

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* da ESF Jardim Primavera do município de Boa Vista- RR

Maiara Menezes Reis

Pelotas, 2015

Maiara Menezes Reis

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* da ESF Jardim Primavera do município de Boa Vista- RR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social ao Curso de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rogeane da Silva Borges

Pelotas, 2015

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

R375m Reis, Maiara Menezes

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da ESF Jardim Primavera do município de Boa Vista- RR / Maiara Menezes Reis; Rogeane da Silva Borges, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Borges, Rogeane da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a todos os hipertensos, diabéticos e portadores de doenças crônicas em geral. Que todos possam se conscientizar e buscar sempre melhores hábitos de vida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me deu esta oportunidade única e a minha família por sempre me apoiar em todos os momentos.

Agradeço também a toda equipe da unidade de saúde do Jardim Primavera e excepcionalmente aos meus pacientes.

Lista de Abreviaturas e/ou Sigla

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	<i>Acidente vascular Encefálico</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RR	Roraima
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Lista de Figuras

	Pág	
Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	44
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de saúde.....	45
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	46
Figura 4	Gráfico da proporção de diabético com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	47
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.....	48
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	49
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.....	50
Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.....	50
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	51
Figura 10	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	52
Figura 11	Gráfico da proporção de pacientes hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	53
Figura 12	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	54
Figura 13	Gráfico da proporção de pacientes hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	55
Figura 14	Gráfico da proporção de pacientes diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	56
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	56
Figura 16	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	57
Figura 17	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	58
Figura 18	Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	59
Figura 19	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	60
Figura 20	Gráfico da proporção de diabético que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	60
Figura 21	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	61
Figura 22	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os	62

	riscos do tabagismo.....	
Figura 23	Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	63
Figura 24	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	63

Resumo

REIS, Maiara Menezes. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus* da ESF Jardim Primavera do município de Boa Vista- RR.** 2015. 76f.; il. Especialização em Saúde da Família - Modalidade de Educação à Distância. Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de Pelotas

Segundo os protocolos do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, e constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Essas duas comorbidades habitualmente atingem os usuários em conjunto, o que evidencia uma elevação de suas prevalências e baixo controle. O bom manejo dessas patologias na atenção básica evita que essas doenças evoluam de forma negativa tanto para os seus portadores como também para o Estado. A unidade básica de saúde do Jardim Primavera possuía estrutura deficitária em conjunto com baixa cobertura do programa de ações programáticas de atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos. Para organizar a assistência de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, foi realizada uma intervenção com os objetivos de melhorar a qualidade da assistência, ampliar a cobertura deste programa juntamente a melhoria da adesão ao tratamento dessas patologias. Para o alcance dos objetivos e metas, foram realizadas ações contemplando os quatro eixos do curso: avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica. A intervenção foi realizada na unidade de saúde do Jardim Primavera no trimestre de setembro a novembro de 2014, em Boa Vista, capital do estado de Roraima, com o envolvimento de todos os profissionais da equipe nas atividades realizadas. Com esse projeto conseguimos ampliar a cobertura da atenção aos usuários portadores de hipertensão para 22,4% e diabetes para 36,7%. Além de melhorar a cada dia a sensibilização dos usuários quanto as possíveis complicações de suas comorbidades quando não tratadas. Com o fim do projeto percebemos que a intervenção foi inserida na rotina de serviço da unidade.

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

Sumário

	Pág.
Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	39
3 Relatório da Intervenção	40
4 Avaliação da intervenção	43
4.1 Resultados	43
4.2 Discussão	65
4.3 Relatório da intervenção para gestores	68
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	69
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	71
6 Referências	73
Anexos	74
Anexo 1 - Ficha espelho	74
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	75
Anexo 3 - Última reunião na UBS	75

Apresentação

Este 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 um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde do Jardim Primavera, em Boa Vista, capital do estado de Roraima.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. O volume se inicia na primeira parte com a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes as metas e seus indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta e última parte 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.

A intervenção com foco na Atenção ao Hipertenso e Diabético teve seu início no mês de setembro de 2014, quando começaram a serem postados os primeiros diários; sua finalização ocorreu no final do mês de novembro do mesmo ano (trimestre) com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Apesar da UBS está localizada na Capital do estado, a comunidade enfrenta muitas dificuldades em relação ao saneamento básico, além disso, também enfrentamos problemas com a estrutura da unidade, não existindo consultórios o bastante para todos os médicos. Existe apenas um consultório com refrigeração, tornando-se impossível atender os usuários em ambiente sem ar condicionado, pois a casa não possui sistema de ventilação, tornando o ambiente de trabalho insuportável.

A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SEMSA) alugou esta casa para que assim a ESF no bairro Jardim Primavera pudesse funcionar. Entretanto, o proprietário do local está pedindo o local de volta, e todos estão apreensivos, pois não existe local até o momento para promover a mudança da UBS.

Soma-se a isso, o problema de segurança da unidade, que por estar localizada em região conhecida por tráfico de entorpecentes, latrocínios e homicídios, a população vive assustada e em pânico. Funcionários da estratégia também sofrem com isso, já que estes também já foram vítimas de latrocínios no momento de seu labor. Não aconteceu apenas uma vez. Já ocorreram diversas reincidências de roubos e o que atormenta a todos os profissionais é a segurança quanto a assaltos a mão armada que já ocorreram nas proximidades do posto de saúde.

Infelizmente, essa unidade não é assistida por qualquer pessoa especializada em fazer a segurança dos funcionários ali locados para ajudar a comunidade. Existe apenas uma câmera de segurança que grava a movimentação no corredor da UBS, que para a tristeza de momentos de pânico, não vai poder ajudar a salvar os funcionários ou aos usuários do sistema.

A unidade também sofre com a falta de medicamentos básicos para tratamentos adequados de doenças comuns à comunidade. O farmacêutico responsável já realizou diversas solicitações, mas sem êxito. Enquanto isso, a população deficiente sofre sem as medicações. Em relação à comunidade, esta é composta por pessoas da classe média baixa e pobres, mas não extremamente

pobres. No primeiro mês de PROVAB, atendemos diversos adultos que não sabem ler.

O que temos percebido é que diversos usuários recebem bolsa-família e contam fielmente com esse dinheiro. Famílias extensas, com pouca orientação para os estudos e quase nenhum cuidado com a saúde.

Diversas pessoas com patologias básicas com parasitoses, tanto ecto como endoparasitoses. E até o momento, não foi atendida nenhuma pessoa que consumisse água filtrada. Todos usam água encanada, mas sem qualquer tratamento com hipoclorito de sódio ou fervimento.

Além disso, muitas pessoas com diagnóstico de doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, com o tratamento já indicado, mas sem uso regular das medicações. Os usuários simplesmente não fazem uso das medicações, por motivos diversos. Uns por acharem desnecessário, outros por acharem que já estão curados. O fato é que todos não sabem o real perigo de suas patologias e arriscam a sua vida e a de todos seus dependentes por ignorância.

Sentimos que o trabalho de educação e sensibilização dessas pessoas não será nada fácil, mas espero que com o ano que se inicia, a equipe 3.4 da cidade de Boa Vista, juntamente com as melhorias da UBS e segurança de trabalho, possa realizar melhorias para esses usuários tão necessitados de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Jardim Primavera fica localizada na zona periférica de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Segundo o IBGE (Censo-2010), esta cidade apresentava uma população de 284.313 habitantes, já em 2013, a população estimada é de 308.996 habitantes. Apresentou ainda segundo o Censo de 2010, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,752, considerado alto em uma escala numérica de zero a 1.

O IDHM é um índice composto por três indicadores de desenvolvimento humano: vida longa e saudável (longevidade), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda). Quando comparamos esse valor atual com o índice em 1991 igual a 0,529, considerado de baixo desenvolvimento humano, visualizamos o quanto de melhora nossa cidade vêm apresentando em relação a desenvolvimento humano. Apesar desse índice demonstrar melhora no contexto da cidade como um

todo, iremos ver que nossa área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS), infelizmente, não usufrui desses “benefícios”.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BV), nossa cidade apresenta 32 UBS e 55 equipes de estratégia de saúde de família, que cobre aproximadamente 60% da população, estão distribuídas de forma a atender a comunidade mais necessitada do município: a periferia.

Quanto ao sistema de saúde em geral, a cidade apresenta uma policlínica (Policlínica Cosme e Silva) situada no bairro Pintolândia (periferia do município), capacitada para atender somente urgências clínicas e realizar alguns exames laboratoriais. Qualquer outro problema um pouco mais grave seja clínico ou cirúrgico, o paciente é imediatamente transferido para o Hospital Geral de Roraima (HGR), que é o único centro de referência complexa do Estado. Além disso, possui uma maternidade (Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth – HMINSN), um hospital municipal de urgência infantil (Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA), e um hospital de atendimentos ambulatoriais de especialidades (Hospital Coronel Mota – HCM), para onde referenciamos os usuários com necessidade de atendimentos com especialistas. No momento o município não possui apoio matricial de equipe através do NASF, mas estão no processo para implantação. Também não possui CEO. Quando se faz necessário, se encaminha para outras unidades de saúde que possuam a equipe de saúde bucal e também para os serviços estaduais.

A UBS utiliza o modelo de atenção da Estratégia da Saúde da Família com o objetivo de prestar uma assistência de melhor qualidade aos usuários. Não é nada fácil lidar com a população desse bairro, porque muitos não sabem ler a receita médica. Somam-se a isso, os problemas de segurança encontrados na UBS, já que é fato que a comunidade enfrenta problemas de drogas, latrocínios e homicídios.

A UBS localiza-se em imóvel alugado o qual foi adaptado para abrigar uma ESF. Entretanto, as adaptações estão longe de serem as indicadas pelo MS. A começar pela parte externa: a rua em frente possui asfalto em péssima conservação, com buracos que dificultam o acesso de automóveis, motocicletas e bicicleta. Além disso, não existe calçada, apenas areia que separa o asfalto do primeiro degrau da entrada do posto. Não possui rampa de acesso pela frente. Caso algum portador de locomoção necessite, terá que entrar pelos fundos, onde irá passar por um portão e areia até, enfim, encontrar uma rampa (também em péssimo estado de conservação). A unidade possui uma recepção onde também são

guardados os prontuários por famílias cadastradas em cada microárea. De frente à recepção encontramos a farmácia, com refrigeração, mas sem iluminação natural, janela ou exaustor.

