansiosamente por todos, onde os profissionais poderão trabalhar com melhor estrutura e os usuários serão atendidos com mais qualidade.

Por ainda não estar nos moldes de ESF, O Posto Central não conta com equipe de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), não possui cadastramento de famílias ou mapeamento da área de abrangência, e funciona como acesso à atenção primária à saúde para toda a população não coberta e também coberta por ESF. Alguns serviços de saúde do município só são disponibilizados no Centro de Saúde, como o atendimento de primeira consulta com o pediatra e a realização do teste do pezinho a todos os recém-nascidos, além de atendimento nas áreas de pediatria e de ginecologia. Por estas razões fornece atendimento também a áreas cobertas por ESF, não possuindo uma população adstrita delimitada, abrangendo cerca de 40% ou mais da população.

Em função da demanda, aliada ao fato de estar em local provisório, com espaço físico limitado, e de não poder fechar para o atendimento, não são realizadas ações programáticas de controle social ou grupos de educação em saúde. Os grupos

poderiam ser realizados em outro local, entretanto a unidade não pode fechar para o atendimento, já que existem outros profissionais que atendem em diferentes horários. Todos os atendimentos são na própria unidade, as visitas domiciliares e a busca ativa de usuários faltosos não fazem parte das atividades. Após a minha chegada, propus a realização de reuniões mensais com a equipe, e não semanais, pois a unidade não pode ser fechada; dessa forma, realizamos um sistema de revezamento com os profissionais, para que não haja prejuízo no atendimento durante as reuniões. Através das discussões foi possível implementar a pré-consulta da enfermagem, até então inexistente, além da criação de uma farmácia básica local, entre outras conquistas, como uma maior unificação da equipe e do trabalho.

A grande parte dos problemas é resolvida na própria Unidade, e os encaminhamentos ao especialista são realizados pelo sistema de referência/contrarreferência, através da Secretaria de Saúde do município. A decisão do encaminhamento é baseada na história clínica realizada pelo profissional médico e não segue protocolo padrão. Outro aspecto em transição no funcionamento do Centro de Saúde é a organização dos prontuários dos usuários, os quais não são separados por família, mas sim por profissional; por exemplo, uma mulher pode ter dois prontuários, sendo um do clínico e outro da ginecologista. O processo de unificação dos prontuários está sendo realizado, porém é uma tarefa que demanda tempo, em função do acúmulo de prontuários ao longo dos anos, sem qualquer revisão.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 28 (2013), o acolhimento consiste em uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea, assim como o envolvimento de todos os profissionais no processo, desde a secretária até a consulta médica.

Antes da minha chegada, não havia um médico que atendesse demanda espontânea no turno do dia, portanto esse é um dos pontos de maior atenção no meu trabalho; conforme solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde, realizo atendimento de demanda espontânea a crianças, adultos, gestantes e idosos. O Posto de Saúde Central realiza um acolhimento coletivo, que tem início na recepção, com a exposição da necessidade do usuário, o qual é encaminhado para a técnica de enfermagem, a qual realiza a aferição de sinais vitais e/ou a realização de pequenos procedimentos

de rotina. De acordo com a necessidade, a última instância é a consulta médica, onde o usuário encontra espaço para uma escuta mais detalhada e para um tratamento direcionado. O acolhimento não tem horário delimitado e é realizado a todo e qualquer usuário que procura a unidade; na grande parte das vezes é atendido no mesmo dia. Quando isso não é possível, o caso é avaliado, e o indivíduo é orientado a retornar no dia seguinte ou a procurar o hospital. Os usuários provenientes de áreas cobertas por ESF recebem o primeiro atendimento e são instruídos a retornar à sua unidade de “origem”. O acolhimento nos momentos de sofrimento e de necessidade dos usuários é fundamental para a criação e fortalecimento de vínculos.

Pelo fato de estar localizado próximo ao Hospital Municipal, não há excesso de demanda em urgências e emergências; os usuários desenvolveram a cultura de primeiramente procurar o Hospital, pois a demanda espontânea do Posto Central esteve, por alguns anos, reprimida. O excesso de demanda está sob controle até o presente momento, já que todas as unidades de atenção básica existentes no município estão com equipes completas. Acredito que, com o tempo, a demanda do Posto Central aumentará, e haverá a necessidade de uma classificação de risco para o atendimento mais organizado e eficiente da comunidade. Para tanto, assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica, que requer um conjunto de ações articuladas - envolvendo usuários, trabalhadores e gestores -, pois sua implantação dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

A partir da leitura do Caderno de atenção básica número 33, as ações de diminuição da pobreza e a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família foram os principais responsáveis pela diminuição dos óbitos infantis de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária brasileira.

No Posto de Saúde Central há dois pediatras, um que realiza puericultura no primeiro ano de vida de crianças provenientes de áreas não cobertas por ESF e outro que atende crianças maiores de um ano. Os recém-nascidos acompanhados por unidades de ESF também são avaliados pelo pediatra do Posto Central, ao menos uma vez antes do primeiro mês ou são acompanhados durante todo o primeiro ano de vida. O outro pediatra atende crianças maiores de um ano de idade, com consulta

previamente agendada. Até o momento, o teste do pezinho em São José do Norte é realizado somente no Posto Central pela equipe da enfermagem. Eu atendo a demanda espontânea de problemas agudos, pois ambos os pediatras trabalham conforme agendamento.

Dentre os maiores desafios na atenção à saúde da criança estão aumentar as taxas de sucesso do aleitamento materno (a partir de ações estratégicas durante o pré-natal), realizar puericultura até a idade de dois anos completos, implementar um sistema de registro para avaliação de indicadores de saúde e, principalmente, ampliar a estratégia de saúde da família no município. A expansão da ESF permite busca ativa da população adstrita, tanto para avaliação individual por profissionais de saúde quanto para participação de grupos de educação em saúde. A atenção primária em saúde (APS) tem importante participação na promoção de saúde e na prevenção de doenças, de lesões não intencionais e também de violência contra a criança, que tanto aparece nos dias de hoje.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde materno-infantil, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Para tanto, é necessário um serviço de saúde articulado, começando por uma atenção básica que consiga absorver todas as gestantes, com busca ativa dos usuários faltosos, com diagnóstico precoce e com controle social. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, assim como a expansão da estratégia de saúde da família, modelo ideal de cuidado. Sem o cadastramento completo das gestantes e das famílias adstritas a uma UBS, ou seja, sem uma área delimitada como é o Centro de Saúde, torna-se difícil avaliar a qualidade dos serviços.

O Centro de Saúde tem como uma de suas ações o programa da “Saúde da Mulher”, que inclui os programas de pré-natal e de prevenção de câncer de mama e de colo uterino. Os programas funcionam de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, entretanto nos permitem avaliar somente as mulheres que procuram a unidade. Os registros não são revisados periodicamente e não há como estimar o número de mulheres faltosas na população alvo desses programas, pois a unidade não possui mapeamento completo da área adstrita e não conta com

cadastro de famílias ou ACS. O pré-natal e o puerpério são realizados por duas enfermeiras, com auxílio de uma ginecologista, e acolhem gestantes das áreas não cobertas pela ESF, assim como gestantes encaminhadas pelas unidades de ESF, principalmente as de alto risco. O grande problema enfrentado atualmente é a falta de serviço de pré-natal de alto risco para onde as gestantes possam ser referenciadas. Além disso, em função das limitações já expostas, não são realizados grupos de educação em saúde. É função das Secretarias Municipais e de todos os profissionais de saúde fornecer informações sobre planejamento familiar e anticoncepção, sobre a importância do pré-natal e sobre as opções disponíveis no sistema único de saúde, em prol da educação progressiva da população, que tem participação direta no resultado de indicadores de saúde materno-infantil.

Da mesma forma que as outras grandes áreas de atuação da atenção primária no Centro de Saúde, não há como saber o número de mulheres da população alvo para o rastreamento de cânceres de mama e de colo uterino. O programa de prevenção segue protocolo do Ministério da saúde, porém é realizado somente com mulheres que procuram a UBS. Os registros são armazenados, mas não passam por processo de revisão. Primordialmente, a melhor alternativa para mudar esse parâmetro seria expandir a ESF no centro e no interior de São José do Norte, para que fosse possível realizar um mapeamento completo e delimitar as áreas de atuação. A partir da divisão do território geográfico e da formação de mais equipes de saúde da família, a busca ativa de usuários faltosos poderia fazer parte do projeto de ampliação da cobertura do controle do câncer de colo de útero e de mama. Esse contexto, apoiado na participação da secretaria municipal de saúde e contando com agentes comunitárias, possibilitaria também a realização de grupos de educação em saúde.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. O programa "HiperDia", responsável por atender usuários com HAS e/ou DM, esteve por dois desativado, por falta de profissional médico, representando um dos pontos mais críticos da unidade. Os usuários estão sem a adequada assistência, tendo de procurar, até mesmo sem condições, a rede privada. Em acordo com a problemática exposta pela secretaria de

saúde, vejo que minha participação no PROVAB deverá colocar o atendimento a estes pacientes como um dos pilares do meu trabalho.

Um ponto a ser melhorado é o fato da realização de grupos de educação em saúde, ação que a equipe está planejando (como chamar a população-alvo, onde realizar os encontros, quando realizar os grupos, etc..) e procura contar com a cooperação dos gestores locais. Outro aspecto importante é registrar os dados do programa para que seja possível fazer uma avaliação mais fidedigna do perfil dos usuários que consultam e da qualidade do serviço prestado.

O atendimento ao idoso no Centro de Saúde é realizado de forma coletiva e com qualidade, mesmo sem um turno exclusivo para tal, pois conta com profissionais engajados e interessados na questão. No programa “HiperDia”, a grande maioria faz parte da população idosa; além do mais, a equipe procura, durante as consultas, abordar questões de promoção e de prevenção da saúde, como solicitação de exames de rastreamento para câncer, orientação de hábitos de vida saudáveis, diagnóstico precoce de morbidades em usuários com fatores de risco (osteoporose, diabetes, hipertensão, dislipidemia, etc.) e manejo de problemas agudos e crônicos.

Como já mencionado, uma área extremamente deficitária na unidade é a ausência de grupos de educação em saúde, que abordem questões como diabetes, hipertensão, atividade física, alimentação, saúde da criança, saúde do idoso, entre outros. Há alguns empecilhos para a realização dos grupos, como a ausência de espaço físico para reuniões, a falta de agentes comunitárias de saúde para fazer o elo UBS-comunidade, a falta de um trabalho integrado e organizado entre todos os profissionais da equipe, além da necessidade de uma maior iniciativa dos gestores locais. Estamos tentando ultrapassar essas barreiras, pois somente com educação podemos fornecer uma atenção integral e eficaz à saúde da população.

Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2006, p.12):

a ESF é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. As ESF devem estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade

entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer; do acolhimento; e, do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo. Para atingir o objetivo proposto, o trabalho da Equipe de Saúde da Família se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita. Em seguida, é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais.

A partir da citação, pode-se concluir que a melhor abordagem da atenção básica é a ESF, característica ainda não pertencente à unidade onde trabalho. Dentre os maiores desafios no Centro de Saúde de São José do Norte, além de trabalhar em uma unidade de formato tradicional, em lento processo de transição para uma atenção mais integral, estão o atendimento à demanda espontânea, a consolidação do programa “HiperDia”, a realização de grupos de educação em saúde, a organização e a unificação dos prontuários e a revisão dos registros dos serviços prestados. O melhor recurso com que o Posto Central conta é o apoio ideológico da Secretaria de Saúde Municipal na escalada da transformação da atenção primária em prol da melhora da qualidade de saúde da população.

Com pouco mais de 20 anos, o SUS encontra-se em lento processo de amadurecimento. Não é fácil estudar o ideal e, concomitantemente, trabalhar em condições distantes dele; entretanto é preciso conhecer esse ideal para a progressiva transformação da realidade em uma mesma direção, aquela que proporcione assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. São José do Norte, assim como a maioria dos municípios brasileiros, vive a transição de um modelo tradicional para um modelo de estratégia de saúde da família. A expansão e a consolidação da ESF com unidades no centro e no interior de SJN será acompanhada indubitavelmente com o progresso da qualidade de saúde da população.

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

Situacional

Com o decorrer dessas onze semanas de análise, de observação e de adaptação, muitos fatos ocorreram, e houve mudanças para melhor. Inicialmente, tive uma certa dificuldade em unir todos da equipe para uma reunião, a partir de então passamos a discutir os problemas do processo de trabalho e da unidade, exercendo o direito da livre expressão sobre a satisfação ou o descontentamento dos profissionais de saúde, além de discutir casos de usuários atendidos na unidade. As reuniões em equipe ainda são insuficientes, pelo fato de o Posto Central não poder fechar, mas as que foram realizadas já apresentaram resultados positivos. O próximo passo em relação às reuniões é aumentar para duas por mês e tentar fechar o Posto por, pelo menos, duas horas em cada reunião, para que todos possam participar ao mesmo tempo.

Os colegas de trabalho estão mais unidos e trabalhando mais em sintonia, com uma divisão mais justa de tarefas, tentando não sobrecarregar uma única pessoa, com cada um exercendo suas atribuições. Esse processo deve continuar, porém esses pouco mais de dois meses tentando plantar a importância de uma equipe multiprofissional em harmonia já apresentou sucesso. Outro fato relevante foi a implementação da pré-consulta realizada por técnicos de enfermagem, que também participam da orientação dos usuários. Os projetos de grupos de educação em saúde estão com várias ideias, e pretendemos realizar a primeira ação em breve, contando com a participação de equipe multiprofissional.

Uma conquista ainda em crescimento é o início da farmácia básica do Centro de Saúde, em que muitos usuários já podem sair com o medicamento da unidade. Além disso, posso manejar alguns problemas agudos, como urgência hipertensiva, sem ter de encaminhar direto ao hospital. A parte da organização dos prontuários e dos registros ainda está deficiente, em lento processo de mudança, o objetivo é unificar os prontuários, que encontram-se separados por profissional médico. A unificação dos prontuários teve alguns empecilhos, como a ausência de sistema integrado nos computadores ou o não funcionamento dos mesmos, os quais já estão em manutenção. As duas secretárias estão unindo os prontuários daqueles que consultam e, aos poucos, transferindo as informações para construir um armazenamento digital.