Mais a frente, temos os dois consultórios médicos, em deplorável estado de conservação, já que as portas não fecham por completo, sem chaves, apenas 1 apresenta banheiro, sem ar condicionado, sem ventilador, sem qualquer lavatório de mãos. As paredes em péssimo estado de conservação, apresentando uma sujeira evidente. Temos a direção, que também serve de consultório médico, já que apenas um consultório médico funciona.

O outro consultório é usado pelos dois enfermeiros da unidade, que também dividem este espaço com um médico, essa é uma das estratégias que são utilizadas para minimizar as dificuldades encontradas e para que enfim as equipes médicas possam atuar. A sala de triagem possui iluminação natural, mas sem nenhuma refrigeração. Não existe sala de espera, os pacientes aguardam na área externa do posto, como se fosse à garagem da casa adaptada para receber a unidade. Existem apenas duas carteiras de escola para que os usuários possam sentar e aguardar as consultas. O restante dos usuários aguarda em pé ou encostados em discreta mureta existente na área externa.

Em relação às atribuições dos profissionais, a unidade conta com duas equipes de ESF bem atuantes. Realizam mapeamento e territorialização da área de abrangência, onde verificaram muitas microáreas descobertas por falta de agentes comunitários de saúde (ACS). Os atendimentos a domicílio e acompanhamentos de doentes também é realizado, tanto pelos médicos, como também pelos enfermeiros e ACS.

Os locais onde os profissionais realizam os atendimentos de saúde são precários. Além de não existir acomodação para os pacientes, ainda contamos com dificuldades estruturais graves como: falta de materiais, falta de ventilação, odor extremamente desagradável devido à fossa séptica da unidade estar exalando cheiro fétido intenso que se dissemina por todo o prédio.

A UBS não possui um sistema de manutenção e reposição de materiais, equipamentos e mobiliários. A revisão da calibragem do único esfigmomanômetro da unidade e da única balança adulta existente nunca foi realizada. Não existe balança pediátrica.

A unidade que abrange duas áreas possui apenas um microcomputador que está localizado na direção e, portanto, pouquíssimos funcionários tem acesso a essa máquina. Ela sempre está sendo utilizada pela administração para envio e recebimento de materiais referentes ao serviço, e contato direto com a SMSA. Vale salientar que nesta unidade não existe atendimento odontológico ou qualquer programa de saúde bucal.

Não existe sala de vacinação, e devido a isso não são fornecidas vacinas para a unidade já que não existe sistema de armazenagem desses produtos.

Um técnico de enfermagem auxilia os enfermeiros das equipes nos testes diagnósticos existentes na unidade: PPD, exame cito-oncótico de cérvix uterina preventivo, HBsAg e teste rápido de HIV.

Os exames complementares solicitados na unidade costumam serem marcados nas unidades onde serão realizados, e levam em média um a dois meses para sua realização e recebimento de laudo. A exceção é o exame cito-oncótico de cérvix uterina, que costuma ser coletado logo após a solicitação. Contudo, seu resultado costuma chegar à unidade após seis meses. Alguns já chegaram oito meses após coleta.

Infelizmente, o encaminhamento para serviço especializado também costuma seguir essa mesma regra. Pacientes levam em média três a cinco meses para conseguir consulta com especialista.

Vale frisar também que na unidade não existe acesso a materiais bibliográficos ou protocolos para o desenvolvimento das atividades inerentes à rotina de atendimento na atenção básica. Isso influencia muito no manejo e conduta de patologias e situações diversas não apenas pelo médico, mas por todos os profissionais de saúde inseridos na estratégia.

Realizamos notificação compulsória de doenças e agravos, tanto os médicos como os enfermeiros da UBS. Tentamos também realizar busca ativa de pacientes faltosos às ações programáticas e grupos.

Infelizmente, não realizamos procedimentos de urgência e emergência na unidade e pequenas cirurgias. Caso realizássemos tais atividades, desafogariamos grande quantidade de pequenos procedimentos que encaminhamos ao hospital da região todos os dias. Entretanto, por falta de materiais e estrutura adequada, temos que encaminhar os usuários a uma fila de espera enorme. Lástima.

Quanto ao acolhimento à demanda espontânea é realizado na UBS de toda essa comunidade sedenta de atenção e saúde, falamos da 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. Em nossa unidade, o acolhimento é algo constitutivo das relações de cuidados aqui existentes. O acolhimento permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessos aos serviços. Realizamos acolhimento misto durante todos os dias úteis da semana, em dois turnos, apesar de não existir uma sala específica para esta atividade.

Quando analisamos nossa unidade, chegamos a um número de 6.186 moradores na área de abrangência. Entretanto, esses usuários são divididos entre duas equipes de ESF, cada uma 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 ACS. Mesmo com esse número de ACS, ainda existe grande área descoberta em nossa região. Infelizmente, não existe perspectiva para preenchimento de quadro de ACS na unidade. Vale salientar que, o fato da área ser descoberta, não implica no não atendimento e assistência a essa população sem cadastramento. Muito pelo contrário. Fazemos atendimentos todos os dias na unidade desses usuários, assim como fazemos das outras famílias cadastradas. Além disso, realizamos visitas domiciliares dessa população que não apresenta cadastro na unidade.

A distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência da UBS, está condizente com o que encontramos em toda população brasileira. A quantidade de mulheres em idade fértil (10 -40 anos) = 2.040; mulheres entre 25 e 54 anos= 1.320; mulheres entre 50 e 69 anos= 287; gestantes na área= 92; menores de 1 ano= 129; menores de 5 anos= 258; pessoas de 5 a 14 anos= 1.391; pessoas de 15 a 59 anos= 3.804; pessoas com 60 anos ou mais= 337; pessoas entre 20 e 59 anos= 3159; pessoas com 20 anos ou mais= 3.496; pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão= 1.101; pessoas com 20 anos ou mais com diabetes= 315.

Todos esses valores estimados pelo caderno de ações programáticas condizem com a nossa triste realidade de comunidade carente, com pouco estudo e de muitas necessidades. Entretanto, ele está considerando a área de abrangência de toda a unidade para os dois bairros cobertos. Como são duas equipes atuantes, somada a uma extensa área descoberta, temos valores um pouco menores: mulheres em idade fértil (10 -40 anos) = 1.092; mulheres entre 25 e 54 anos= 823;

mulheres entre 50 e 69 anos= 153; gestantes na área (1% da população total) = 53; menores de 1 ano= 59; menores de 5 anos= 203; pessoas de 5 a 14 anos= 773; pessoas de 15 a 59 anos= 2.015; pessoas com 20 anos ou mais= 2.246; pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão= 486; pessoas com 20 anos ou mais com diabetes= 120. Totalizando ao final uma população de 3.193 usuários apenas coberta pela equipe 3.4.

Quando preenchemos o caderno de ações programáticas quanto à saúde da criança, com as informações contidas em prontuários de crianças, percebemos que o número de crianças menores de um ano residente na área é de 129. Entretanto, apenas 45,7%(59) fazem acompanhamento na UBS. Número abaixo da metade.

Quanto a esses dados, existem muitas atividades que podemos realizar para melhorar essa ação programática em nossa unidade. Uma delas é realizar mais primeiras consultas de puericultura na primeira semana após o nascimento e deixar bem frisado para a mãe à importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Muitas dessas puérperas deixam de amamentar suas crianças com leite materno antes delas completarem os dois meses de vida. Sensibilizar e conscientizar quem não quer se conscientizar é muito difícil. Mas mesmo assim, não deixamos de falar e repetir várias vezes, chamando a atenção para as consequências de tais atos.

Na nossa UBS leva-se muito a sério o programa de atenção ao pré-natal e puerpério. Nesta unidade procuramos desenvolver atividades que busquem esclarecer as dúvidas mais frequentes das gestantes nesse período tão ímpar. Promovemos palestras elucidativas para esse público, conversamos e nos colocamos a disposição total para que não haja dúvidas sobre esse período. Para tanto, cada equipe do posto de saúde disponibiliza um turno para atendimento exclusivo das gestantes da área.

Mesmo com nossas incessantes orientações, vemos que ainda existe pouca conscientização, seja das gestantes, como também das puérperas, para se realizar um acompanhamento mais efetivo, buscando mais saúde e um futuro mais promissor para elas e suas crianças ainda tão indefesas. É fato que não basta que nós da equipe de saúde nos esforcemos. Essas usuárias e suas famílias também precisam se esforçar e querer um futuro melhor, longe do abandono e de doenças que são tão fáceis de serem evitadas. O que não podemos fazer é deixar de fazer nosso papel, mesmo que este não esteja sendo absorvido pelas usuárias.

Quando voltamos o foco para a saúde da mulher, temos que o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 1320. Entretanto, o total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de colo uterino é de 452.

Infelizmente nossos dados, tanto quanto à atenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama, não são os melhores. Mas evidencia que em nossa unidade, para todas as usuárias que estão nos procurando, estamos tentando fazer a melhor cobertura possível, seguidas das orientações necessárias. Como já havíamos explicitado, em nossa unidade existem duas equipes atuantes. Apesar dessas equipes, ainda existe grande área descoberta. Tentamos atender a todos que nos procuram e explicar que a realização dos exames de rastreio dessas duas neoplasias é extremamente simples e de grande sensibilidade para essas doenças.

Fato é que, em na nossa unidade, existem dois enfermeiros: uma mulher e um homem. As pacientes simplesmente não querem realizar o exame de coleta cito oncológica da cérvix uterina por pura vergonha do enfermeiro ser do sexo masculino. Tentamos orientá-las da importância deste exame e também da mamografia, mas são palavras ditas em vão.

Quando voltamos à atenção às doenças crônicas como Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), é fato que existem alguns pontos que podem ser melhorados na unidade, apesar de toda a precariedade da UBS. O primeiro, é que não existe ninguém responsável realmente pelo programa. Outro quesito, é que não existe nenhum tipo de reunião ou encontros com esse grupo de pacientes, apesar de todos eles receberem todas as orientações durante a consulta. Mas o grupo seria bom, até para que eles compartilhassem suas experiências e, quem sabe até, tirar dúvidas, e enxergarem que não são os únicos com a doença.