A especialização em saúde da família está contribuindo para a melhora do serviço, pois, traz a tona todos os problemas e todas as deficiências existentes e nos

motiva a sermos protagonistas da mudança. Sempre existirão problemas e obstáculos, importantes para que nunca saibamos o significado da inércia. As iniciativas e as competências individuais devem ser somadas em busca do progresso e da transformação.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a HAS e o DM são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores, representando ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. Grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como as doenças cardiovasculares e a diálise por insuficiência renal (SISHIPERDIA, 2014).

O Centro de Saúde de São José do Norte funciona como unidade básica tradicional há mais de 30 anos e atende cerca de 40% da população local, além de ser referência municipal nas áreas de pediatria e de ginecologia. A unidade funciona em três turnos e ainda encontra-se nos moldes de um centro de especialidades, contando no total com dois pediatras, uma ginecologista, três clínicos, três enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e três secretárias, cada qual com seus horários, agendas e prontuários. A unidade não tem equipe de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ou de Saúde Bucal. O Centro de Saúde já teve o programa “HiperDia” em funcionamento, o qual está desativado há cerca de dois anos pela ausência de profissional médico que assumisse tal função. Os pacientes que outrora haviam sido cadastrados no programa de atenção à Hipertensão (HAS) e à Diabetes (DM) tiveram de procurar outros serviços, pertencendo a um crítico quadro de “renovação de receitas”.

A população atendida no Centro de Saúde é oriunda, principalmente, das áreas não cobertas por ESF, ou seja, a unidade não possui área delimitada ou cadastramento de famílias. As atividades realizadas contemplam ações em saúde da mulher, pré-natal, puericultura e atendimento clínico de demanda espontânea.

Hipertensos e diabéticos estavam sem o devido acompanhamento, então, em consonância com a secretaria de saúde, assumi o atendimento de hipertensos e de diabéticos como um dos principais pilares da minha atuação. A avaliação de indicadores de saúde, taxa de cobertura ou adesão dos usuários da população da área de abrangência fica comprometida, pois o Centro de Saúde só conta com informações sobre aqueles que consultam. Mesmo assim, o registro de dados é deficiente e os prontuários estão em lento processo de unificação.

A maioria dos pacientes que consultam possui hipertensão e/ou diabetes mal controlados e sem acompanhamento, em função desta realidade estou reintroduzindo o programa de atenção à HAS e à DM na unidade. Não há ações de educação em saúde ou de prevenção de agravos para essa população alvo. A atenção primária é responsável por atender os problemas mais comuns na comunidade e tem papel primordial nas ações de controle das doenças cardiovasculares. Suas ações vão desde a promoção à saúde e prevenção de riscos até rastreamentos, manejo específico e prevenção de suas complicações.

Nesse contexto, vejo minha presença dentro do PROVAB, juntamente com a Especialização em Saúde da Família, como uma oportunidade para o início do processo de transição de um modelo tradicional para um modelo de saúde da família, mesmo na ausência de uma equipe própria de ESF. Essa transição encontra muitos obstáculos, tanto ideológicos quanto estruturais, dentre as maiores dificuldades e limitações estão: a estrutura atual improvisada da unidade, em função de reforma em curso já há dois anos da casa original; a falta de espaço físico para a realização de grupos de educação em saúde; a inexistência de área de abrangência bem delimitada, que possibilite um maior controle social, com conhecimento do número de famílias e da população adstrita; a falta de equipe de agentes comunitárias de saúde, que proporcionam o elo UBS-comunidade e que realizam busca ativa de pacientes faltosos, a falta de interesse, de engajamento e de iniciativa dos profissionais de saúde. Acredito que, com ações pró-ativas dos profissionais, com dedicação e com a progressiva união da equipe, será possível ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, para a melhora da qualidade de saúde e para a redução das taxas de morbimortalidade e de invalidez de boa parte da comunidade nortense.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de atenção a usuários com HAS e/ou DM;
2. Melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente com HAS e/ou DM
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear usuários com HAS e/ou DM quanto ao risco cardiovascular;
6. Promover a saúde entre pacientes com HAS e/ou DM.

2.2.3 Metas

Meta 1 - Cadastrar 25% dos usuários com HAS e/ou DM que consultam no Centro de Saúde no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Metas 2, 3, 4 - Realizar exame clínico apropriado, exames complementares de acordo com o protocolo e priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5 - Buscar 100% usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, através de contato telefônico, quando existir.

Meta 6 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Metas 8, 9, 10 e 11 - Garantir orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

O Centro de Saúde de São José do Norte estava há cerca de dois anos sem médico que fizesse o adequado acompanhamento, monitoramento e cadastramento de pessoas com HAS e/ou DM. Da mesma forma, a unidade ainda não possui uma área de abrangência bem delimitada, sendo responsável pelo atendimento de cerca de 40% da população do município, ou seja, toda a população não coberta por ESF. Parte da população não coberta por ESF, especialmente a de localidade mais interiorana, é atendida também na Unidade Móvel, a qual visita cerca de dezoito diferentes localidades. Apesar da existência da Unidade Móvel duas vezes ao mês em cada localidade, grande parte da população do interior prefere procurar o Centro de Saúde, por saber que encontra atendimento em local fixo diariamente, por ser referência municipal nas áreas de pediatria, ginecologia e nutrição, por ser local de coleta de colpocitologia oncótica nas mulheres, entre outros.

A partir deste contexto, encontram-se dificuldades em avaliar a atual cobertura quantitativa ou percentual de hipertensos e de diabéticos da área de abrangência da unidade. Como não existe área delimitada ou equipe de agentes comunitárias de saúde, não há cadastramento de famílias, mas sim, cadastramento daqueles que consultam e procuram a unidade. No projeto de intervenção, a meta é ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM, a qual está deficiente pela até então inexistência de profissional médico para tal. Como não há um ponto de partida, pretende-se realizar o cadastramento de 25% de todos os pacientes com HAS e/ou DM que pertencem à área de abrangência da unidade.

Dentre as metas e as ações propostas para esta intervenção estão:

Meta 1 - Cadastrar 25% dos hipertensos e dos diabéticos que consultam no Centro de Saúde no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica fará o monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

- Organização e Gestão do Serviço: a médica garantirá o registro usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa, a equipe toda participará do acolhimento para os pacientes portadores de HAS/DM. A equipe, juntamente com os gestores, garantirá material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde;

- Engajamento público: todos os profissionais da unidade terão de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Os profissionais de saúde deverão orientar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- Qualificação da prática clínica: A médica capacitará a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Metas 2, 3, 4 - Realizar exame clínico apropriado, exames complementares de acordo com o protocolo e priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica realizará o exame clínico apropriado dos pacientes, monitorará o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o número de pessoas com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Organização e Gestão do Serviço: serão discutidas em equipe as atribuições de cada membro no exame clínico de pacientes com HAS, a médica garantirá a solicitação dos exames complementares, além de insistir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. A médica realizará uma lista mensal das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

- Engajamento Público: a equipe deverá orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Os profissionais de saúde deverão alertar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames

complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Qualificação da prática clínica: a médica capacitará a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. A médica realizará atualização no tratamento da hipertensão e capacitará a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 5 - Buscar 100% dos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, através de contato telefônico, quando o usuário possuir telefone.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica monitorará o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). A busca ativa será realizada a partir de contato telefônico, quando o paciente possuir o mesmo. Caso o paciente atenda, será orientado a comparecer à UBS. Se o usuário não atender, a falta será registrada em prontuário, para posterior monitorização.

- Organização e Gestão do Serviço: a médica organizará a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM, que serão atendidos conforme agendamento, em dois turnos semanais. Nos outros dias da semana haverá acolhimento de hipertensos e diabéticos, os quais serão também agendados para o programa.

- Engajamento Público: a equipe informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecerá aos portadores de hipertensão/diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;

- Qualificação da prática clínica: a médica realizará o treinamento da equipe para a orientação dos pacientes quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Meta 6 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica monitorará a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde;

- Organização e Gestão do Serviço: os profissionais de saúde terão de manter as informações do SIAB atualizadas. A médica implantará planilha/registro específico de acompanhamento, pactuará com a equipe o registro das informações e será a responsável pelo monitoramento dos registros;

- Engajamento Público: as secretárias, assim como os profissionais de saúde, deverão orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário;

- Qualificação da prática clínica: a médica treinará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento de usuários com HAS e/ou DM, além de capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 7 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica monitorará o número de pacientes com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;

- Organização e Gestão do Serviço: a médica priorizará o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, marcando retornos mais frequentes e com menor intervalo entre as consultas;

- Engajamento Público: a médica orientará os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os profissionais de saúde deverão esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- Qualificação da prática clínica: a médica capacitará a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e para a importância do registro desta avaliação, assim como para estratégias de controle de fatores de risco modificáveis.

Metas 8, 9, 10 e 11 - Garantir orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos pacientes com HAS e/ou DM.

Ações:

- Monitoramento e avaliação: a médica monitorará a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular e orientação sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com HAS e/ou DM.

- Organização e Gestão do Serviço: a médica, as nutricionistas, as enfermeiras e as técnicas de enfermagem organizarão práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandarão junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. A médica, juntamente com a equipe de fisioterapia, organizará práticas

coletivas para orientação de atividade física e demandará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A médica demandará também junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

- Engajamento Público: a equipe de saúde da unidade buscará parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, além de mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Os profissionais de saúde deverão orientar usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Qualificação da prática clínica: a médica capacitará a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de atividade física regular.

2.3.2 Indicadores

Indicador 1 – Cobertura:

1.1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

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

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

1.2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de pessoas com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2 – Qualidade:

2.1. Proporção de pessoas com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

2.2. Proporção de pessoas com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de indivíduos com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de indivíduos com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3. Proporção de indivíduos com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de indivíduos com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de indivíduos com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Proporção de pessoas com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas na unidade de saúde.

2.5. Proporção de indivíduos com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de indivíduos com HAS com prescrição de medicamentos cadastrados no programa.

2.6. Proporção de indivíduos com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de indivíduos portadores de DM com prescrição de medicamentos cadastrados no programa.

Indicador 3 – Adesão:

3.1. Proporção de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com HAS faltosas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com HAS, cadastrados na unidade de saúde, faltosas às consultas.

3.2. Proporção de indivíduos portadores de DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de indivíduos portadores de DM, cadastrados na unidade de saúde, faltosos às consultas.

Indicador 4 – Registro:

4.1. Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

4.2. Proporção de indivíduos portadores de DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5 – Avaliação de Risco:

5.1. Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas na unidade de saúde.

5.2. Proporção de indivíduos portadores de DM com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6 – Promoção de Saúde:

6.1. Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.2. Proporção de indivíduos portadores de DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

6.3. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.4. Proporção de indivíduos portadores de DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

6.5. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.6. Proporção de indivíduos portadores de DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de indivíduos portadores de DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

6.7. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes pessoas com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde.

6.8. Proporção de indivíduos portadores de DM com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes indivíduos portadores de DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de indivíduos portadores de DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à HAS e à DM serão adotados os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37, do Ministério da Saúde, 2013. Será utilizada a ficha-espelho (ANEXO A) e a planilha (ANEXO B), disponibilizadas por esta especialização, ambas com impressão financiada pela Prefeitura. Os mesmos dados serão transferidos para planilha eletrônica para melhor visualização e avaliação. A intervenção pretende cadastrar cerca de duzentos hipertensos e diabéticos que consultam no Centro de Saúde de São José do Norte e que não estão cobertos por ESF, apesar de o acolhimento ser realizado com todos que procuram a unidade.

Para organizar o registro específico do programa, todos os usuários com HAS e/ou DM terão seus cadastros preenchidos. Além disso, após cada turno de atendimento, as fichas de controle e de acompanhamento serão preenchidas conforme dados dos usuários que consultaram. Os usuários com HAS e/ou DM também terão uma carteira de controle individual, que deve sempre ser trazida à consulta ou para as aferições regulares na unidade de saúde.

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe. Assim, o início parte das atribuições de cada profissional no processo de cuidado, além da disponibilização de material sobre atenção à HAS e DM, abordando coletivamente assuntos específicos nas reuniões de equipe, que são realizadas mensalmente. Infelizmente a unidade ainda não conseguiu expandir o número de reuniões, pois não teve o aval da secretaria de saúde para o fechamento da unidade durante as reuniões. O fato de a unidade não poder ser fechada para atendimento dificulta a realização de reuniões.

O acolhimento de usuários com HAS e/ou DM será realizado por toda a equipe, desde a secretária, passando por uma técnica de enfermagem, que fornecerá a carteira de controle de pressão arterial e/ou glicemia ao usuário e agendará para o programa de atenção à HAS e DM. As consultas do programa ocorrerão em dois turnos semanais, com agendamento prévio. Nos outros turnos de trabalho, os

Capacitar a equipe	X											
Atribuir o papel dos profissionais	X											
Cadastramento dos usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico aos usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o número de usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar à comunidade sobre o programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar periodicidade das consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizar agenda	X											
Monitorar a qualidade dos registros	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar estratificação de risco CV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demandar junto ao gestor consulta com dentista					X					X		
Monitorar consulta com nutricionista	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar orientação sobre riscos do tabagismo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar orientação nutricional e sobre atividade física	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mobilização da comunidade e educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato telefônico com usuários faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantia de material de verificação de PA e fitas de HGT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A busca ativa de faltosos e as visitas domiciliares não farão parte do cronograma, pois o Centro de saúde não conta com equipe de agentes comunitários de saúde, não possui cadastramento de famílias ou área delimitada de atuação. Há

alguns obstáculos quanto à realização de grupos de educação em saúde, pois a unidade está em local provisório, em função de reforma da casa original, não havendo espaço físico para a realização de encontros. Outro fator é a ausência de agentes comunitárias, importantes ao elo com a comunidade. Entretanto, as informações serão enfatizadas ao longo das consultas, durante toda a intervenção.

Será disponibilizado material sobre alimentação e realizado um mural com informações sobre hipertensão e diabetes, o qual ficará exposto na recepção. Além disso, foi proposta à secretaria de saúde local a realização de encontros de educação em saúde para a população-alvo, através de um projeto elaborado por mim, em parceria com a nutricionista da unidade.

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas durante a intervenção.

A intervenção conseguiu atingir boa parte dos objetivos propostos, possibilitou a ampliação da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, além de melhorar a qualidade no atendimento e trabalhar insistentemente em orientações de promoção de saúde.