Quando voltamos à atenção para a população idosa, enxergamos uma população recheada de diversas doenças. Existem 337 idosos com sessenta anos ou mais residentes na área de cobertura. Contudo, apenas 164 idosos realizam acompanhamento na UBS. Como sabemos a população idosa ainda sofre com diversas patologias decorrentes de péssimos hábitos de vida ainda inerentes à população em geral. Em nossa unidade estamos tentando implantar um grupo de apoio a essa classe, pois notamos que muitos deles estão a par da vida social e da necessidade de se cuidar melhor. Tentamos orientá-los da melhor forma e mais

simples possível, para que assim em eles possam pelo menos ter o direito a medicação correta para sua doença.

Nós percebemos que muitos deles, por não saberem ler, não fazem uso corretamente das medicações, muitas vezes anti-hipertensivas. Estamos ensinando como usar através de desenhos, para que assim eles não fiquem sem seus remédios, evitando que cheguem a nossa unidade com picos hipertensivos. Além disso, encaminhamos todos os idosos que julgamos necessário para acompanhamento com especialista, já que muitos deles são hipertensos de longa data e apresentam uma pressão arterial de difícil controle, mesmo com uso de dois ou mais anti-hipertensivos. Estamos tentando, de todas as formas, orientá-los da melhor maneira possível, seja nas consultas médicas, seja nas palestras, até nos corredores de nossa UBS, para que essa população não fique sem nosso apoio, já que muitas vezes eles não têm apoio nem de seus familiares.

Enxergamos que o melhor recurso que a Unidade básica de Saúde Jardim Primavera é a boa vontade de todos os profissionais que lá trabalham, desde a auxiliar de serviços gerais até o diretor da UBS. Já os desafios são inúmeros. Primeiramente, melhorar a estrutura física do local já ajudaria muita coisa. Além disso, fornecer melhores materiais e insumos, completar o esquema de medicamentos básicos sugeridos pelo RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-2010). Disponibilizar uma equipe de atenção à saúde bucal com todos os procedimentos básicos aos usuários. Fornecer água potável de qualidade para os profissionais e usuários do posto fazerem uso. Melhorar a ventilação e segurança do posto é pontos essenciais que fariam toda a diferença no dia a dia da unidade.

Vale frisar que todos esses percalços já foram conversados com a gestão para assim tentar melhorar de alguma forma a vida desses usuários.

Ao reler a tarefa da segunda semana de ambientação, podemos perceber que já no início do trabalho a percepção de dificuldades já era evidente. Claro que como já se passaram quase dois meses desde o primeiro relato, muitas coisas já aconteceram. Funcionários já mudaram de unidade, já chegou novo médico na unidade, mas infelizmente os problemas estruturais básicos persistem. Esperamos que no final de nossa jornada provabiana a situação esteja, pelo menos, um pouco melhor para os usuários do serviço público de saúde.

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

No decorrer do ano de 2014 muitas coisas mudaram na unidade de saúde do Jardim Primavera. Nossa visão quanto a uma unidade básica de saúde foi mudada drasticamente, principalmente quando falamos em estrutura do prédio.

Desde o início do ano, o proprietário da casa a qual fica lotada UBS vinha solicitando a entrega da mesma. Porém, no mês de agosto foi dada ordem de despejo, e em setembro nossa unidade foi realocada para a Avenida São Sebastião, no bairro Tancredo Neves.

Recebemos uma unidade recém construída, seguindo todos os padrões de estruturas adequadamente calculados para melhor atender a população.

A entrar, nos deparamos com uma área de espera ampla, refrigerada, com barras de apoio para portadores de necessidades especiais, assim como rampas de acesso. Além disso, a unidade é toda sinalizada no piso para portadores de necessidades oftalmológicas.

A equipe da triagem ganhou uma sala especial ao lado da sala de espera, também refrigerada. Ainda sem balança específica pediátrica. Continuamos fazendo a aferição das crianças de forma arcaica pois a gestão ainda não enviou a balança específica.

A recepção também está equipada em conjunto com a direção, com um microcomputador novo e armários para arquivamento especial das fichas A.

A farmácia está em uma sala ao lado da sala de espera. Agora bem ampla, refrigerada para melhor manutenção dos medicamentos.

Existe uma sala somente para a vacina. Agora existe vacina de segunda a sexta, em todos os turnos, com um vacinador exclusivo.

Os enfermeiros ganharam salas especiais. Cada um está lotado em um consultório para melhor atender seus pacientes, com macas adequadas, mesas espaçosas e armários para armazenar materiais de campanhas e nossos livros especiais (livros de palestras, reuniões, agendamentos...).

Os ACS ganharam também um espaço refrigerado para que possam se reunir e guardar materiais próprios de suas visitas domiciliares.

A unidade ganhou uma copa/cozinha com geladeira, fogão e armários para guardar acessórios dessa área. Além disso, a unidade ganhou um bebedouro de água filtrada com acesso a todos os usuários.

Os três médicos permaneceram com a divisão de dois consultórios. Os consultórios são amplos, refrigerados, com pia para higienização das mãos, negatoscópio, mesas amplas e ótima iluminação.

Alguns problemas permaneceram. Não existem cadeiras o bastante para suprimento de todos os usuários na sala de espera. Não existe ainda balança pediátrica e nem balança neonatal. Além disso, o déficit de medicamentos persistiu, assolando ainda mais a população portadora de comorbidades em tratamento na unidade.

Entretanto, o grande problema gerado com a mudança da UBS, foi a sua nova localização fora do bairro Jardim Primavera. Como sabemos, por ser em região periférica, muitos usuários não possuem transporte próprio, sendo o deslocamento a pé até a unidade o mais usual a todos. Apesar de a unidade ter sido realocada em uma área de grande circulação, é fato que fica fora da área de cobertura da UBS. Com isso, muitos dos usuários da área de cobertura deixaram de frequentar a nossa unidade, e estão frequentando duas unidades que ficam mais próximas da sua área: unidade de saúde Sílvio Leite e unidade de saúde Santa Teresa I. Além disso, muitos prontuários se perderam na mudança, o causou grande perda da história patológica pregressa dos usuários.

Continuamos sem CEO, encaminhando os usuários necessitados de atendimento odontológico para unidades de saúde que ofertam o serviço. O NASF agora já está implantado e realizando grandes auxílios a todas as unidades básicas de saúde.

Os problemas citados já foram e continuam sendo conversados com a direção. Todos os funcionários estão preocupados e tentando melhorar e facilitar de alguma forma o acesso dos usuários a um melhor atendimento e sensibilizando-os a um engajamento público. A direção está se reunindo semanalmente com a gestão municipal para assim buscar de alguma forma mais apoio para a unidade de saúde do Jardim Primavera.

A cada dia que passa, nossa visão quanto equipe de estratégia de saúde da família também vem se modificando juntamente com a estrutura física de nosso ambiente de trabalho. Estamos cada vez mais unidos e trabalhando em prol do nosso usuário, que é o principal foco de todo esse projeto.

Enquanto os problemas não são resolvidos pela gestão municipal, os funcionários estão tentando ajudar de alguma forma. Aumentamos o número de

visitas domiciliares, principalmente aos idosos que não conseguem se deslocar a nova unidade agora distante de casa. Os ACS estão realizando maior conscientização dos usuários, tentando orientá-los a maior adesão a saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo os protocolos do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo e constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a prevalência de HAS no nosso país varia de 22% a 44% para adultos, e vem alcançando mais de 50% em idosos. Já em relação a DM, a prevalência na população autorreferida acima de 18 anos de idade, elevou-se de 5,3% para 5,6% entre 2006 e 2011.

Antes da intervenção percebemos que ocorria pouca monitoração de cadastramento e acompanhamento dos usuários da equipe 3.4 portadores de HAS e DM. Além disso, não havia garantia de registro e os materiais para um acompanhamento mínimo estavam com defeito, ou não existiam (fita métrica, balança, esfigmomanômetro, hemoglicoteste). O engajamento público era mínimo. Ocorriam palestras públicas mas espaçadamente e sem nenhum critério clínico e/ou didático. Os usuários não sabiam sequer o valor de pressão arterial limite para se dar um diagnóstico de HAS e valor limite de glicemia de jejum para um correto diagnóstico de DM.

Essas duas comorbidades habitualmente atingem os usuários em conjunto, o que evidencia uma elevação de suas prevalências e baixo controle. O bom manejo dessas patologias na atenção básica evita que essas doenças evoluam de forma negativa tanto para os seus portadores como também para o Estado.

A unidade básica de saúde do Jardim Primavera possuía estrutura pobre em vários fatores, mas os funcionários procuravam manter o foco de tentar sensibilizar essas pessoas quanto à importância de preservar a saúde de seu corpo de forma geral e ainda na atenção básica, evitando que sobrecarga de fluxo aos hospitais de média e grande complexidade. Para tanto, eram realizadas palestras quinzenais na unidade sobre temas de importância significativa e que geralmente estavam ligados

a campanhas de saúde. Além disso, tentamos orientar em todos os momentos, seja dentro da unidade de saúde, ou fora dela quanto aos principais cuidados em saúde, assim também quanto a adesão dos usuários a tal.

Das 6.186 pessoas da área de abrangência da unidade (dois bairros cobertos) 1101 são hipertensos e 315 são diabéticos. O número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa pela equipe de saúde 3.4 é 486 hipertensos e 120 diabéticos que dá uma cobertura de 42% para os hipertensos e de 49% para os diabéticos. Em relação ao acompanhamento, mais da maioria dos portadores não fazem acompanhamento corretamente justificando suas faltas na ausência de grandes sintomas, ou seja, não compreendem a gravidade das doenças a longo prazo. Os portadores de HAS e DM geralmente não fazem uso das medicações de forma regular e não sabem da real importância que essas atitudes relapsas podem trazer para evolução dessas comorbidades. Não praticam atividades físicas e nem procuram realizar as mudanças no estilo de vida propostas em ambulatório. Muitos são tabagistas e etilistas de longa data e não tem intenções de parar. Procuramos em todas as consultas elucidá-los e também através de palestras para melhor adesão ao tratamento.