Antes do início da intervenção, foram realizadas algumas reuniões em equipe para a exposição do projeto e definição conjunta sobre a atribuição dos profissionais. Foi criada uma agenda para consultas, em dois turnos semanais. O acolhimento e o atendimento de usuários com HAS e/ou DM eram realizados em todos os turnos, e o agendamento era priorizado àqueles com maior risco cardiovascular. Na primeira consulta era realizado o cadastramento do usuário, além do registro das informações no prontuário.

Todos os usuários foram orientados sobre alimentação saudável, higiene bucal, atividade física e riscos do tabagismo, além de serem avaliados quanto ao risco global cardiovascular. Todos os pacientes atendidos foram submetidos a exame clínico completo e tiveram seus exames complementares solicitados, quando necessário, conforme protocolo. Muitos usuários já estavam em uso de medicações não disponíveis na rede pública, então quando possível era realizada a troca, e sempre

informado sobre os remédios disponíveis tanto na farmácia municipal quanto na farmácia popular. Sempre que necessário, os usuários foram orientados a realizar acompanhamento com nutricionista, disponível na unidade. A busca ativa dos faltosos foi realizada sempre que contato telefônico disponível, já que a unidade não conta com cadastramento de família e agentes comunitárias de saúde.

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

Foi possível observar uma queda do número de usuários com os exames complementares em dia, pois o município ficou um período sem laboratório, em função de questões burocráticas, então muitos usuários acabaram pagando os exames, outros ainda aguardam ser chamados. A situação foi regularizada, e a lista da marcação de exames voltou a andar. Uma dificuldade encontrada foi o contato com os pacientes faltosos, pois a única forma possível era através de telefone, o qual encontrava-se, na maioria das vezes, fora da área de cobertura – moradores do interior – ou desligados, o que justifica o fato de não ter sido possível entrar em contato com todos os faltosos.

A realização de grupo semanal de educação em saúde, sugerida pela especialização, não pôde ser realizada, pois a unidade não teve permissão para fechar para o atendimento. Por ser uma unidade de modelo tradicional e contar com uma equipe grande, foi difícil reunir os profissionais na elaboração de uma ação de educação em saúde, entretanto pude informar ativamente durante as consultas sobre cuidados com a saúde, além de participar como palestrante em um grupo de AVC da clínica municipal de fisioterapia. Só é possível pensar em mudança, se investirmos mais em educação em saúde. Ao longo da intervenção, foi possível observar o engajamento de boa parte dos pacientes no controle do seu tratamento, assumindo o problema e tendo atitudes de enfrentamento e de progresso. Tal resultado provém da maior conscientização do usuário quanto à autonomia no cuidado, essenciais ao manejo adequado de qualquer patologia.

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

O processo de coleta e armazenamento de dados ocorreu sem dificuldades. Após e durante as consultas, as informações eram compiladas, e as fichas espelho eram armazenadas em um arquivo separado dos prontuários. Toda semana os cadastros eram inseridos na planilha, e as informações eram revisadas e analisadas.

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

Como não havia dentista até o final da intervenção, muitos usuários ficaram sem a oportunidade de ter uma avaliação por especialista em saúde bucal. Entretanto, a partir desta semana, haverá dentista todos os dias na unidade, o que facilitará o acesso a todos.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho, aceita pela comunidade, e está se fortalecendo cada dia mais. O trabalho continua grande, com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento a pacientes com HAS e/ou DM. A continuidade da ação será possível somente se outro médico ocupar o meu lugar quando eu sair, pois é uma ação que depende muito da atuação médica, com exame clínico adequado, avaliação do risco cardiovascular, solicitação de exames e conduta terapêutica. Os demais profissionais de saúde são muito importantes principalmente no que se refere à promoção de saúde em seus mais diversos aspectos e ao estímulo à autonomia do usuário no processo do cuidado.

Apesar de a intervenção ter tido uma duração curta, muitos indivíduos foram abordados, e uma semente de promoção de saúde foi plantada em cada um. Não há como analisar quantitativamente aspectos puramente qualitativos, pois números não conseguem expressar o efeito causado em cada usuário. O trabalho ao longo das doze semanas foi intenso, com constantes articulações em equipe, tentando sempre contornar as dificuldades. O valor de poder reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida das pessoas é inestimável.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados:

Objetivo 1 – Cobertura:

Meta: Cadastrar 25% dos usuários com HAS que consultam no Centro de Saúde no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao indivíduo com HAS na unidade de saúde.

A intervenção foi realizada em uma unidade básica tradicional, sem uma área adstrita, que responde pelo atendimento de uma população de cerca de 10.923, conforme dados do IBGE e da secretaria de saúde municipal. O cálculo para estimar o número de usuários com HAS e/ou DM na população estudada foi obtido a partir dos cadernos de ações programáticas desta especialização (VIGITEL, 2011), compreendendo 1661 portadores de HAS e 410 portadores de DM.

Todos os usuários cadastrados têm como referência a unidade da intervenção, ou seja, não são cobertos por estratégia de saúde da família (ESF). Todos foram considerados efetivamente participantes do programa, já que a maioria dos retornos não foi mensal (conforme protocolo adotado), e o tempo de intervenção foi de apenas doze semanas.

O cadastramento dos pacientes com HAS seguiu de forma crescente: 3,3% (58 Usuários) no primeiro mês; 9,4% (156 Usuários) no segundo mês e 12,5% (207 Usuários) no terceiro.

A meta de 25% não foi alcançada e precisaria de mais tempo de trabalho na comunidade, além da existência de equipe de agentes comunitárias de saúde, que pudessem realizar busca ativa e criar uma ligação mais consistente com a UBS.

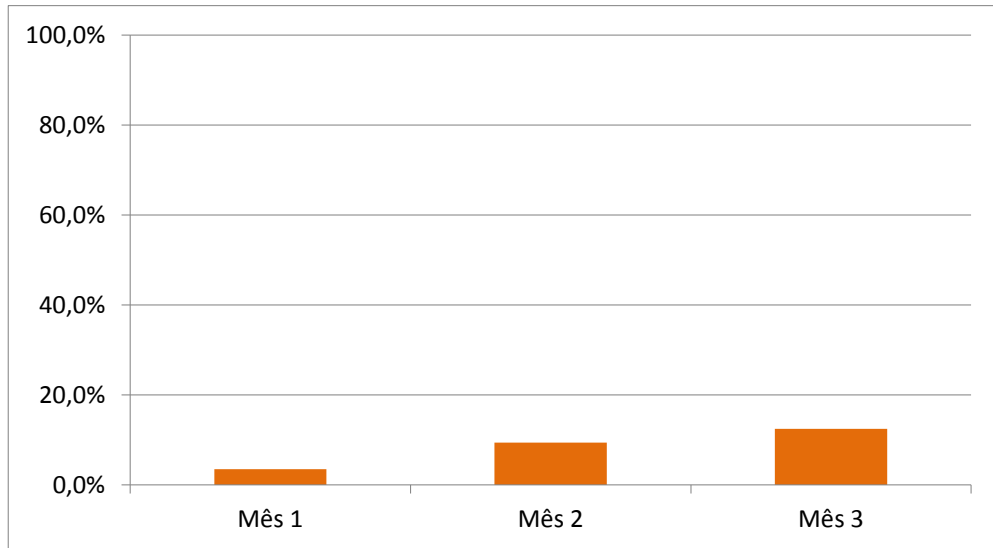


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário portador de HAS na unidade de saúde.

Objetivo1 – Cobertura:

Meta: Cadastrar 25% dos usuários com DM que consultam no Centro de Saúde no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Da mesma forma, o número de cadastros foi crescente, com 24 indivíduos com DM cadastrados no mês 1 (5,9%), 59 cadastrado no mês 2 (14,4%) e no terceiro mês foram 80 (19,5%).

A meta de 25% não foi alcançada, pois precisaria de mais tempo de trabalho na comunidade, além de equipe de agentes comunitárias de saúde, que pudessem realizar busca ativa e criar uma ligação mais consistente da comunidade com a UBS.

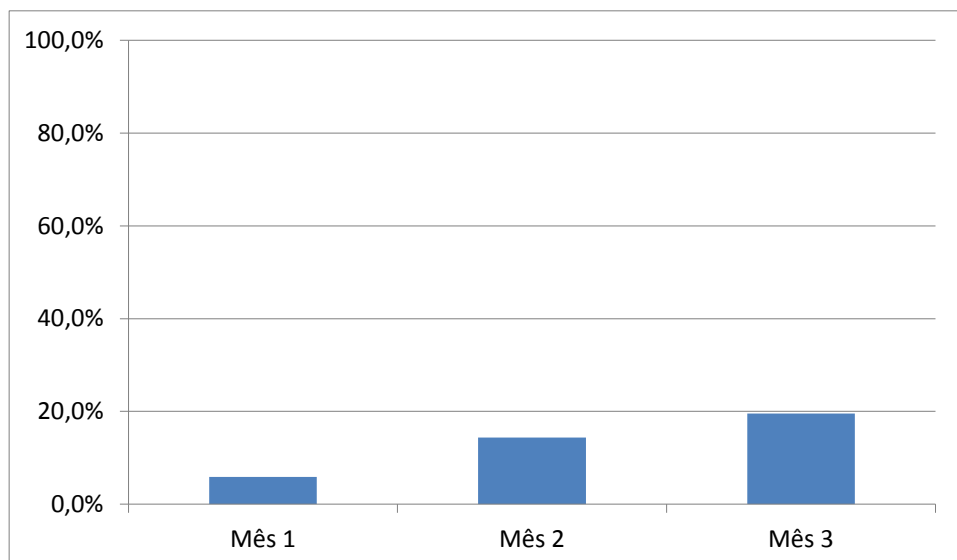


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário portador de DM na unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Qualidade:

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários cadastrados tiveram suas medidas (pressão arterial, altura, peso e circunferência abdominal) aferidas antes da consulta por técnicas de enfermagem, e foram devidamente examinados por mim durante a consulta, de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica 37.

O envolvimento da equipe foi essencial para este resultado, pois os pacientes tinham suas medidas aferidas na pré-consulta, com profissional de enfermagem, o que facilitou o processo de trabalho.

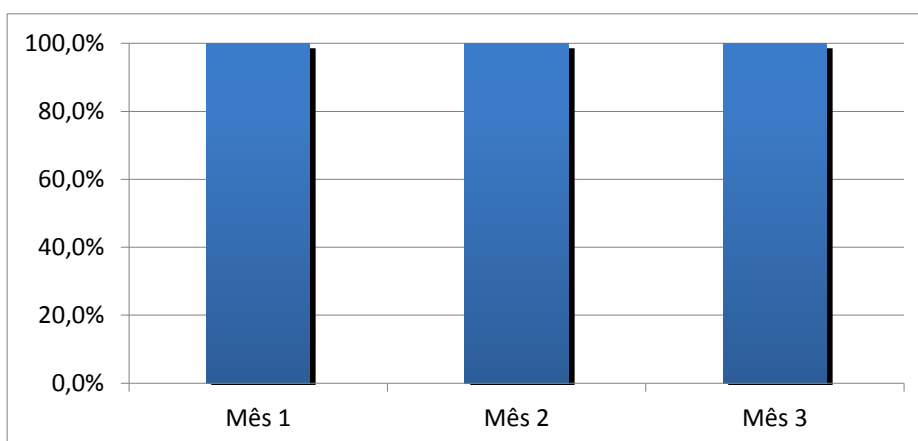


Figura 3: Proporção de usuários portadores de HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2 – Qualidade:

Meta: Realizar exame clínico apropriado para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários cadastrados tiveram suas medidas (pressão arterial, altura, peso e circunferência abdominal) aferidas antes da consulta por técnicas de enfermagem, e foram devidamente examinados por mim durante a consulta, de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica 36.

O envolvimento da equipe foi essencial para este resultado, pois a divisão de tarefas e a atribuição dos profissionais permitiu a otimização do tempo no consultório médico.

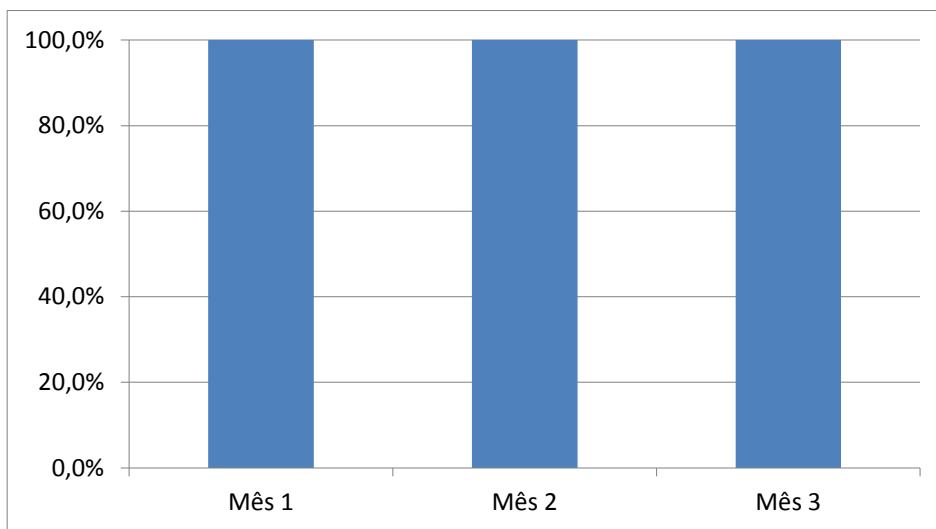


Figura 4: Proporção de usuários portadores de DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2 – Qualidade:

Meta: Realizar exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3. Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foram considerados exames complementares em dia aqueles apresentados na primeira consulta ou registrados previamente no prontuário, em dia de acordo com o protocolo. Caso o paciente não tivesse os exames atualizados, os mesmos eram solicitados, conforme necessidade individual. O atendimento de usuários com HAS e DM voltou a funcionar com a minha chegada, em março de 2014, então houve muitos retornos durante o período da intervenção, já com exames em dia. Entretanto, houve uma queda no segundo mês de intervenção, pois o município ficou um período sem laboratório, coincidindo com a troca de secretária de saúde, o que atrasou a coleta dos exames, situação regularizada em outubro. Como os retornos eram semanalmente atualizados na planilha, é possível observar importante aumento do segundo para o terceiro mês da intervenção.

No primeiro mês 77,6% (45) dos pacientes com HAS cadastrados possuíam exames complementares em dia; no segundo, 72,4% (113); e no terceiro, 73,9% (153).

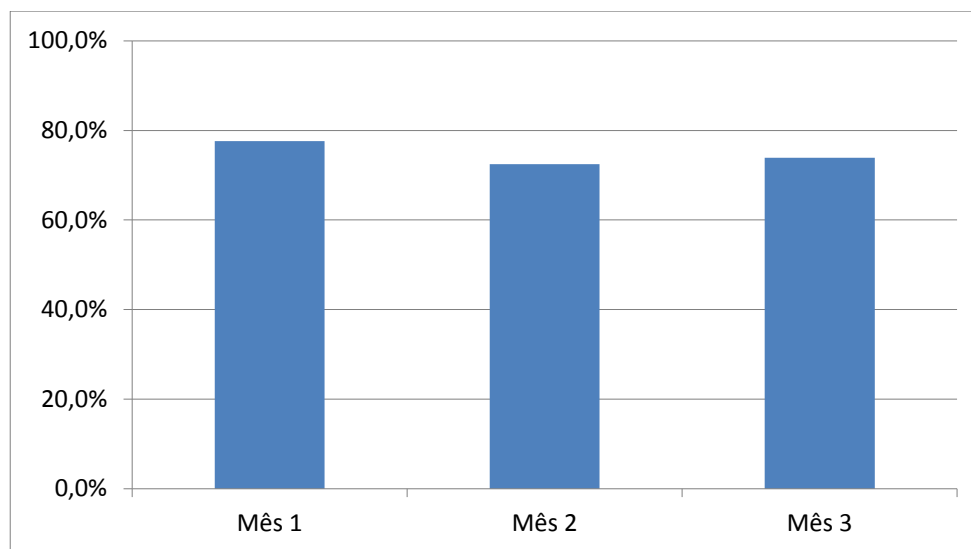


Figura 5: Proporção de usuários portadores de HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2 – Qualidade:

Meta: Realizar exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4. Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foram considerados exames complementares em dia aqueles apresentados na primeira consulta ou registrados previamente no prontuário, em dia de acordo com o protocolo. Caso o paciente não tivesse os exames atualizados, os mesmos eram solicitados, conforme necessidade individual. O atendimento de usuários com HAS e DM, conforme protocolo, voltou a funcionar com a minha chegada, em março de 2014, então houve muitos retornos durante o período da intervenção, já com exames em dia. No segundo mês de intervenção houve uma queda nos percentuais, pois o município ficou um período sem laboratório, juntamente com a troca de secretária de saúde, atrasando a coleta dos exames. A situação foi regularizada em outubro, denotando aumento dos usuários com exames em dia.

No primeiro mês 91,7% (22) dos usuários com DM cadastrados possuíam exames complementares em dia; no segundo, 79,7% (47); e no terceiro, 82,5% (66).

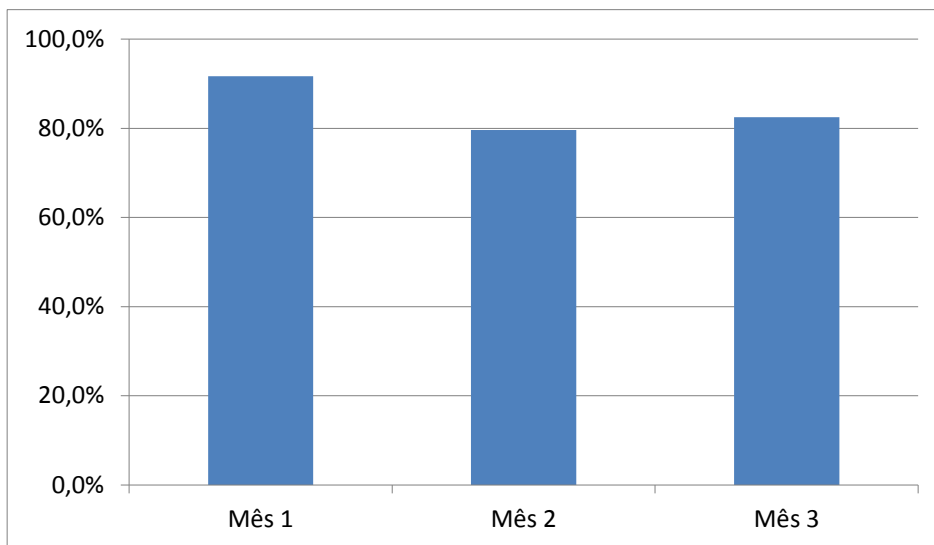


Figura 6: Proporção de usuários portadores de DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2 – Qualidade:

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

Indicador 2.5. Proporção de pacientes com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

O gráfico nos apresenta uma queda progressiva da prescrição exclusiva com medicamentos da rede pública, o que pode ser explicado por alguns aspectos. O primeiro e mais relevante é o fato de o município de São José do Norte ter ficado muito tempo sem médicos em número suficiente na rede pública, o que gerou uma necessidade da população local de consultar em clínicas particulares. Boa parte dos usuários cadastrados já chega com prescrições em uso, muitas com associações de fórmulas, disponíveis separadamente na rede. Quando possível a troca, sempre era exposta ao paciente, fornecendo informações sobre as medicações das farmácias municipal e popular, e a conduta era alterada ou não após consenso com o paciente. O segundo fator pode ser pela real necessidade de determinados medicamentos, não disponíveis na rede, e indispensáveis ao manejo, sempre priorizando o melhor para o paciente.

No primeiro mês, 75,9% (44) dos pacientes com HAS cadastrados tinham todo o tratamento medicamentoso disponibilizado na rede pública; no segundo, 65,4%(102); e no terceiro, 63,8% (132).

É necessário que o SUS reveja a lista da farmácia básica, com a possível inclusão permanente de medicamentos como inibidores dos canais de cálcio (como

anlodipino), bloqueadores seletivos (como succinato de metoprolol) e outros para insuficiência vascular (como diosmin, cilostazol).

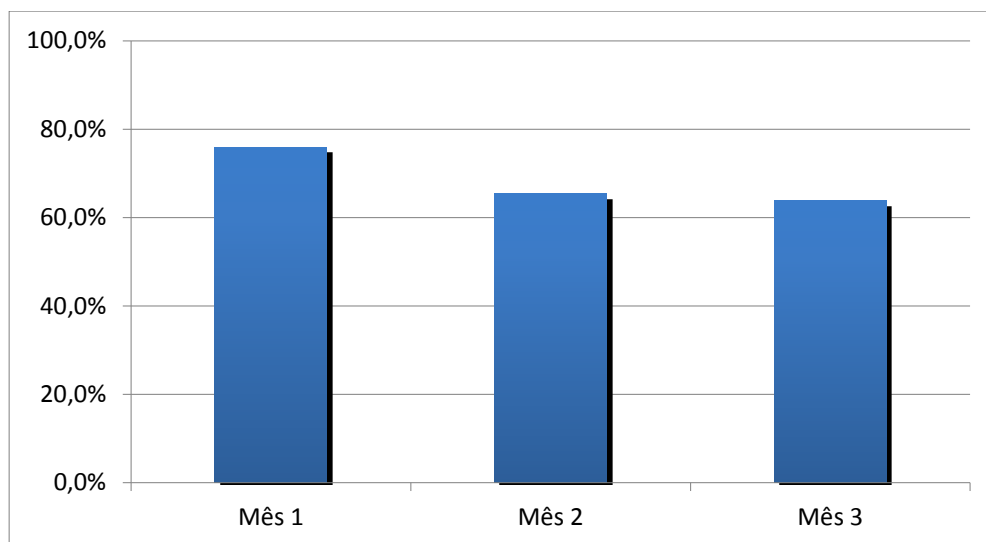


Figura 7: Proporção de usuários portadores de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Objetivo 2 – Qualidade:

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

Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A queda da prescrição exclusiva com medicamentos da rede pública, ao longo dos três meses de intervenção, pode ser explicada por alguns aspectos. Entre eles, o mais relevante é o fato de o município de São José do Norte ter ficado muito tempo com número insuficiente de médicos na rede pública, o que gerou uma necessidade da população local de consultar em clínicas particulares. Boa parte dos usuários cadastrados já chega com associações de fórmulas, disponíveis de forma separada na rede. Quando possível a troca, sempre era exposta ao paciente, fornecendo informações sobre as medicações das farmácias municipal e popular, e a conduta era alterada ou não após consenso com o paciente. O segundo fator pode ser pela real necessidade de determinados medicamentos, não disponíveis na rede, e muitas vezes indispensáveis ao manejo, sempre priorizando o melhor para o paciente.

No primeiro mês, 75% (18) dos usuários com DM cadastrados tinham todo o tratamento medicamentoso disponibilizado na rede pública; no segundo, 67,8% (40); e no terceiro, 63,8% (51).

Dentre as opções disponíveis na rede, pacientes com alto risco cardiovascular não deveriam usar glibenclamida, conforme estudos já publicados. Há a necessidade de inclusão de outros anti-diabéticos orais, como glimepirida e análogos do GLP1, além de insulinas mais modernas, que possibilitam melhor controle metabólico e adaptação do usuário.

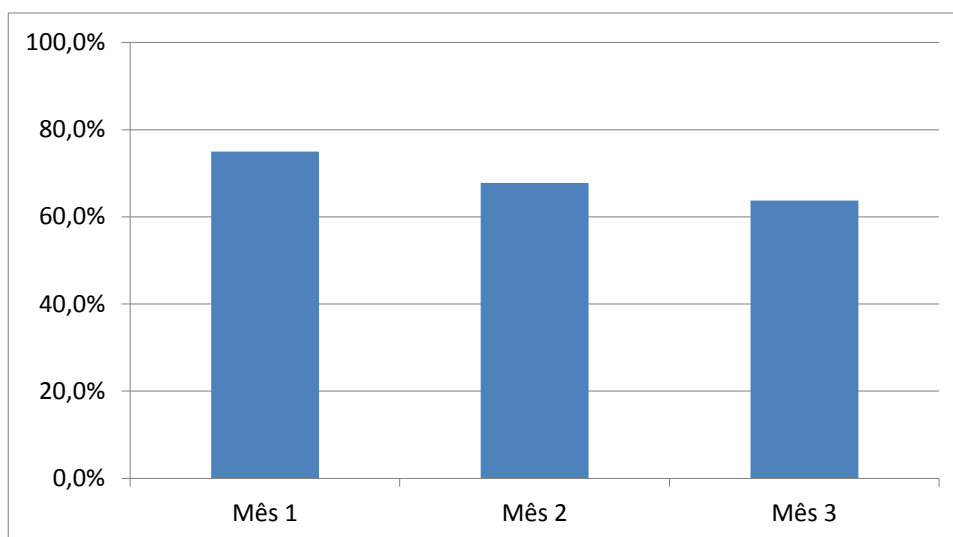


Figura 8: Proporção de usuários portadores de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Objetivo 2 – Qualidade:

2.7. Proporção de usuários portadores de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Todos tiveram a cavidade oral avaliada e foram orientados quanto à higiene bucal. Quando necessário, eram encaminhados para atendimento odontológico. A saúde bucal é um tema ainda pouco abordado pelos profissionais de saúde, o que agrava o problema da falta de informação da população. A intervenção trouxe uma maior atenção para com a higiene oral na prática clínica.

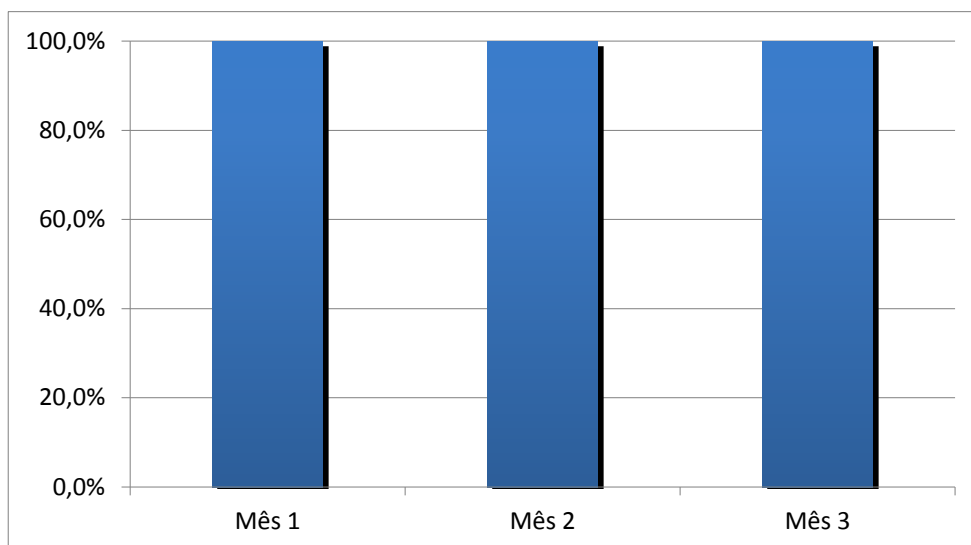


Figura 9: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 2 – Qualidade:

2.8. Proporção de usuários portadores de DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dentro de um exame clínico completo, está o exame da cavidade oral, que foi feito em todos os pacientes atendidos. Quando necessário, eram orientados sobre a importância da avaliação odontológica. A saúde bucal é um tema ainda pouco abordado pelos profissionais de saúde, o que agrava o problema da falta de informação da população. A intervenção trouxe um maior destaque para com a higiene oral, durante as consultas.