Foi importante o envolvimento completo não só da equipe, mas em conjunto com os usuários acometidos, visando levar para suas casas e suas famílias uma conscientização por inteiro dessas patologias. O principal motivo que viabilizou a intervenção foi o completo desconhecimento das doenças que englobam a hipertensão e o diabetes. As dificuldades encontradas desde a chegada à UBS é o descomprometimento dos próprios usuários com seu bem estar e sua saúde. Eles simplesmente não prezam por isso. A intervenção visa organizar a atenção aos hipertensos e diabéticos, buscando uma melhor qualidade de vida com foco no bem estar desses usuários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da ESF Jardim primavera do município de Boa Vista- RR.

2.2.2 Objetivos específicos

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

2.2.3 Metas

Meta para o objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas para o objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas.

2.2. Solicitar a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas.

Meta para o objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

Meta para o objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Meta para o objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Metas para o objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

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

6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção foi desenvolvido na ESF Jardim Primavera, que fica localizada no município de Boa vista - Roraima e tem como público alvo especificamente os usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da unidade.

Esta ação contou com o envolvimento de toda a equipe da unidade – técnicos, enfermeiros, auxiliares, médicos e gestão tendo como objetivo principal melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área, contemplando os quatro eixos do curso: avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

O objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus residentes na área de cobertura da Casa de Saúde do Jardim Primavera, tendo como metas, melhorar

os registros das informações dos usuários acompanhados, manter a ficha de acompanhamento atualizada de 100% dos hipertensos e diabéticos moradores da área de cobertura. Para isso, a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos foi monitorada pela equipe, verificando trimestralmente se as consultas e as atividades de saúde dos usuários estão sendo registradas corretamente.

Para manter as informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) mais consistentes e fidedignas, orientamos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) manterem as fichas de cadastro atualizadas e alimentar mensalmente os dados do SIAB.

Foram implantados os registros específicos de acompanhamento do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos ofertados pelo curso, além disso, foi aberto um livro de registro de saúde para atualizar a lista de usuários com hipertensão e diabetes diagnosticados.

Os usuários foram orientados nas palestras pela equipe sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde na unidade e acesso à segunda via se necessário, aconselhando-os em consultas ou durante o acolhimento, a sempre terem em mãos a caderneta de saúde do hipertenso/diabético ofertada pelo SUS e orientá-los quanto à importância deste documento.

Foi realizado treinamento da equipe quanto o preenchimento de todos os registros, apresentando-os os instrumentos que foram utilizados e orientando sobre a importância do preenchimento adequado. Capacitamos 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.

Além disso, orientamos a equipe para melhorar o acolhimento aos pacientes e durante a espera aos atendimentos, e foram promovidas elucidações diárias sobre temas de relevância. Foi realizada uma escala entre os médicos, enfermeiros e ACS para que todos os dias houvesse um diálogo com todos os usuários presentes na unidade (acolhimento).

Quanto ao material utilizado no projeto, foi solicitado em reunião com a diretora da unidade que prontamente se colocou a disposição para fornecer tudo que fosse necessário. Foram listados todos os materiais e entregue a direção que levou

até a gestão municipal que forneceu todas as cópias, lápis, canetas, fita métrica, esfigmomanômetros e hemoglicoteste necessários.

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, promovemos um monitoramento na realização do exame clínico, através do fornecimento de material didático (digital) para atualização didática, promovida na própria unidade. Chamamos para tal nosso supervisor da especialização para prováveis dúvidas. Promovemos também orientações aos usuários 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 nas nossas palestras durante o acolhimento.

Solicitamos a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Para tal, conversamos com a gestão para que houvesse um aumento na cota de exames disponibilizados na unidade. Entretanto, ocorreu o inverso. Por medidas de diminuição de gastos, a cota disponibilizada a UBS foi reduzida. Monitoramos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade não foi atendida. Orientamos os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientamos os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Mas em conversa com uma policlínica próxima a UBS, conseguimos encaminhar alguns usuários para realização de exames com um pouco mais de agilidade.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, monitoramos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, realizamos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Para isso, disponibilizamos um dia mensalmente para realizar essa ação juntamente com o farmacêutico. Mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, através do controle de suas prescrições. Orientamos os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso, tanto em nossas palestras quanto em nossas consultas e

visitas domiciliares. Capacitamos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas. Aqueles que necessitaram de atendimento odontológico, encaminhamos as unidades que possuem esse serviço.

Buscamos 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Para tal, monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos e uma agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvimos a comunidade (durante as palestras, visitas domiciliares e consultas) sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Esclarecemos também aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Em nossas capacitações que precederam a intervenção, treinamos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Mantivemos as fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Implantamos planilha de acompanhamento. Monitoramos a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde em cada nova consulta e uma vez por semana, checando todas as fichas de acompanhamento no arquivo da UBS. Mantivemos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Pactuamos com a equipe o registro das informações e definimos nossa técnica em enfermagem como responsável pelo monitoramento registros.

Orientamos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Treinamos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético. Capacitamos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Monitoramos o número de usuários

hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Priorizamos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizamos a agenda para o atendimento desta demanda. Orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Em nossas palestras e elucidações, esclarecemos aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo. Em especial a avaliação dos pés. Treinamos a equipe em nossas capacitações para a importância do registro desta avaliação. Capacitamos também quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Promovemos a saúde de hipertensos e diabéticos garantindo a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Capacitamos, em nossas reuniões pré-intervenção, a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Garantimos orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Orientamos as práticas coletivas sobre alimentação saudável em nossas palestras e consultas (ambulatoriais e domiciliares). Orientamos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Orientamos também hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Em tempo, garantimos também a orientação sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, realizando orientação sobre riscos do tabagismo e encaminhando as consultas periódicas anuais com o dentista.

Orientamos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e, apesar de não existir as medicações em nossa unidade, solicitamos a gestão. Não houve êxito. Porém fomos orientados a encaminhar tais usuários ao acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), pois lá existe fornecimento das medicações e acompanhamento com psiquiatria, psicólogo e grupo de reabilitação.

Quanto a higiene bucal, estabelecemos junto à gestão prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, e encaminhamos para as UBS próximas nossos usuários necessitados desse serviço, com prioridades.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores de cobertura e de qualidade foram os parâmetros que evidenciaram a evolução e o alcance das metas e objetivos propostos na intervenção, através dos quais foram mensurados a efetividade e o impacto das ações que serão realizadas.

Segue abaixo como foram calculados os indicadores utilizados para o acompanhamento e monitoramento das ações.

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

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2. Solicitar a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar nossa intervenção UBS fizemos uso dos Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus, do Ministério da Saúde, 2013. Para tal, conversamos com a diretora da unidade para fornecer impressão desses materiais para toda equipe do Jardim Primavera. Esperamos alcançar a marca de 90% da nossa área de cobertura em três meses de intervenção.

Como nossa unidade não é informatizada, utilizamos as fichas de cadastramento do programa para os novos pacientes diagnosticados com tais doenças crônicas e orientamos a equipe para realizar o cadastramento dos usuários não cadastrados. Além disso, foi confeccionado por nossa própria equipe um livro de registro para tais atendimentos.

Nossa equipe também organizou um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso de exames complementares, a não realização da estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Os usuários foram acolhidos por nossas técnicas de enfermagem e triadas de forma estratificada no novo espaço de acolhimento da UBS. Os usuários com alterações hipertensivas ou glicêmicas tiveram prioridades e encaminhados para unidade de emergência, quando necessário. Os pacientes já saíam da consulta com data agendada para retorno.

As ações de qualificação da prática clínica foram realizadas semanalmente as sextas feiras no período da tarde, na sala de reunião da unidade envolvendo toda a equipe nas capacitações que foram realizadas pelo médico e/ou enfermeiro. Os recursos materiais que utilizamos foram: ficha de cadastro, ficha de acompanhamento, *folder* elucidativo sobre o foco da intervenção, aparelho de multimídia, caneta, lápis, glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio e fita métrica. Designamos a direção por ficar responsável pelo material que foi solicitado pessoalmente com a gestão municipal. Os *folders* foram desenvolvidos por nossa equipe da unidade com uma abordagem de fácil acessibilidade ao público, para transmitir as orientações sobre a importância do tratamento medicamentoso associado a uma alimentação saudável e prática regular de atividade física.

Conseguimos o aparelho de multimídia como empréstimo do enfermeiro da outra equipe, para que assim nossas palestras no acolhimento fossem mais visuais.

Foi realizada uma reunião com toda equipe para leitura dinâmica dos protocolos do Ministério da saúde sobre hipertensão e diabetes e, assim, iniciar os temas para as capacitações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135 x 80 mmHg;
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia;
- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e a importância de registrar essa avaliação.
- Capacitar a equipe para a avaliação bucal do paciente hipertenso;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, práticas de alimentação saudável, a promoção de atividade física regular e quanto às estratégias de controle de fatores de risco modificáveis;
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

O monitoramento e avaliação foram realizados também as sextas feiras, na reunião com a equipe toda, incluindo o farmacêutico, na própria UBS. Nesta reunião

eram entregues os novos cadastros realizados por todos os funcionários da equipe. A reunião era conduzida pelo médico e/ou enfermeiro sempre buscando:

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

Para a organização e gestão de serviço fizemos uso do nosso livro de registro instaurado na unidade, além de esfigmomanômetro, estetoscópico, fita métrica e hemoglicoteste para que todos os parâmetros necessários fossem aferidos. Em nossa reunião semanal com a equipe, orientamos todos os passos necessários para:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento registros;
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Quanto ao engajamento público, foram realizadas e continuaremos realizando palestras elucidativas ao público-alvo sobre seus direitos e deveres em nossa unidade quinzenalmente, em nossa área de acolhimento da UBS, para:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135 x 80 mmHg;
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes;
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares;
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas;
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário;
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

2.3.4 Cronograma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Orientar (capacitar) profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de HAS e DM	x	x										
Estabelecer o papel de cada profissional de saúde na ação programática		x	x									
Cadastrar hipertensos e diabéticos residentes na área	x	x	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x

Elucidar população sobre HAS e DM				x	x	x	x	X	x	X	x	x
Realização de exames físicos e complementares estipulados pelos protocolos de HAS e DM	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x
Buscar pacientes faltosos	x	x	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	X	x	X	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram cumpridas

No início do ano de 2014, decidi permanecer em Boa Vista, Roraima para cursar a especialização em Saúde de Família (UFPel) pelo PROVAB. Tive essa motivação porque me formei pela Universidade Federal de Roraima no final do ano de 2013 e um sábio professor, ainda na graduação, disse-me que todo mundo que se forma em escola federal deveria retribuir de alguma forma pela sua formação. Escolhi me dedicar à comunidade do bairro do Jardim Primavera (zona periférica de Boa Vista) no ano de 2014.