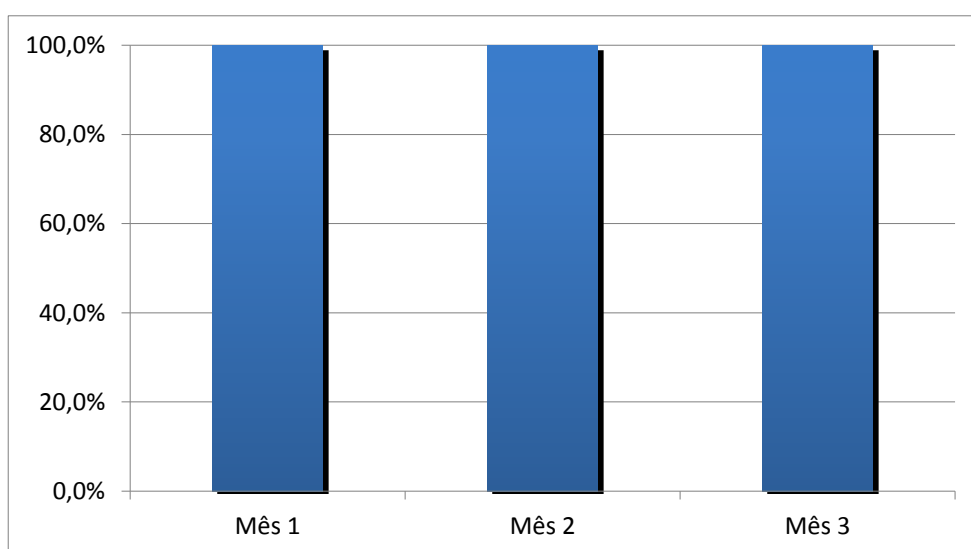


Figura 10: Proporção de usuários portadores de DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 – Adesão:

Meta: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, através de contato telefônico, quando existir.

Indicador 3.1. Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca foi realizada através de contato telefônico, quando disponível. Muitos usuários são do interior, onde não há sinal telefônico, outros não possuem telefone, o que justifica o resultado do terceiro mês 70% (sete usuários com busca ativa). Além disso, após a mudança para a unidade nova, não foi possível realizar ligações no mês de outubro, pois a linha telefônica ainda não havia sido instalada.

Mais uma vez urge a necessidade de expandir a ESF no município, abrindo novas unidades no interior e no centro, com territorialização e equipes de agentes comunitárias de saúde.

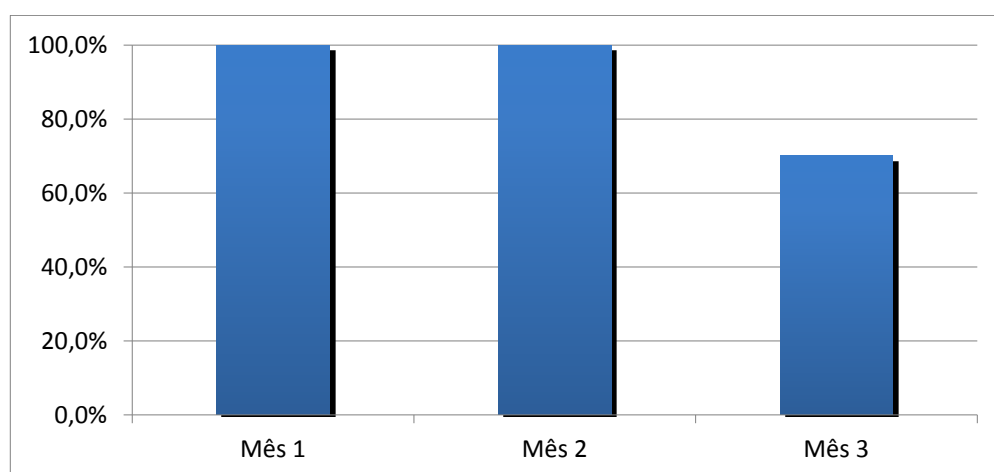


Figura 11: Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 3 – Adesão:

Meta: Buscar 100% dos portadores de DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, através de contato telefônico, quando existir.

Indicador 3.2. Proporção de portadores de DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca foi realizada através de contato telefônico, quando disponível. O contato, por vezes, não pôde ser efetivado, em função de muitos pacientes não possuírem telefone, ou por residirem em áreas afastadas, do interior, sem sinal de telefone, o que justifica o resultado do terceiro mês 71,4% (cinco usuários com busca

ativa). Além disso, no terceiro mês de intervenção não foi possível realizar ligações, pois a linha telefônica ainda não havia sido instalada na nova unidade.

É necessária a expansão da ESF no município, abrindo novas unidades no interior e no centro, com delimitação do território de abrangência e com equipes de agentes comunitárias de saúde, a fim de ser possível a busca ativa no domicílio.

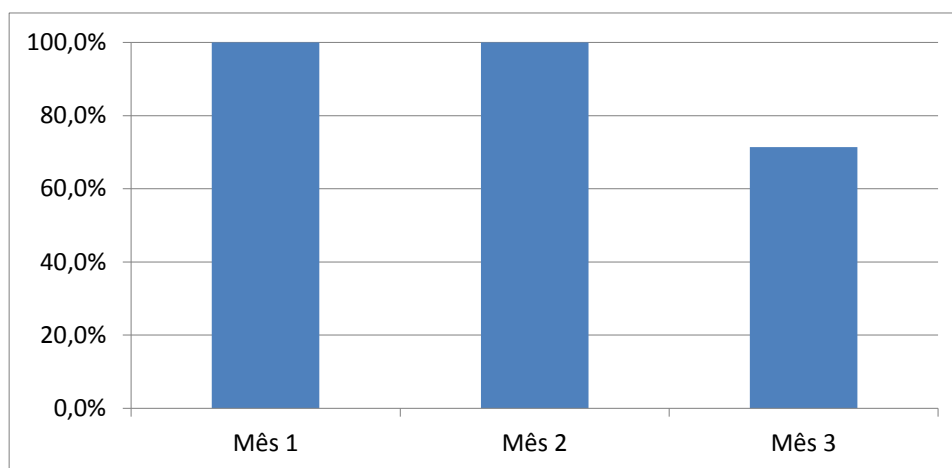


Figura 12: Proporção de indivíduos com DM faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4 – Registro:

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

Indicador 4.1. Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos os usuários tiveram suas informações registradas no prontuário da unidade e na ficha-espelho disponibilizada por esta especialização. A especialização facilitou a melhora dos registros, proporcionando ideias e materiais para a adequada coleta de informação.

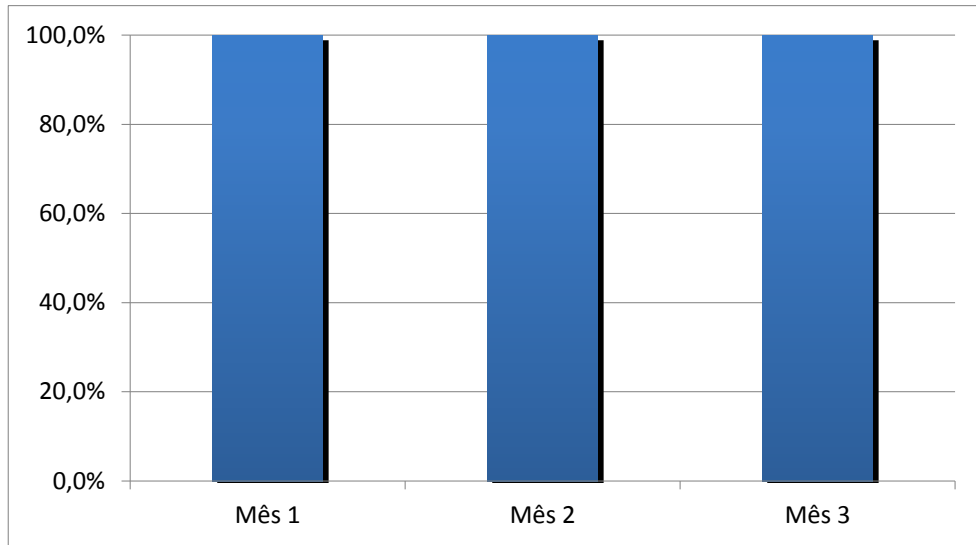


Figura 13: Proporção de usuários portadores de HAS com registro adequado na ficha de Acompanhamento.

Objetivo 4 – Registro:

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

Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O material disponibilizado por esta especialização facilitou a organização dos registros. As informações mais relevantes foram registradas durante as consultas de todos os pacientes portadores de DM, atendidos na intervenção.

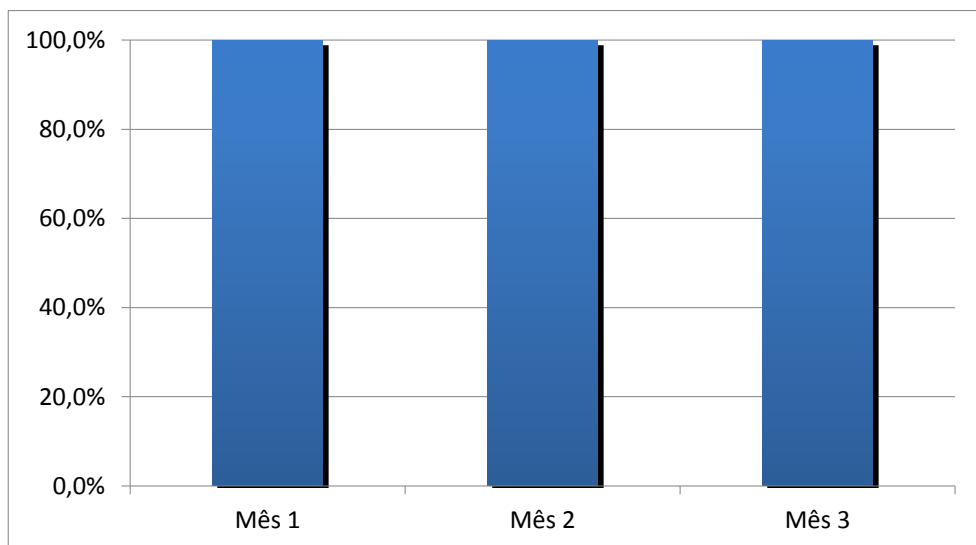


Figura 14: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de Acompanhamento.

Objetivo 5 – Avaliação de Risco:

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

Indicador 5.1. Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Mais de 80% dos cadastrados foram avaliados sob o ponto de vista de risco cardiovascular, a partir do escore de Framingham, sempre que exames complementares presentes (colesterol total e HDL, especificamente). Os resultados acompanham os gráficos dos exames complementares em dia.

No primeiro mês foi realizada estratificação de risco cardiovascular em 72,4% (42); no segundo, em 78,2% (122); e no terceiro, em 79,7% (165).

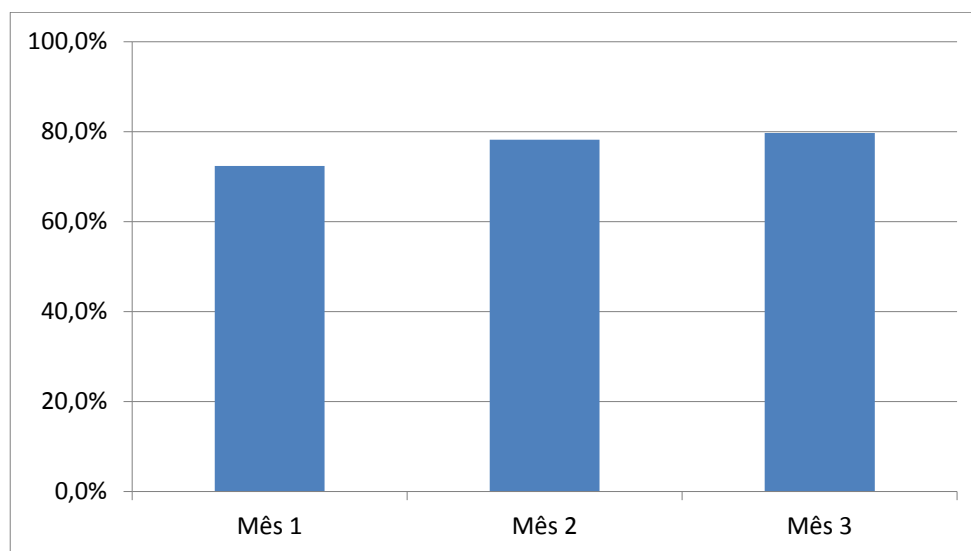


Figura 15: Proporção de usuários portadores de HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 5 – Avaliação de Risco:

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

Indicador 5.2. Proporção de usuários portadores de DM com estratificação de risco cardiovascular.

Quase 100% dos cadastrados foram avaliados a partir do escore de Framingham, sempre que exames complementares presentes (colesterol total e HDL, especificamente), apesar de pacientes portadores de DM serem considerados de alto risco cardiovascular.

No primeiro mês foi realizada estratificação de risco cardiovascular em 87,5% (21) dos cadastrados; no segundo, em 89,8% (53); e no terceiro, em 91,3%(73).

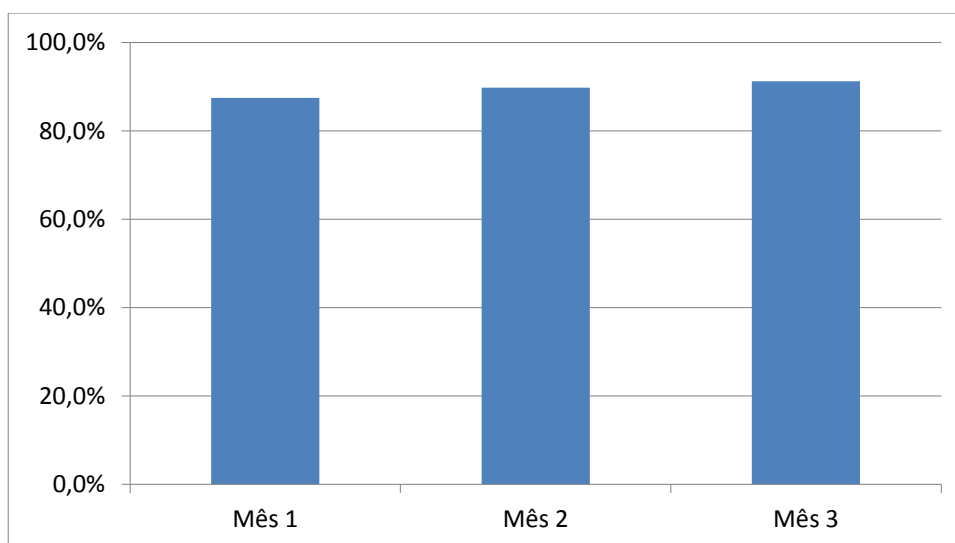


Figura 16: Proporção de portadores de DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

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

Indicador 6.1. Proporção de pacientes com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os usuários foram abordados durante as consultas sobre alimentação saudável, e encaminhados, quando necessário, ao acompanhamento com nutricionista.