Como já sabia da carência dessa comunidade, pensei que poderia ser mais fácil. Mas não o foi. Em nenhum momento.

Após escolher o foco da intervenção, conversei com minha supervisora e minha diretora na unidade básica de saúde, e ambas concordaram com meu projeto e minhas justificativas para tal.

Então após várias reuniões sobre como se daria o projeto de intervenção, a equipe concordou com o trabalho que durou do início de setembro ao final de novembro. Mas logo na primeira semana já enfrentei problemas. Todos aqueles que se mostraram motivados e abertos à intervenção, quando realmente entenderam o quão ampla seria a mudança, logo se esquivaram. Os agentes comunitários de saúde não estavam buscando os faltosos às consultas, o que dirá realizar os cadastros aos novos hipertensos e/ou diabéticos. Os outros funcionários também não colaboraram para manter atualizadas todas as fichas espelhos de acompanhamento dos usuários. A triagem não estava realizando sua função por completa, faltando dados básicos, como altura, para que fosse realizado cálculo de índice de massa corpórea e correta estratificação de risco cardiovascular. Um caos.

Frente a todas essas dificuldades, chamei todos novamente para nova capacitação do que seria a intervenção, tirar dúvidas do que cada um deveria fazer, explicando que eu não estava trazendo trabalho a mais para ninguém. Orientei que tudo aquilo era função de cada um, que assim como o programa de hipertensos e diabéticos designa funções para cada funcionário, o outro programa da ESF também designa funções que devem ser seguidas para que a comunidade possa melhorar como um todo. Tentei sensibilizar meus colegas de ESF que não é fácil trabalhar na atenção básica, mas no final é muito gratificante.

Logo após o início da intervenção, o prédio em que funcionava a UBS recebeu ordem de despejo da justiça, pois o proprietário já havia avisado à Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista (SMSA) que não queria mais a SMSA como inquilina. A unidade de saúde do Jardim Primavera foi removida para um prédio recém construído, com salas novas, farmácia nova, banheiros novos, tudo seguindo os padrões estipulados. Mas em outro bairro.

Todos os funcionários ficaram muito estimulados com a nova unidade. Porém chateados, pois ficou longe para todos e principalmente para os usuários do Jardim Primavera. Mudou-se para um bairro vizinho (Tancredo Neves). Todas as semanas, durante minhas visitas domiciliares, tive que repetir em cada domicílio, que a culpa não era dos funcionários pela a mudança. Expliquei e continuo explicando a todos que o motivo de estarmos em um prédio novo, entretanto emprestado do bairro

vizinho é porque a prefeitura de Boa Vista não tem planos concretos de iniciar a construção do prédio da unidade básica de saúde do Jardim Primavera. Explicava também que já lhe foi apresentado diversas propostas, mas todos aguardam o momento enfim da unidade própria do bairro. Fui e tenho sido bem enfática em minha oratória porque muitos pacientes só faltam agredir os funcionários de tanta raiva. Foi um problema.

O fato é que como a mudança ocorreu logo no início da intervenção, muitos usuários do Jardim Primavera pararam de frequentar a UBS, diminuindo e muito no número de atendimentos (da área de cobertura) não apenas do programa hiperdia, como o de todos os programas oferecidos pelo SUS. Baseado nisso, fui em busca de mais justificativas. Em uma das visitas domiciliares a um casal idoso (hipertensos + diabéticos + sequela de AVE isquêmico), o esposo me revelou que não consegue levar a esposa à unidade, pois esta é cadeirante. Ele me confessou que seu filho fez a metragem da distância de sua casa até a nova localização do posto, e esta passa de 1000 metros. Ele disse “Doutora, eu não aguento empurrar essa cadeira até lá embaixo desse sol escaldante de Boa Vista não!”. E eu concordei com o humilde paciente que apenas externou sua revolta e angústia com a situação, mesmo recebendo visitas domiciliares mensalmente.

Levando-se em consideração as proposições antes da intervenção, pude perceber que antes de iniciar uma batalha muitas vezes pensa-se que tudo será mais fácil do que realmente vai ser. Das dificuldades. Foram gigantescas. Por diversas vezes saí chorando das reuniões de equipe, pois fui taxada de sinônimos nada aprazíveis a mim. Apenas por tentar melhorar um serviço público a todos.

3.1 Ações previstas no projeto que não foram cumpridas

Uma dificuldade encontrada foi a instauração do grupo do hiperdia. Tentamos fazer uso até da tecnologia através de grupo de *whatss app* (rede social) porque percebemos que muitos hipertensos e diabéticos vinham na consulta portando *smarthphones*. Mas não vingou. Buscamos os pacientes para saber qual seria o melhor dia para as reuniões. Agendamos. Mas chegamos ao fim da intervenção e não conseguimos reunir ospacientes. Enfim, a justificativa de todos é que muitos deles, mesmo toda a equipe fazendo todo um trabalho de educação em saúde nas consultas e nas palestras, antes dos atendimentos, continuam não valorizando e não internalizando o real perigo de suas comorbidades.

Vale salientar que envolvemos não apenas nossa equipe, como também os usuários no processo da intervenção. As informações eram transmitidas através das capacitações, palestras e conversas, mas havia também troca de saberes e conhecimentos sempre que necessário. Infelizmente, não conseguimos (juntamente com todos os funcionários que batalharam) durante essa intervenção melhorar grandemente a cobertura de saúde do Jardim Primavera, que apresenta grande área descoberta (mais de 50% do bairro). Fato é que há mais ou menos 1 mês os pacientes do bairro Jardim Primavera estão voltando a frequentar mais a sua unidade básica de saúde, assim como pacientes moradores das proximidades do novo posto (bairro Tancredo Neves e adjacências), pois diferentemente de outras unidades, está se atendendo todos que procuram por atendimentos, sendo da área coberta, descoberta ou fora de área.

Esperamos que com esse grande aumento no número dos atendimentos no programa nós possamos continuar cada vez mais com a melhora da cobertura deste programa e dos outros também, incorporando de fato e de direito a intervenção na rotina da UBS. Assim como todos os funcionários da Unidade de Saúde do Jardim Primavera que trabalham para o crescimento na qualidade de vida de todos os usuários.

3.2 Coleta e sistematização dos dados

Realizamos a coleta de dados completamente, de acordo com o que foi proposto. Todos os quesitos foram preenchidos corretamente. Apresentamos um pouco de dificuldade no preenchimento das planilhas ao enviá-las, mas com o auxílio da orientadora podemos recorrigí-las e reenviá-las.

3.3 Incorporação das ações na rotina da unidade

Este projeto de intervenção vivenciou extrema dificuldade para ser instaurado de fato e de direito. Mas hoje, ao vivenciar o contexto do programa na unidade percebemos que as ações fazem parte da rotina do serviço, mesmo com o fim do projeto de intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção hipertensos e diabéticos (com 20 anos ou mais) da área de abrangência da ESF Jardim primavera do município de Boa Vista- RR.

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

Meta 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

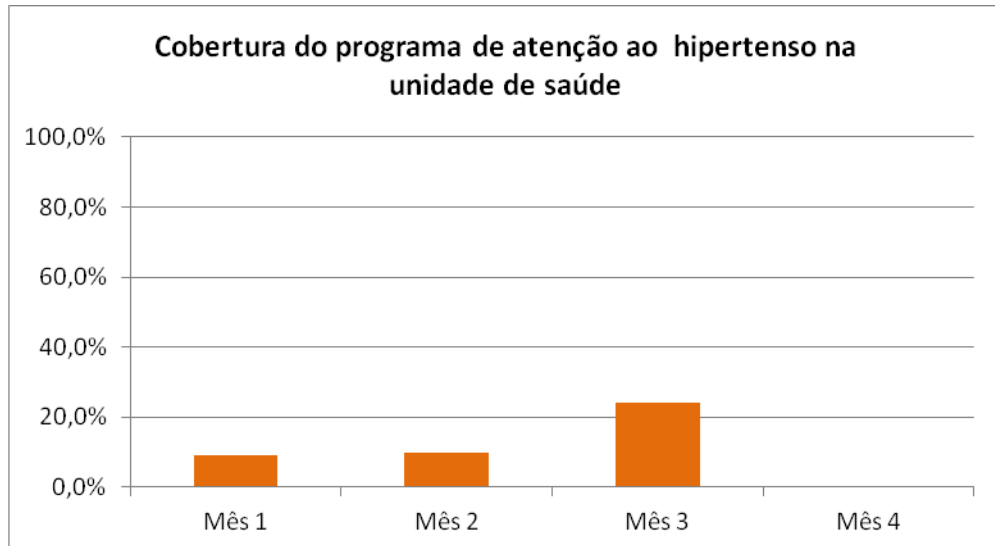
Na área adstrita a UBS da equipe 3.4 existiam, no início da intervenção, 486 pacientes hipertensos. Desses, 195 foram atendidos durante todo o decorrer da intervenção. Contudo, no primeiro mês atingiu-se uma cobertura de 8,4%. Um resultado pouco estimulante para um início de projeto. Ao longo da intervenção mais 100 hipertensos começaram acompanhamento na UBS, evoluindo no segundo mês para 9,3% e alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 22,4%.