A existência de duas nutricionistas no município tornou a assistência mais qualificada, pois os usuários tiveram a oportunidade de adquirir informações sobre os hábitos alimentares saudáveis. Realizei constante comunicação com os profissionais de saúde de outras áreas, a fim de facilitar e melhorar o atendimento. Material impresso também foi distribuído aos alfabetizados.

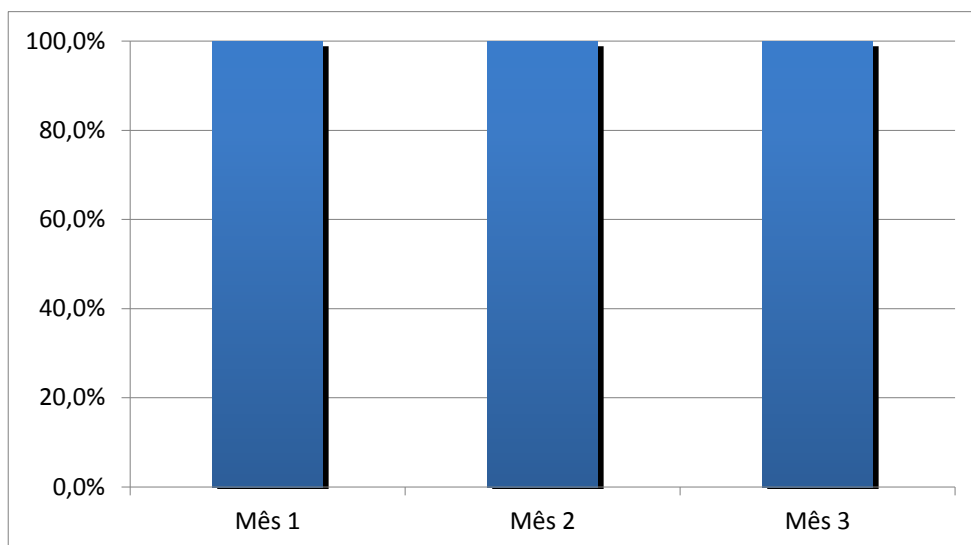


Figura 17: Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre alimentação saudável a 100% dos usuários portadores de DM cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de usuários portadores de DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A abordagem sobre alimentação saudável foi enfaticamente realizada, em concordância com o destaque para um atendimento multidisciplinar, juntamente com as nutricionistas.

As nutricionistas facilitaram o manejo, pois os usuários tiveram a oportunidade de adquirir mais informações sobre os hábitos alimentares saudáveis. Material impresso também foi distribuído aos alfabetizados.

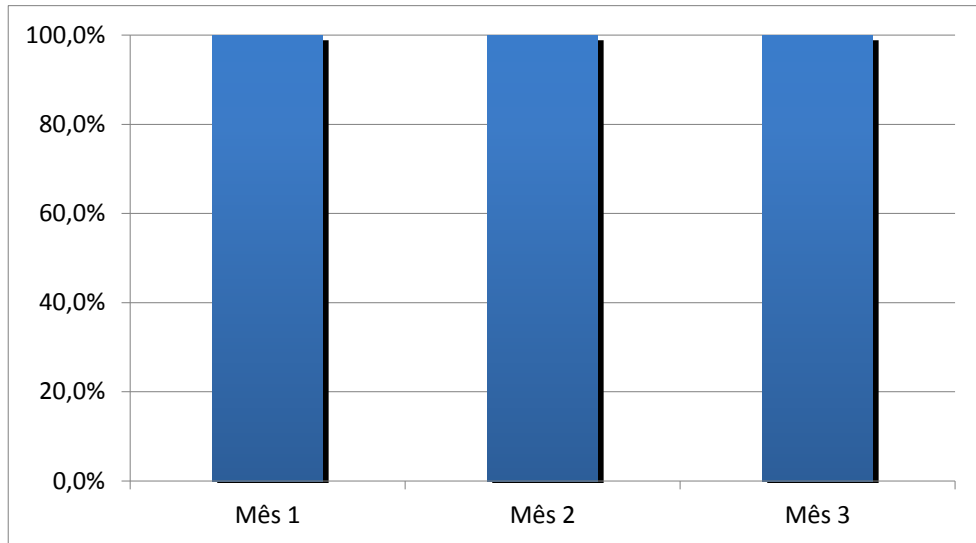


Figura 18: Proporção de usuários portadores de DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos pacientes com HAS cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de pacientes com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os usuários foram orientados sobre a importância da atividade física. A orientação geral é a realização de atividade aeróbica de três a quatro vezes por semana, cerca de 30 minutos por vez, com variações de acordo com o risco cardiovascular ou outras limitações individuais.

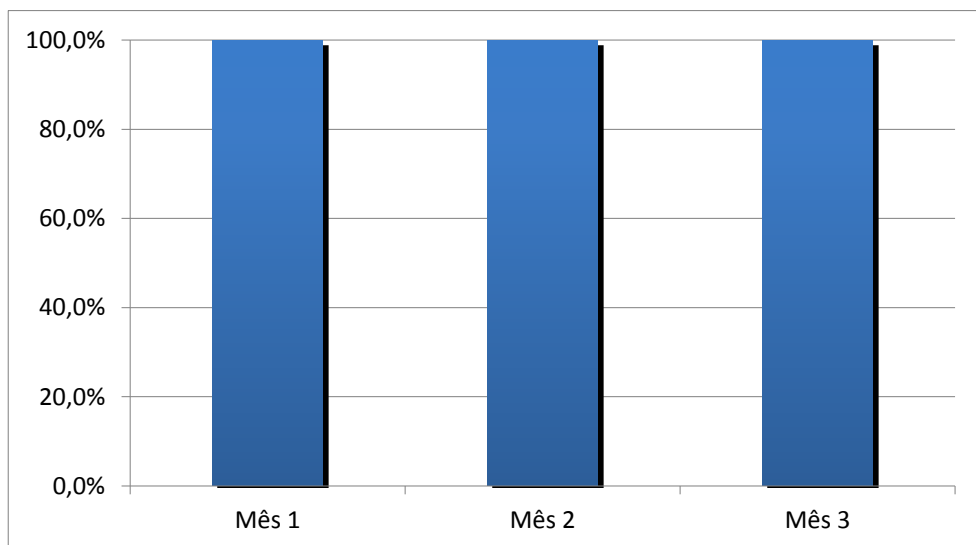


Figura 19: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% usuários portadores de DM cadastrados.

Indicador 6.4. Proporção de usuários portadores de DM cadastrados com orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os usuários foram orientados sobre a importância da atividade física. A orientação geral é a realização de atividade aeróbica de três a quatro vezes por semana, cerca de 30 minutos por vez, com variações de acordo com o risco cardiovascular ou outras limitações individuais.

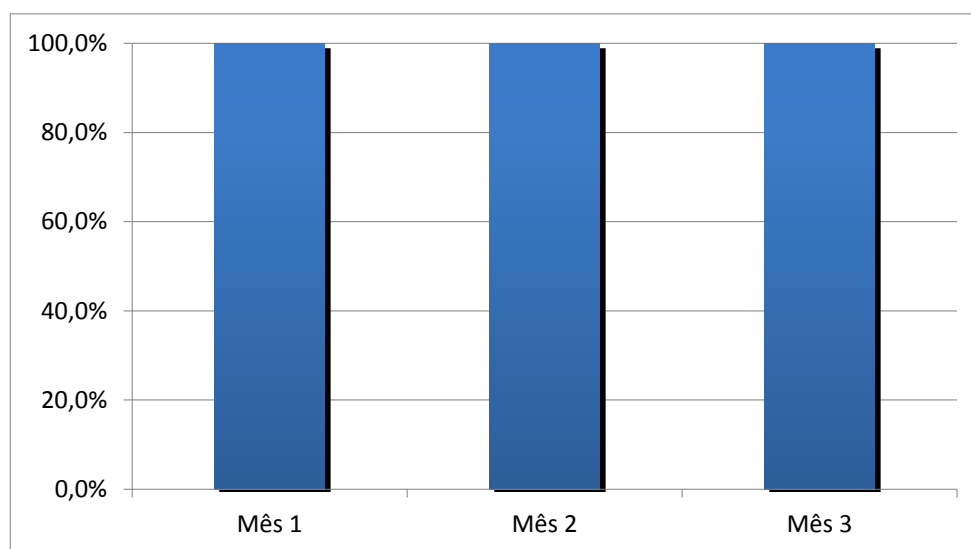


Figura 20: Proporção de usuários portadores de DM que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

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

Indicador 6.5. Proporção de pacientes com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários foram informados sobre os riscos do tabagismo, e todos os fumantes foram estimulados a parar de fumar, através da abordagem mínima. Sempre que necessário, foram encaminhados ao programa anti-tabagismo, coordenado por pneumologista na mesma unidade e na clínica municipal de fisioterapia e de reabilitação pulmonar.

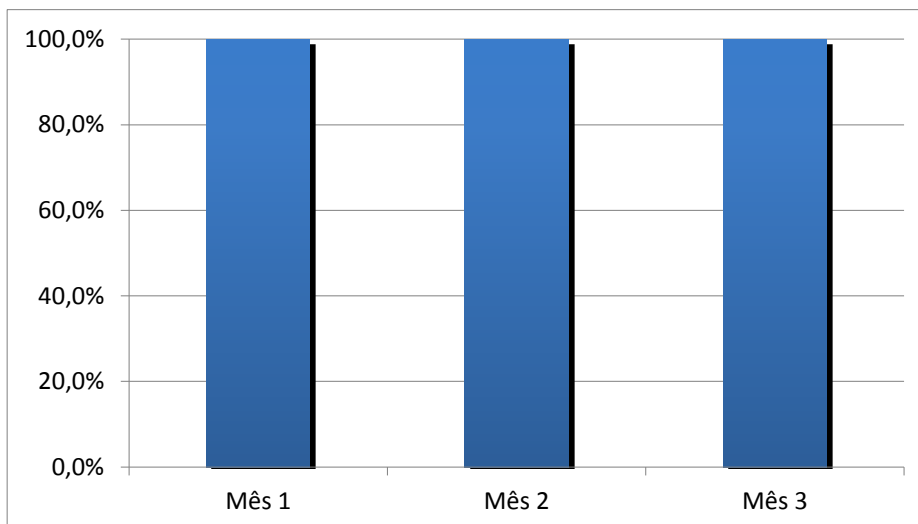


Figura 21: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre riscos do tabagismo a 100% dos usuários portadores de DM cadastrados.

Indicador 6.6. Proporção de usuários portadores de DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários foram informados sobre os riscos do tabagismo, e todos os fumantes foram estimulados a parar de fumar, através da abordagem mínima.

Os pacientes motivados a parar de fumar foram encaminhados ao programa de cessação de tabagismo, coordenado por pneumologista, juntamente com a clínica municipal de fisioterapia respiratória.

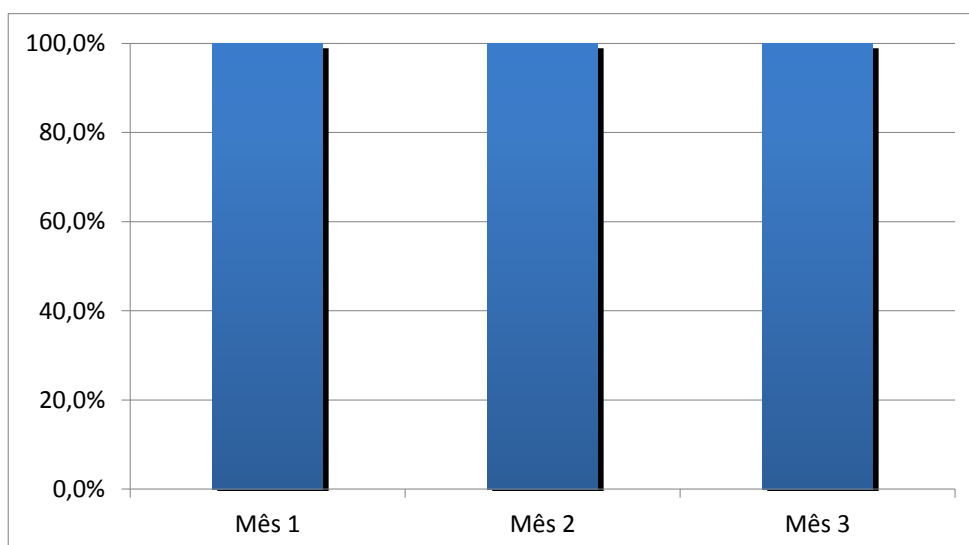


Figura 22: Proporção de usuários portadores de DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes com HAS cadastrados.

Indicador 6.7. Proporção de pacientes com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Todos tiveram a cavidade oral avaliada e foram orientados quanto à higiene bucal. Quando necessário, eram encaminhados para avaliação com dentista.

Durante o período em que a unidade esteve em local provisório, a assistência com dentista esteve prejudicada, pois o atendimento ocorria somente uma vez na semana, na unidade móvel. O acesso aumentou após a mudança para a unidade nova, onde há consultório de saúde bucal.

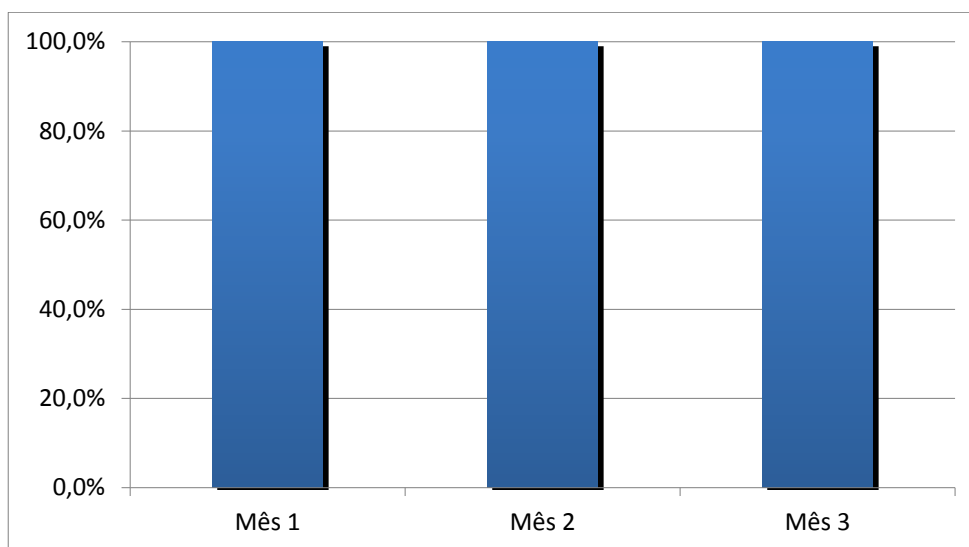


Figura 23: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Objetivo 6 – Promoção de Saúde:

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários portadores de DM cadastrados.