A meta estipulada de melhorar em 90% da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde não foi alcançada, explicado pela mudança da localização do prédio da unidade, diminuição do número de agentes comunitários de saúde para auxiliar na cobertura dos usuários e pouco interesse dos próprios usuários em procurar melhorias na saúde pessoal. Porém, não foi de todo ruim o resultado. Percebe-se que no decorrer dos três meses do projeto a cobertura vai se elevando, o que demonstra que com a continuação das medidas a meta será alcançada.

A ação que mais ajudou na melhora dessa cobertura foi à sensibilização e conscientização dos pacientes da área adstrita, com a inestimável ajuda dos agentes comunitários de saúde que, em suas visitas domiciliares, orientaram e continuam orientando ao acompanhamento dessas comorbidades no posto de saúde.

Os usuários que não foram captados, ou fazem acompanhamento nas outras UBS que ficam mais próximas de casa, ou simplesmente não querem acompanhar e nem se tratar.

Gráfico 1



Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

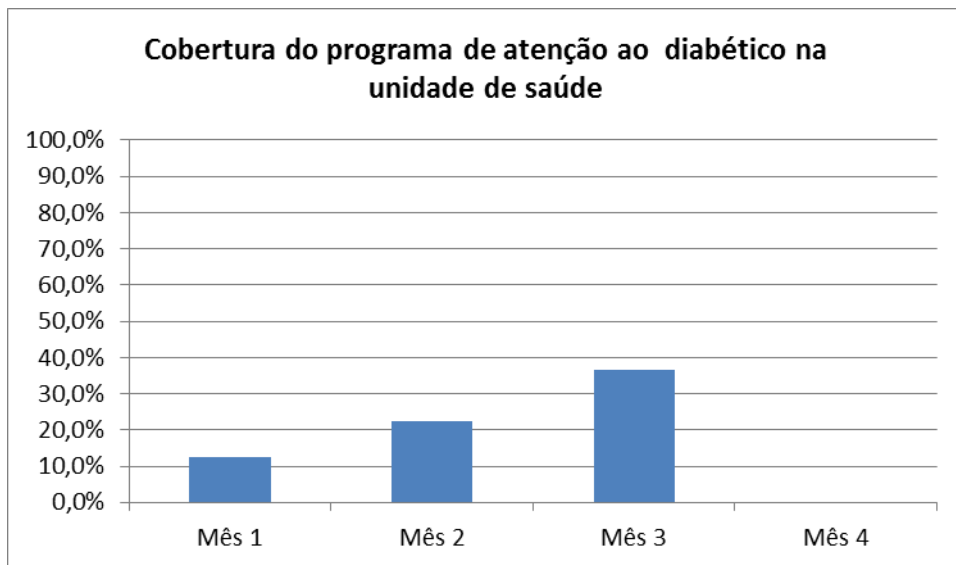
Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No início da intervenção, existiam na área adstrita da unidade básica 120 diabéticos. Desses, 86 diabéticos participaram efetivamente e foram cadastrados ao programa. Iniciou-se a intervenção com uma cobertura de 12,5% no primeiro mês. No decorrer do projeto, a sensibilização dos pacientes foi melhorando e chegou a 22,5% no segundo mês e atingindo ao final uma cobertura dessa patologia em 36,7%.

Não foi atingida a melhora de 90% na cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. A mudança de prédio da unidade somada a diminuição do contingente de ACS foi significativo para os números finais. Entretanto, não se pode negar o mérito da melhora crescente da cobertura.

A ação que mais ajudou na melhora dessas coberturas foi a sensibilização/conscientização dos pacientes da área adstrita, com a considerável ajuda dos ACS que, no seu dia a dia, orientaram e continuam orientando esses pacientes para o correto acompanhamento na UBS.

Gráfico 2



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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas.

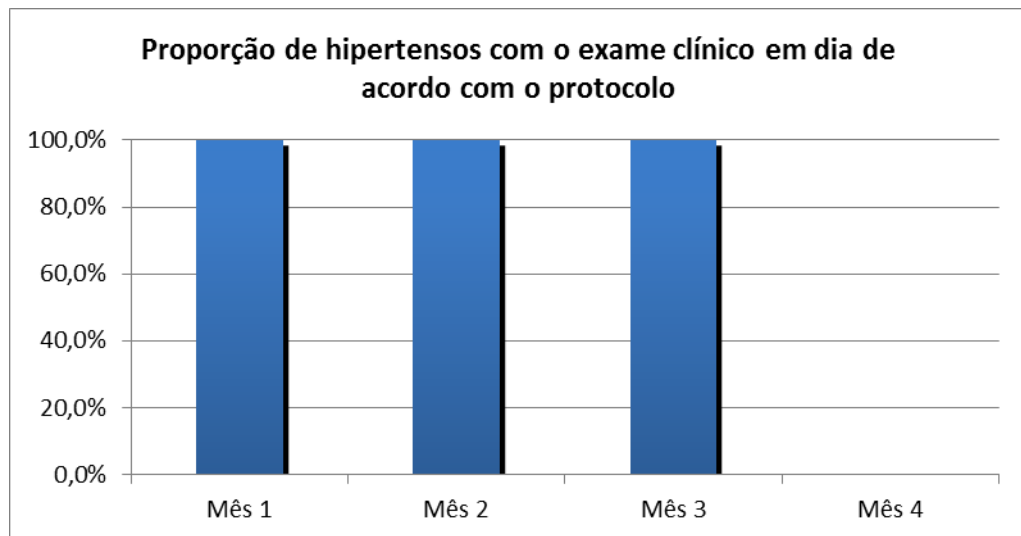
Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No início da intervenção, todos os pacientes hipertensos acompanhados no primeiro mês apresentaram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, e assim se manteve até o final.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos foi atingida, e os 195 pacientes hipertensos acompanhados durante o projeto foram examinados corretamente.

A ação que mais ajudou para a manutenção desses níveis desde o início foi, principalmente, o conhecimento do médico para realizar um exame clínico apropriado segundo o protocolo de HAS sugerido pelo MS, e também os instrumentos básicos de trabalho como estetoscópio e esfigmomanômetro em todas as consultas (ambulatoriais e domiciliares).

Gráfico 3



Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos que compareceram nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas.

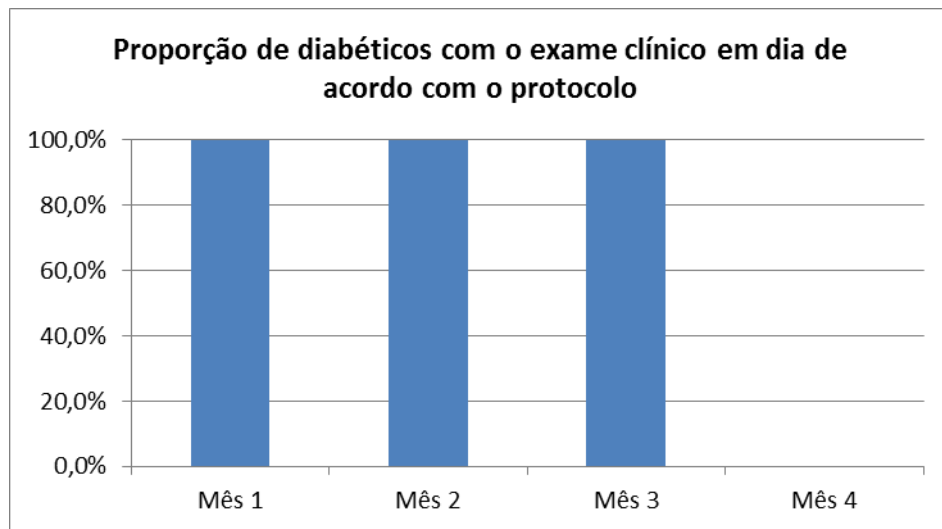
Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, percebeu-se que a proporção de diabéticos iniciou com 100% deles com exame clínico em dia. Tal padrão se manteve semelhante durante toda a evolução do projeto.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos que compareceram nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas foi atingida, e 86 pacientes diabéticos que participaram do projeto foram examinados segundo o protocolo adotado.

A ação que mais corroborou para isso foi, principalmente, o médico saber realizar um exame clínico corretamente, e também, possuir em suas mãos aparatos básicos como o estetoscópio e glicosímetro (HGT) em todas suas consultas (ambulatoriais e domiciliares).

Gráfico 4



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

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

No primeiro mês de atividade, obteve-se dentre 192 hipertensos participantes do projeto, uma proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de 90,2%. No segundo mês evoluiu para 95,6% e decaiu ao final para 93,6%.

Durante a intervenção surgiu uma dúvida quanto a esta meta, pois na planilha de coleta de dados este quesito está da seguinte forma: “O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?”. Responder com negação ou afirmação não quer dizer que não tenha sido realizada a solicitação, porque foi solicitado dos 195 pacientes que participaram efetivamente do projeto os exames básicos segundo o protocolo de HAS.

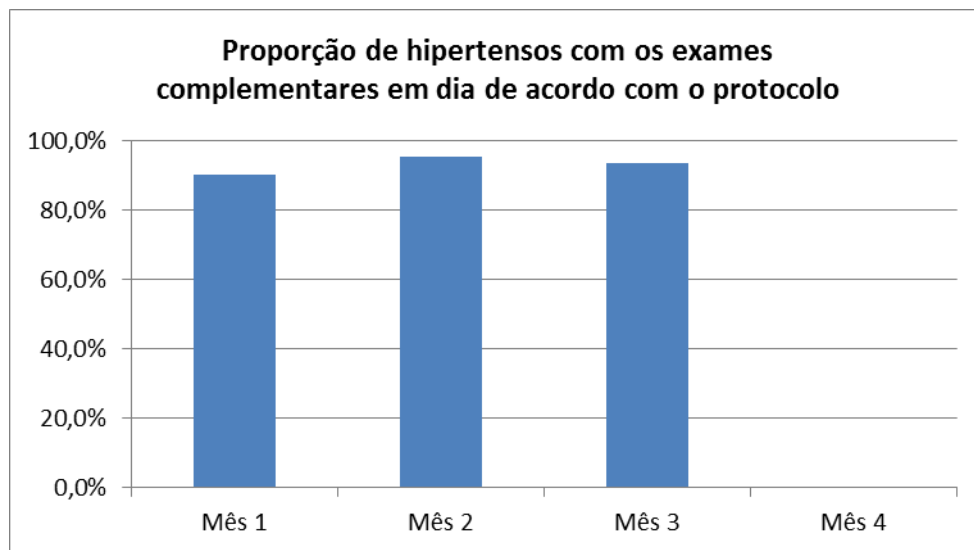
Portanto, desconsiderando *ipsis litteris* do proposto na meta 2.3 e reformulando para “Exames complementares em dia de acordo com o protocolo de HAS para 100% dos pacientes hipertensos” tem-se que a meta não foi atingida.

O que contribuiu efetivamente para esse resultado foi o fato dos pacientes, no momento da primeira consulta e/ou retorno, não trazerem seus exames complementares. A justificativa deve-se a extrema dificuldade para marcar e realizar os exames nos laboratórios conveniados ao SUS. Segundo a administração da unidade de saúde, quando é atingida a cota de exames ofertados pela prefeitura, o paciente só consegue agendar seus exames para quando houver vaga, ou seja,

dentro de 1 a 2 meses a frente. Nossa equipe buscou conversar com a gestão para melhorar essa periodicidade, mas o máximo que conseguimos foram algumas vagas a mais para coleta de exames laboratoriais de nossos usuários em uma UBS mais próxima.

No último mês de intervenção, a cota de exames laboratoriais ofertados pela unidade básica do Jardim Primavera reduziu-se consideravelmente. O que corroborou para o não êxito da meta proposta.

Gráfico 5



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

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

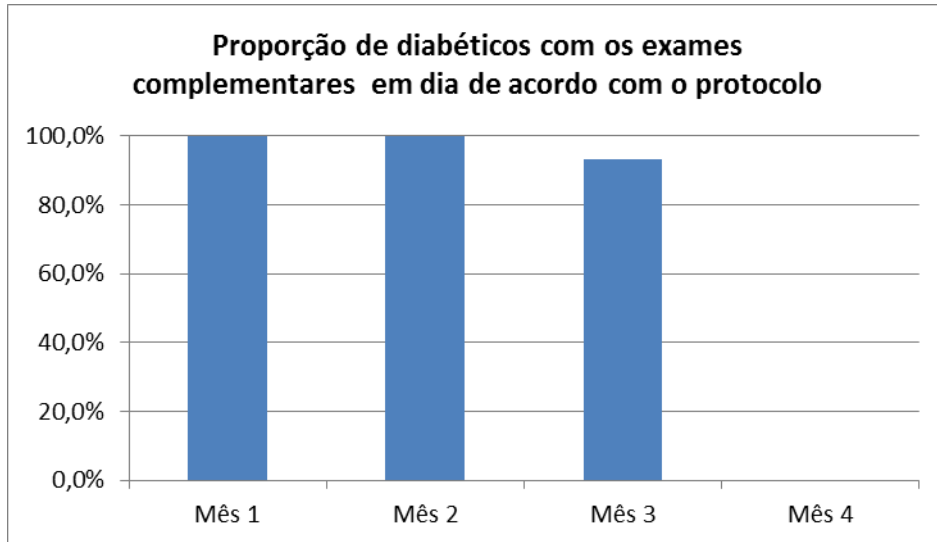
Analisando os 86 diabéticos que participaram efetivamente do projeto, tem-se que no primeiro mês da intervenção a proporção de pacientes com exames complementares foi de 100%. Manteve assim no segundo mês. Porém no último mês apresentou uma queda para 93,2%.

Nesta meta surge a mesma dificuldade da anterior. O fato é que no momento da elaboração do projeto utilizou-se o termo “Solicitar exames” e no momento da coleta dos dados (PCD) o questionamento usado foi “O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?”.

Reformulando então essa meta para seguir a PCD proposta pelo curso e adotada para o projeto de intervenção, a meta de realizar exames complementares para 100% dos pacientes diabéticos não foi atingida.

Uma ação que prejudicou essa meta foi a dificuldade dos pacientes conseguirem realizar os exames complementares a tempo da consulta agendada. Devido a pouca oferta de laboratórios pela Prefeitura de Boa Vista, os pacientes acabam esperando até 2 meses para realizar exames laboratoriais.

Gráfico 6



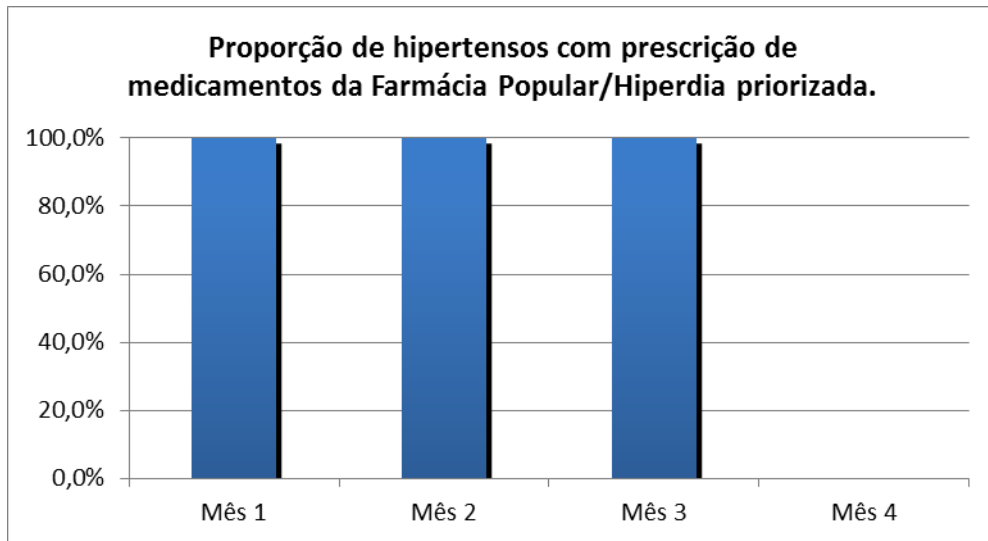
Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Com os 195 hipertensos efetivos do programa, priorizou-se desde o início a prescrição dos medicamentos para HAS presentes na farmácia da unidade básica e da farmácia popular, atingindo assim a meta de 100% no decorrer de todos os três meses.

A ação que mais corroborou para esse êxito foi a presença dos medicamentos na farmácia da UBS e/ou Farmácia Popular (conveniadas ao SUS).

Gráfico 7



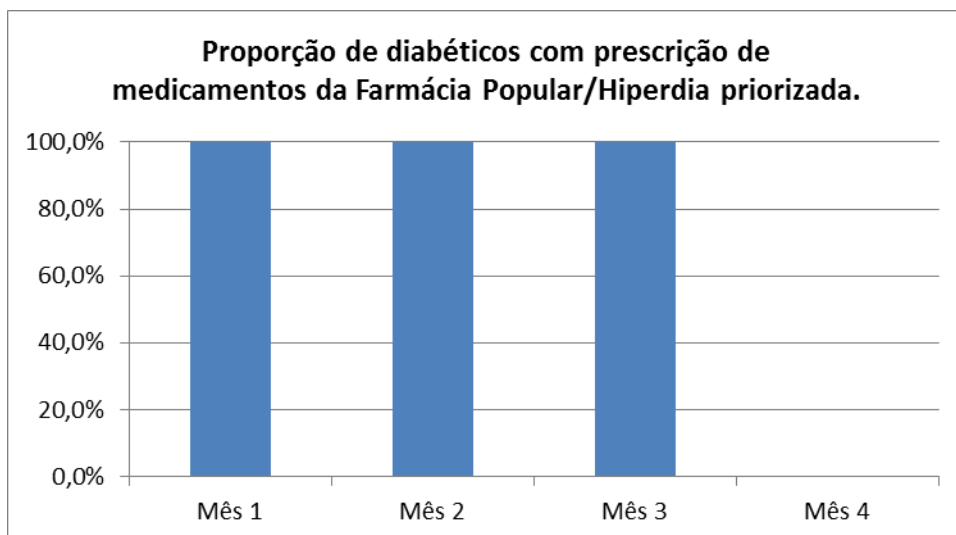
Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Dos 86 diabéticos participantes, todos tiveram acesso as prescrições com medicamentos fornecidos pela farmácia da UBS e/ou Farmácia Popular. A proporção de 100% dos diabéticos atendidos fazendo uso das medicações concedidas pelo SUS manteve-se constante por todo o período proposto.

A condição *sine qua non* para essa conquista foi o fornecimento dessas medicações mensalmente aos portadores da patologia. Caso contrário, a meta não teria sido alcançada.

Gráfico 8



Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas

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

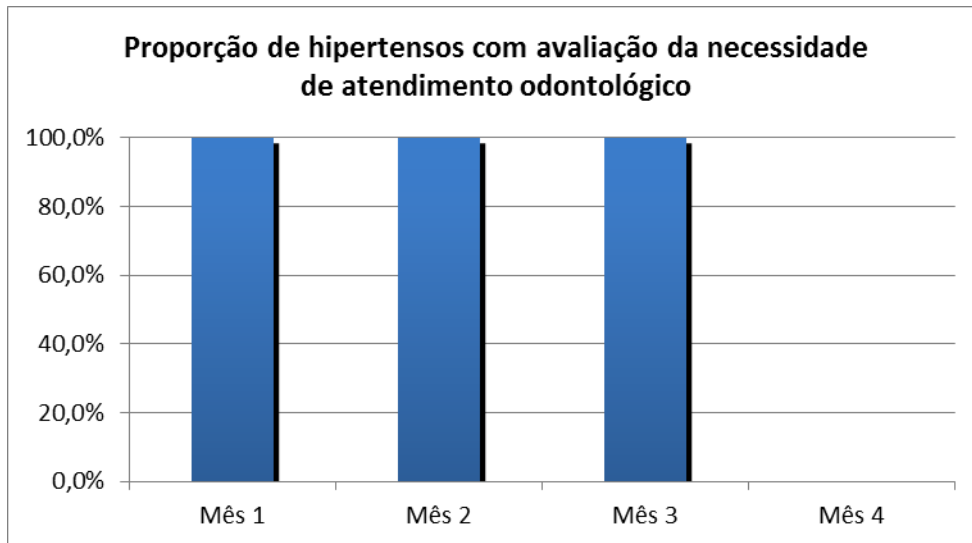
A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 100% dos 195 hipertensos que participaram efetivamente do programa. Essa proporção manteve-se constante durante os três meses.