Indicador 6.8. Proporção de usuários portadores de DM com orientação sobre higiene bucal.

Todos tiveram a cavidade oral avaliada e foram orientados quanto à higiene bucal. Quando necessário, eram encaminhados para avaliação com dentista. Muitos pacientes, por falta de informações, referiam medo ou não queriam consultar com dentista. Esse processo de conscientização sobre a importância da saúde bucal tem

sido difícil, pelo fato de as comunidades mais carentes não terem o hábito de consultar regularmente com dentista.

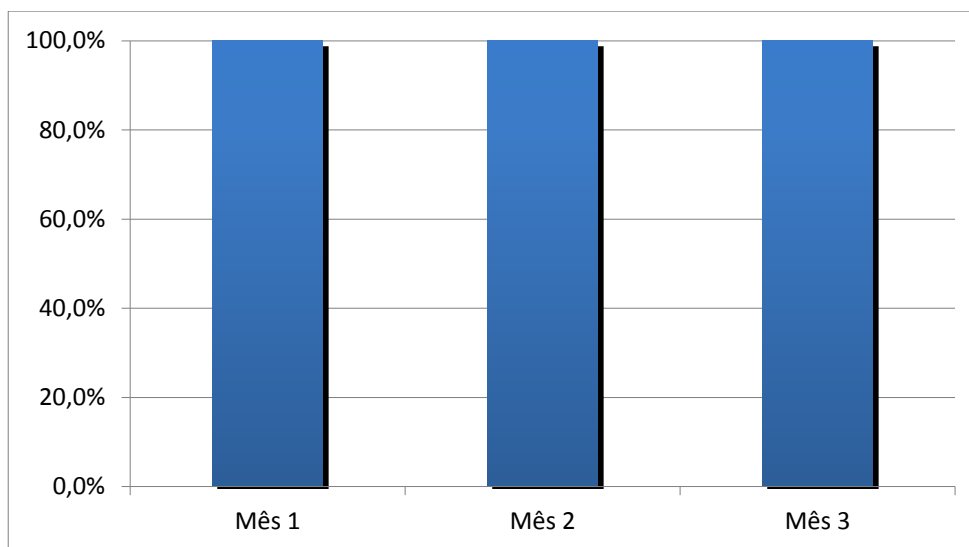


Figura 24; Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção proporcionou a ampliação da cobertura a usuários com HAS e/ou DM, com melhora nos registros, com maior integração com a equipe e com qualificação do serviço prestado. Certamente o engajamento dos usuários no processo do cuidado foi o resultado mais significativo, resultado de um trabalho contínuo de conscientização e de promoção de saúde.

Qualquer atendimento em atenção básica só pode alcançar sua excelência se realizado em equipe. O trabalho multiprofissional, sem dúvida, é a chave para o bom funcionamento de uma unidade de saúde. A intervenção possibilitou uma maior comunicação entre todos os profissionais, recepcionistas, enfermeiras, técnicos e nutricionistas (profissionais existentes na unidade), com o objetivo de proporcionar informações e orientar da melhor forma os usuários com HAS e/ou DM. No início, a mudança não agradou a todos, pois a transformação de uma rotina já estabelecida significou mais trabalho e mais envolvimento. Entretanto, com o tempo, foi possível transmitir a importância que cada um possui na unidade, e que o trabalho articulado faz parte de um todo indivisível. Além disso, a intervenção proporcionou atualização nos conhecimentos relacionados ao tratamento de usuários com HAS e/ou DM, de acordo com o Ministério da Saúde, e possibilitou uma maior união e comunicação entre os membros da equipe, com a consequente qualificação do serviço.

O envolvimento da equipe no processo de atendimento possibilitou o atendimento de um maior número de pessoas, pois cada profissional tem atribuições específicas e igualmente importantes. As orientações prestadas fora das consultas médicas foram de extrema importância no adequado acompanhamento e na adesão dos usuários. A intervenção também transformou uma realidade em que a demanda espontânea era reprimida, pois o trabalho em equipe e a comunicação entre os profissionais permitiu o acolhimento de todos os usuários com HAS e/ou DM e o agendamento priorizado de consultas, de acordo com cada situação. Antes da minha chegada não havia qualquer médico que atendesse demanda espontânea ou que realizasse acolhimento, então o atendimento a indivíduos com HAS e/ou DM e a coordenação do fluxo de atendimento foram as principais conquistas do trabalho realizado.

O Centro de Saúde de São José do Norte não possui uma área delimitada e atende uma população de mais de dez mil habitantes. No início a intenção era realizar a intervenção somente em dois turnos semanais, com consultas agendadas, porém apareciam usuários novos sem o devido acompanhamento em todos os turnos, então passei a priorizar o agendamento, mas realizar a intervenção de forma contínua, a todos os usuários com HAS e/ou DM, em todos os turnos. Como a comunidade estava muito desassistida, o impacto foi grande, apesar de boa parte ainda estar sem cobertura. A comunidade está muito satisfeita, porém a procura está aumentando, e novos usuários aparecem todos os dias, e nem todos conseguem consultar no momento que querem, mas são acolhidos e orientados. É urgente a necessidade de se expandir a ESF, com a abertura de novas unidades, pois o Centro de saúde está sobrecarregado e com um número insuficiente de profissionais para um atendimento de qualidade a todos.

A intervenção só poderia ter sido diferente se estivesse em uma realidade diferente. No contexto em que me encontro, utilizei todas as minhas ferramentas desde o início para realizar um trabalho de qualidade, além de tentar ao máximo estimular a equipe para isso. A abordagem com a equipe poderia ter sido mais lenta, entretanto o tempo foi curto, e as metas, grandes. Se eu estivesse em uma unidade de ESF, acredito que a intervenção seria mais facilmente conduzida, com mais participação de todos, com busca ativa, com maior aproveitamento.

O atendimento, conforme a intervenção, está incorporado à rotina, todo hipertenso e diabético é orientado pelas técnicas a realizar o controle na unidade,

trazendo a carteira de registro, essencial ao ajuste do tratamento. Antes das consultas, todos têm suas pressões aferidas, além do peso e da glicemia (em jejum). Sempre que necessário, encaminhado para acompanhamento com as nutricionistas, e agora, com dentista. Ao longo do acolhimento, as enfermeiras ou as técnicas me informam qualquer alteração que seja prioridade no atendimento, e as medidas necessárias são tomadas. O que me preocupa é como o vai ficar quando eu sair, quem vai assumir, ou se algum médico vai assumir, até porque esse tipo de intervenção necessita de um trabalho em equipe, e sem médico, a rotina conquistada após um ano de trabalho pode ser perdida.

O próximo passo é continuar insistindo com a secretaria de saúde para a abertura de mais unidades de saúde, com maior número de profissionais, com mais acesso a exames e a especialistas. São José do Norte ainda não se emancipou, do ponto de vista de saúde, e encontra-se numa transição de um atendimento tradicional, centrado no hospital municipal, para um atendimento em moldes de ESF. Grande parte da população ainda permanece desassistida, apesar de a secretaria estar caminhando e fazendo esforços para que o acesso seja universal. Na unidade, o objetivo é continuar prestando um serviço de qualidade, em busca da integralidade.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

A intervenção “Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus” conseguiu atingir boa parte dos objetivos propostos, possibilitou a ampliação da atenção a usuários com HAS e/ou DM, além de melhorar a qualidade nos registros, no atendimento e trabalhar insistentemente em orientações de promoção de saúde, com foco em proporcionar um serviço multiprofissional. As condutas da intervenção foram baseadas nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde.

De acordo com o projeto de intervenção, tínhamos como meta atender 25% de usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da unidade, o que não foi possível, pelo fato de o Centro de Saúde de São José do Norte não possuir uma área delimitada de atuação, não contar com equipe de agentes comunitárias, por funcionar como unidade tradicional e por atender uma população de mais de dez mil habitantes, oriunda do centro e do interior. Por outro lado, todo usuário com HAS e/ou DM que procura a unidade é acolhido e orientado sobre a necessidade de realizar acompanhamento médico regular, e a maioria acaba em uma consulta comigo, ou

seja, os usuários que procuram a unidade são incluídos no programa de atenção à hipertensão e à diabetes. O projeto de intervenção foi apresentado à equipe, a qual mostrou boa aceitação e compreensão quanto à importância da educação dos usuários, além de ter incorporado ações na rotina de trabalho, como aferição de pressão arterial, glicemia, peso e orientações acerca do controle regular.

Em outro momento da elaboração do projeto foi estabelecida uma meta de cadastrar cerca de 200 usuários, a qual foi alcançada com a inclusão de 216 hipertensos e/ou diabéticos atendidos durante as doze semanas de intervenção, dentre os quais 207(12,5%) portadores de HAS e 80(19,5%) portadores de DM. Certamente o número de usuários com HAS e/ou DM atendidos foi maior do que o número de cadastrados, os motivos para o não cadastramento foram devido ao usuário já estar em acompanhamento com outro médico ou por falta de tempo para a realização dos cadastros, em função da grande demanda. Todos os usuários, cadastrados ou não, foram orientados sobre alimentação saudável, importância da higiene bucal e da atividade física e riscos do tabagismo. Todos os pacientes atendidos foram submetidos a exame clínico completo e tiveram seus exames complementares solicitados, quando necessário, conforme protocolo, além de serem avaliados quanto ao risco global cardiovascular. Muitos usuários já estavam em uso de medicações não disponíveis na rede pública, então quando possível era realizada a troca, e sempre informado sobre os remédios disponíveis tanto na farmácia municipal quanto na farmácia popular. Sempre que necessário, os usuários foram orientados a realizar acompanhamento com nutricionista, disponível na unidade.

Outro fato marcante foi a mudança – após mais de dois anos de obra – para a unidade original, onde os pacientes têm previsão de ter acesso diário a consultas com dentista, enquanto que na unidade provisória funcionava somente uma vez por semana, na unidade móvel, já que não havia consultório de saúde bucal. Importante destacar a falta de medicações importantes na farmácia municipal, também ausentes na farmácia popular, como selozok, anlodipino, carvedilol, glimepirida, clopidogrel, dentre outros, o que justifica o aumento de prescrições que não contemplam todo o tratamento disponível na rede.

Foi possível observar uma queda do número de usuários com os exames complementares em dia, pois o município ficou um período sem laboratório, em função de questões burocráticas, então muitos usuários acabaram pagando os exames, outros ainda aguardam ser chamados. Assim que a situação foi regularizada, a lista

da marcação de exames voltou a andar. Uma dificuldade encontrada foi o contato com os pacientes faltosos, pois a única forma possível era através de telefone, o qual encontrava-se, na maioria das vezes, fora da área de cobertura – moradores do interior – ou desligados, o que justifica o fato de não ter sido possível entrar em contato com todos os faltosos. Aqui é importante ressaltar a necessidade de equipe de agentes comunitárias de saúde, que podem realizar busca ativa e aproximar a comunidade da unidade de saúde. Primeiramente, é indispensável a delimitação do território de abrangência, a fim de organizar o cadastramento das famílias e o funcionamento do serviço.

A realização de grupo semanal de educação em saúde foi inviável, porém pude informar ativamente durante as consultas sobre cuidados com a saúde, além de participar como palestrante em um grupo de AVC da clínica municipal de fisioterapia. Só é possível pensar em mudança, se investirmos mais em educação em saúde. Ao longo da intervenção, foi possível observar o engajamento de boa parte dos pacientes no controle do seu tratamento, assumindo o problema e tendo atitudes de enfrentamento e de progresso. Tal resultado provém da maior conscientização do usuário quanto à autonomia no cuidado, essenciais ao manejo adequado de qualquer patologia. Se a intervenção fosse realizada em uma unidade de ESF, o andamento certamente seria mais fácil, pois a população seria menor, a busca ativa no domicílio seria possível e tanto a organização de agendas quanto a realização de reuniões de equipe possibilitariam a criação de grupos de educação em saúde.

O processo de coleta e armazenamento de dados ocorreu sem dificuldades. Após e durante as consultas, as informações eram compiladas, e as fichas espelho da intervenção eram armazenadas em um arquivo separado dos prontuários. Toda semana os cadastros eram inseridos na planilha, e as informações eram revisadas e analisadas. O atendimento à maioria dos usuários foi feito praticamente do zero, em função da falta de registros nos prontuários e do longo período sem o devido acompanhamento. A intervenção possibilitou também a melhora do preenchimento dos prontuários e registros dos usuários. O Centro de Saúde de São José do Norte possui um crítico problema referente aos prontuários, os quais estão separados por profissional (médico, enfermeira, nutricionista) gerando um desmembramento de informações, ou seja, uma paciente mulher, por exemplo, tem o prontuário do clínico, da ginecologista, da nutricionista e do pré-natal. Esta situação ocupa espaço e tempo de forma desnecessária. É urgente a necessidade de organização do sistema de

registros na unidade; acredito que o modelo ideal seria o eletrônico (eSUS), já que existem prontuários acumulados há mais de trinta anos, e a unificação de todos demandaria mais profissionais, além de muito tempo.

Como não havia dentista até o final da intervenção, muitos usuários ficaram sem a oportunidade de ter uma avaliação por especialista em saúde bucal. Entretanto, na unidade reformada, está previsto atendimento diário com dentista, assim que o consultório de saúde bucal estiver pronto.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho, aceita pela comunidade, e está se fortalecendo cada dia mais. O trabalho continua grande, com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento a usuários com HAS e/ou DM. A continuidade da ação será possível somente se outro médico ocupar o meu lugar quando eu sair, pois é uma ação que depende de uma equipe completa, com exame clínico (médico) adequado, avaliação do risco cardiovascular, monitorização do controle, solicitação de exames e manejo terapêutico continuado. Todos os profissionais de saúde são muito importantes principalmente no que se refere à promoção de saúde em seus mais diversos aspectos e ao estímulo à autonomia do usuário no processo do cuidado.

Apesar de a intervenção ter tido uma duração curta, muitos indivíduos foram abordados, e uma semente de promoção de saúde foi plantada em cada um. Não há como analisar quantitativamente aspectos puramente qualitativos, pois números não conseguem expressar o efeito causado em cada usuário. O trabalho ao longo das doze semanas foi intenso, com constantes articulações em equipe, tentando sempre superar as dificuldades. O valor de poder reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida das pessoas é inestimável.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A intervenção “Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus” realizada no Centro de Saúde de São José do Norte, conhecido por todos como “Postão”, possibilitou a ampliação da atenção a usuários com HAS e/ou DM, além de melhorar a qualidade no atendimento e trabalhar insistentemente em orientações de promoção de saúde, com foco em proporcionar um serviço multiprofissional. As condutas da intervenção foram baseadas nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde.

O Centro de Saúde de São José do Norte não possui uma área delimitada de atuação, não conta com equipe de agentes comunitárias, funciona como unidade tradicional (não ESF) e atende uma população de mais de dez mil habitantes, oriunda do centro e do interior. Por estes motivos, não foi possível atender 100% dos hipertensos e diabéticos. Por outro lado, todo hipertenso e diabético que procura a unidade é acolhido e orientado sobre a necessidade de realizar acompanhamento médico regular, e a maioria acaba em uma consulta comigo, ou seja, os usuários que procuram a unidade são incluídos no programa de atenção à hipertensão e à diabetes.

Em outro momento da elaboração do projeto foi estabelecida uma meta de cadastrar cerca de 200 usuários, a qual foi alcançada com a inclusão de 216 hipertensos e/ou diabéticos atendidos durante as doze semanas de intervenção, dentre os quais 207 hipertensos e 80 diabéticos. Certamente o número de usuários com HAS e/ou DM atendidos foi maior do que o número de cadastrados, os motivos para o não cadastramento foram devido ao usuário já estar em acompanhamento com outro médico ou por falta de tempo para a realização dos cadastros, em função da grande demanda. Para tanto, inicialmente foi realizada uma agenda em dois turnos semanais, para priorizar o atendimento a pacientes de maior risco e também para que fosse feito um atendimento multiprofissional de rotina. Assim que a agenda foi toda preenchida nas doze semanas de intervenção, os usuários fora da agenda também foram incluídos no programa e atendidos com a mesma qualidade, porém perdendo a comodidade de não ter sua próxima consulta agendada.

Todos os usuários, cadastrados ou não, foram orientados sobre alimentação saudável, importância da higiene bucal e da atividade física e riscos do tabagismo. Todos os pacientes atendidos foram submetidos a exame clínico completo e tiveram seus exames complementares solicitados, quando necessário, conforme protocolo do Ministério da Saúde, além de serem avaliados quanto ao risco global cardiovascular. Muitos já estavam em uso de medicações não disponíveis na rede pública, então quando possível era realizada a troca, e sempre informado sobre os remédios disponíveis tanto na farmácia municipal quanto na farmácia popular.

Sempre que necessário, os usuários foram orientados a realizar acompanhamento com nutricionista, disponível na unidade. Outro fato marcante foi a mudança – após mais de dois anos de obra – para a unidade original, onde os pacientes têm previsão de ter acesso diário a consultas com dentista, enquanto que na unidade provisória funcionava somente uma vez por semana, na unidade móvel,

já que não havia consultório de saúde bucal. A unidade nova também proporcionou mais espaço, conforto e dignidade ao atendimento, além de proporcionar mais fácil acesso à Farmácia Municipal e à sala de vacinação.

No segundo mês da intervenção, foi possível observar uma queda do número de usuários com os exames complementares em dia, pois o município ficou um período sem laboratório, em função de questões burocráticas, então muitos usuários acabaram pagando os exames, outros ainda aguardam ser chamados. Assim que a situação foi regularizada, a lista da marcação de exames voltou a andar.

Uma dificuldade encontrada foi o contato com os pacientes faltosos, pois a única forma possível era através de telefone, o qual encontrava-se, na maioria das vezes, fora da área de cobertura – moradores do interior – ou desligados, o que justifica o fato de não ter sido possível entrar em contato com todos os faltosos. Mesmo com consulta previamente agendada, muitos acabavam esquecendo, ou por outros motivos, faltando às consultas, o que gera um atraso para o sistema. Aqui é importante ressaltar a necessidade de equipe de agentes comunitárias de saúde, que podem realizar busca ativa e aproximar a comunidade da unidade de saúde. Primeiramente, é indispensável a delimitação do território de abrangência, a fim de organizar o cadastramento das famílias e o funcionamento do serviço. Além disso, cabe ao usuário, valorizar o serviço oferecido, tendo a consciência de que a falta não justificada da consulta representa o não atendimento de outro que necessita.

A realização de grupo semanal de educação em saúde foi inviável, porém pude informar ativamente durante as consultas sobre cuidados com a saúde, além de participar como palestrante em um grupo de AVC da clínica municipal de fisioterapia. Só é possível pensar em mudança, se investirmos mais em educação em saúde, por isso fui insistente nas orientações. Ao longo da intervenção, foi possível observar o engajamento de boa parte dos pacientes no controle do seu tratamento, assumindo o problema e tendo atitudes de enfrentamento e de progresso. Tal resultado provém da maior conscientização do usuário quanto à autonomia no cuidado, essenciais ao manejo adequado de qualquer patologia. Se a intervenção fosse realizada em uma unidade de ESF, o andamento certamente seria mais fácil, pois a população seria menor, a busca ativa no domicílio seria possível e tanto a organização de agendas quanto a realização de reuniões de equipe possibilitariam a criação de grupos de educação em saúde.

O registro da maioria dos usuários foi feito praticamente do zero, em função da falta de informações nos prontuários e do longo período sem o devido acompanhamento. A intervenção possibilitou também a melhora do preenchimento dos prontuários e registros dos usuários. É importante destacar que o prontuário pertence ao paciente, podendo este adquirir cópia, se necessário ou se solicitado. O Centro de Saúde de São José do Norte possui um crítico problema referente aos prontuários, os quais estão separados por profissional (médico, enfermeira, nutricionista) gerando um desmembramento de informações, ou seja, uma paciente mulher, por exemplo, tem o prontuário do clínico, da ginecologista, da nutricionista e do pré-natal. Esta situação ocupa espaço e tempo de forma desnecessária. É urgente a necessidade de organização do sistema de registros na unidade; acredito que o modelo ideal seria o eletrônico (eSUS) – já implementado em unidades de ESF locais -, já que existem prontuários acumulados há mais de trinta anos, e a unificação de todos demandaria mais profissionais, além de muito tempo.

Como não havia dentista até o final da intervenção, muitos usuários ficaram sem a oportunidade de ter uma avaliação por especialista em saúde bucal. Entretanto, na unidade reformada, está previsto atendimento diário com dentista, assim que o consultório de saúde bucal estiver pronto.

A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho, aceita pela comunidade, e está se fortalecendo cada dia mais. O trabalho continua grande, com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos. A continuidade será possível somente se outro médico ocupar o meu lugar quando eu sair, pois é uma ação que depende de uma equipe completa, com exame clínico (médico) adequado, avaliação do risco cardiovascular, monitorização do controle, solicitação de exames e manejo terapêutico continuado. Todos os profissionais de saúde são muito importantes principalmente no que se refere à promoção de saúde em seus mais diversos aspectos e ao estímulo à autonomia do usuário no processo do cuidado.

Apesar de a intervenção ter tido uma duração curta, muitos indivíduos foram abordados, e uma semente de promoção de saúde foi plantada em cada um. Não há como analisar quantitativamente aspectos puramente qualitativos, pois números não conseguem expressar o efeito causado em cada usuário. O resultado positivo do tratamento depende sim de um serviço de saúde de qualidade, entretanto o desejo da cura e da melhora, juntamente com atitudes transformadoras, representa mais da

metade do caminho. O trabalho ao longo das doze semanas foi intenso, com constantes articulações em equipe, tentando sempre superar as dificuldades, tanto do sistema quanto dos pacientes. O valor de poder reduzir riscos e melhorar a qualidade das pessoas é inestimável.

5 Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem

O PROVAB, juntamente com a Especialização em Saúde da Família –UFPEL, foi uma experiência de significativo crescimento pessoal e profissional. Trabalhar em atenção básica é um desafio diário de elevada complexidade, ainda mais para uma médica recém-formada. Complexo na diversidade da demanda e nos obstáculos do sistema de saúde brasileiro. A Especialização proporcionou um amparo maior à prática qualificada na atenção primária à saúde, além de ser um suporte contínuo de informações e de estimular a busca pelo melhor.

A especialização no PROVAB veio para facilitar a rotina de trabalho, ajudando a organizar a rotina do serviço, fornecendo materiais para estudo continuado, sendo um apoio para dúvidas da prática clínica e proporcionando o suporte para que possamos buscar a integralidade na atenção, em todos os aspectos. Acredito ter feito a melhor escolha quando optei por trabalhar em atenção básica logo após de formada, pois a experiência adquirida proporciona um crescimento que não pode ser descrito em palavras. E quando falo em crescimento, não me refiro somente à qualificação médica e técnica, mas principalmente, na compreensão do ser humano, no entendimento do processo saúde-doença em um contexto sócio-econômico-cultural.

Criar um vínculo com a comunidade e com a equipe, realizar intervenção em hipertensão e diabetes e insistir em promoção de saúde foram os pilares de um trabalho intenso, que teve um saldo muito positivo e trouxe resultados inestimáveis. Espero que as melhorias implantadas permaneçam na rotina da unidade, após a minha saída; e que o processo de transformação de um modelo de atenção tradicional para programa de saúde da família acompanhe as necessidades da população. A comunidade recebeu um atendimento mais qualificado, porém a maior beneficiária fui eu, que ganhei um ano de experiências incríveis, aprendizados e de muito carinho e gratidão por parte da comunidade.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.28. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica n. 33. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n. 37. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos, 2006.

VILA-NOVA, R.S. Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção a Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em 01 ago. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

BATISTA, S.R.R.; JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; SALGADO, C.M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. Rev Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis; 2004.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2006.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. Arq Bras Endocrinol Metab, v. 53, n. 1, 2009.

FILHA, F.S.S.C.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M.V. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia de saúde da família. Rev Rene, Fortaleza, v.12, p.930-6, 2011.

ATHANIEL, M.A.S.; SAITO, R.X.S. Saúde do adulto — doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. In: Ohara ECC, Saito XSS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2010.

ROMERO, A.D.; SILVA, M.J.; SILVA, A.R.V.; JÚNIOR, W.; FREITAS, R.R.; DAMASCENO, M.M.C. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. Rev Rene, v.11, n. 2, p. 72-78, 2010.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha espelho



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo						
Data	Apresentação					
Hidroclorotiazida 25mg						
Captopril 25mg						
Propranolol 40 mg						
Enalapril 10 mg						
Atenolol 25 mg						
Metformina 500 mg						
Metformina 850 mg						
Glibenclâmida 5mg						
Insulina NPH						

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCM						
CHCM						
Plaquetas						

ANEXO B

Planilha de Coleta de Dados



coleta.kenselyn final (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar Área de Tran... Fonte Alinhamento Número Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilo

P2

Especialização em Saúde da Família - EaD

DMS  

Esta é a **PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**, desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância.

Preparamos esta ferramenta para ajudar você a monitorar os resultados da sua **INTERVENÇÃO**, com base em seu projeto.

Em todas as planilhas você só precisa colocar seus dados nas células em **VERDE**. Todos os indicadores e gráficos serão gerados automaticamente. Leia atentamente a aba "Orientações".

Autores: Anaclaudia Gastal Fassa | Luiz Augusto Facchini | Maria Elizabeth Gastal Fassa | Maria Aurora Chrestani Cesar | Suele Manjourany Silva Duro | Elaine Tomasi | Michel Cerioli Giraldi

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores

Selecione o local de destino e tecla ENTER ou use 'Colar'

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

APÊNDICE

APÊNDICE A

Fotos da intervenção



Figura 1. Entrada da unidade provisória do Centro de Saúde de São José do Norte/RS.



Figura 2. Entrada unidade nova e reformada do Centro de Saúde de São José do Norte/RS, inaugurada em outubro de 2014.



Figura 3. Consultório médico da unidade provisória do Centro de Saúde de São José do Norte/RS.



Figura 4. Consultório médico da nova unidade do Centro de Saúde de São José do Norte/RS.



Figura 5. Consultório médico da nova unidade do Centro de Saúde de São José do Norte/RS.

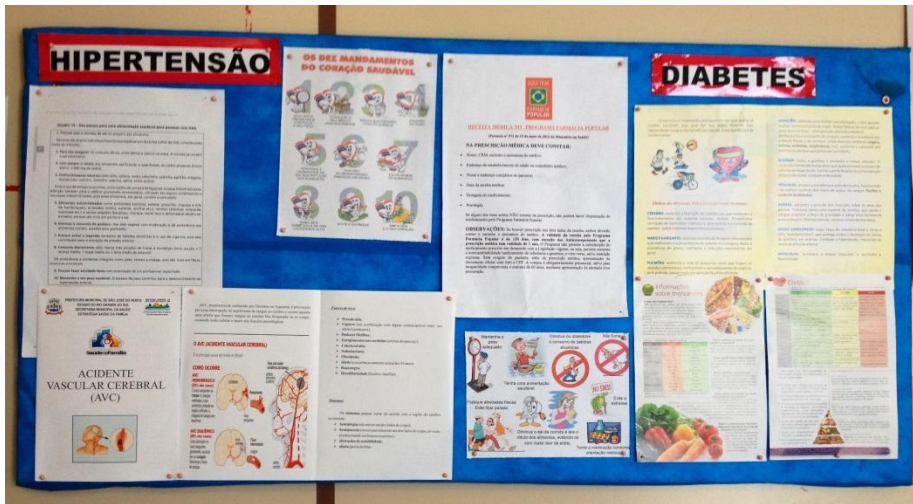


Figura 6. Mural informativo no Centro de Saúde de São José do Norte/RS.



Figura 7. Ação de educação em saúde com o grupo de AVC da clínica municipal de fisioterapia, São José do Norte/RS.



Figura 8. Ação de educação em saúde com o grupo de AVC da clínica municipal de fisioterapia, São José do Norte/RS.