Todos os usuários foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico e todos que foram diagnosticados com alterações dentárias, foram encaminhados. Apesar de que, nem todos receberam atendimento odontológico, por déficit desse serviço na prefeitura.

Não contabilizamos a quantidade exata de pacientes encaminhados ao serviço bucal, pois não existia na planilha de coleta de dados sugerida pelo curso esse quesito e no momento da elaboração do projeto não havíamos pensado nesse item. Mas grande parte dos usuários apresenta extrema dificuldade para realizar uma higiene bucal adequada.

Vale salientar que apesar de ter-se atingido a meta, na unidade de saúde Jardim Primavera não existe equipe de saúde bucal. Portanto, mesmo tendo sido feita a avaliação da necessidade de atendimento bucal em 100% dos pacientes pelo médico, nem todos que receberam o encaminhamento conseguiram marcar consulta odontológica, devido a pequena cobertura dessa especialidade pela prefeitura de Boa Vista.

Gráfico 9



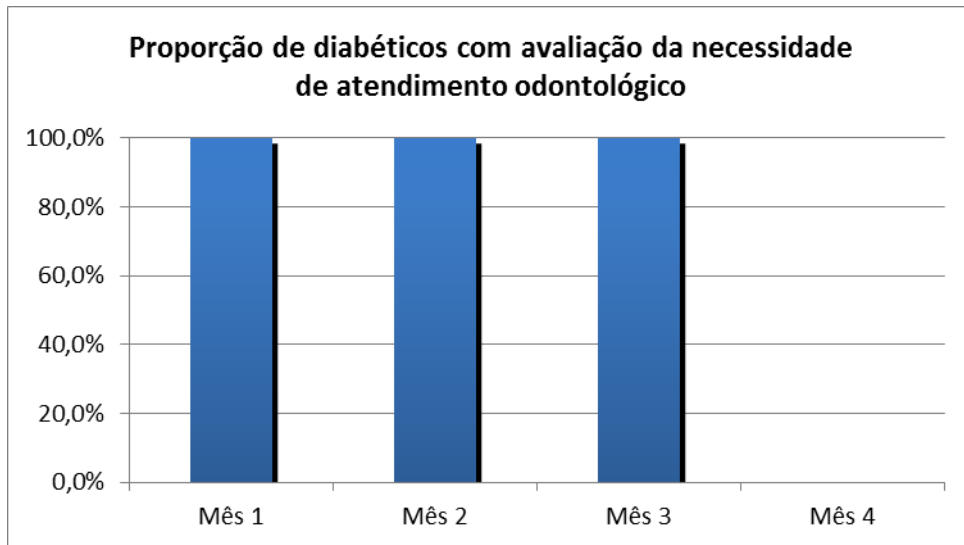
Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas

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

Entre os 86 diabéticos do projeto, impreterivelmente todos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Tal proporção foi mantida no decorrer dos três meses.

O fato de ter sido realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos que comparecerem nas consultas médicas e nas visitas domiciliares realizadas, não quer dizer que todos receberam atendimento odontológico. O que dificultou drasticamente no tratamento dentário dos pacientes encaminhados às UBS com equipe bucal na cidade foi a baixa oferta desse serviço em Boa Vista.

Gráfico 10



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

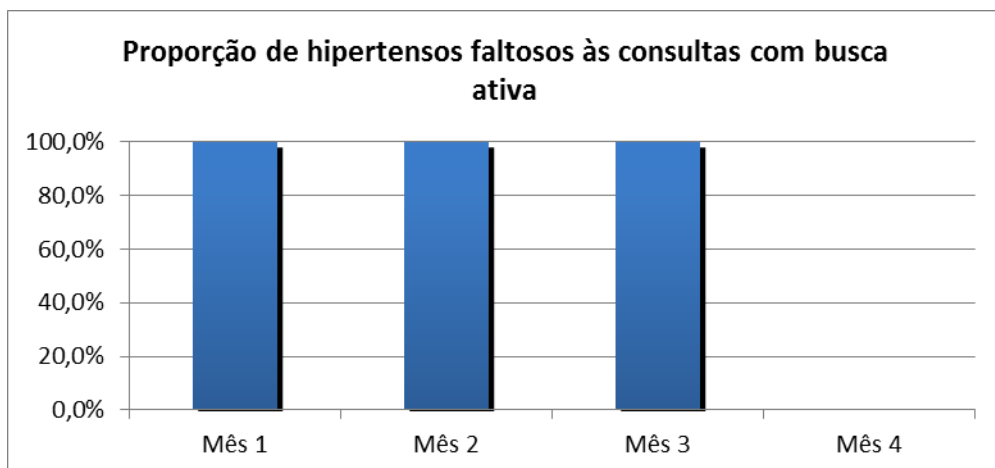
Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

No decorrer de toda a intervenção, 20 hipertensos faltaram no primeiro mês, 3 faltaram no segundo mês e 21 no último mês, totalizando 44 hipertensos com absenteísmo. Porém 100% dos hipertensos foram buscados ativamente.

A ação que mais contribuiu para atingir essa meta foi que na microárea dos faltosos existia um agente comunitário de saúde que pode buscar e remarcar as consultas perdidas.

Gráfico 11



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

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

Durante os três meses obtiveram-se 24 diabéticos faltosos. No primeiro mês alcançou-se 100% da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. No segundo mês houve uma diminuição para 85,7% e no terceiro mês a proporção retornou a 100%.

A meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde não foi cumprida totalmente.

O que dificultou o êxito da meta proposta foi que houve um decréscimo no segundo mês do programa. Isso se deveu pelo fato do paciente faltoso no citado mês pertencer a uma microárea que ficou recentemente descoberta. Logo, a redução do contingente de ACS (férias) sem remanejamento de pessoal, dificultou o cumprimento da meta.

Gráfico 12



Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

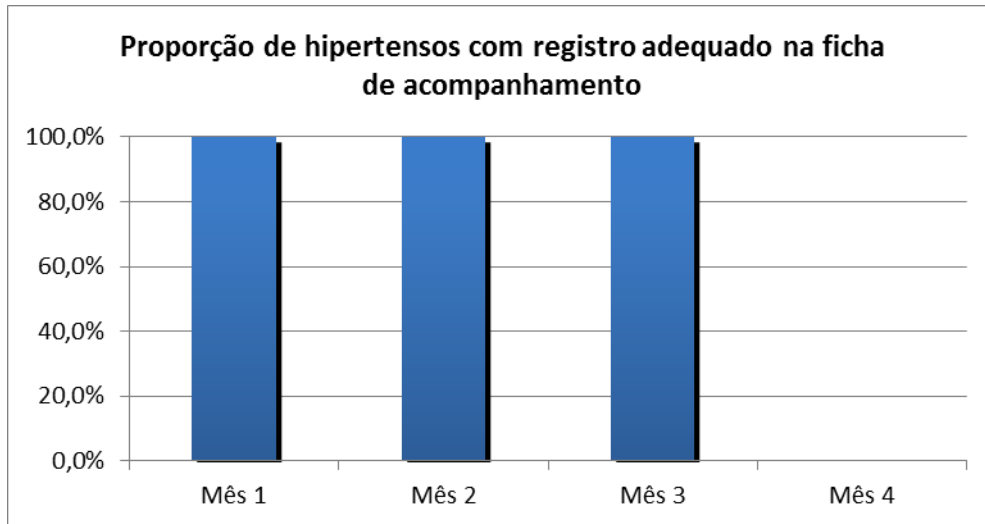
Ao iniciar o projeto com os 192 hipertensos participando ativamente, notou-se que no primeiro mês 100% dos atendimentos foram registrados adequadamente na

ficha de acompanhamento adotada. Tal padrão manteve-se até o final da intervenção.

Portanto, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde foi atingida.

A ação que mais corroborou para isso foi o fácil acesso às impressões das fichas espelhos na própria unidade de saúde.

Gráfico 13



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

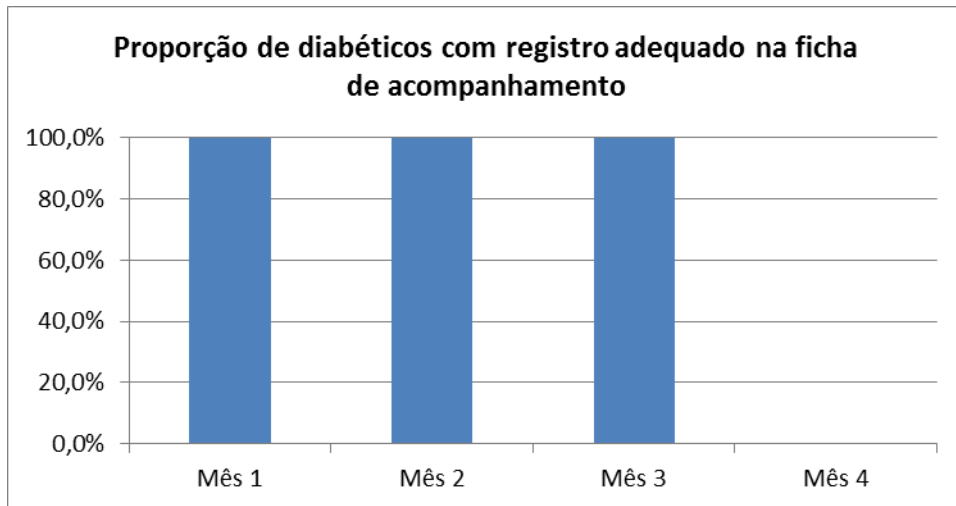
Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Começou-se o programa com a proporção de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS com ficha de acompanhamento em dia. Manteve-se assim esse padrão até o último mês.

Logo, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos 82 diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi atingida.

A ação que ajudou para essa melhoria foi a disponibilidade às impressões das cópias das fichas espelhos adotadas para a intervenção. Todas as cópias foram realizadas na própria unidade de saúde após autorização pela direção administrativa.

Gráfico 14



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

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

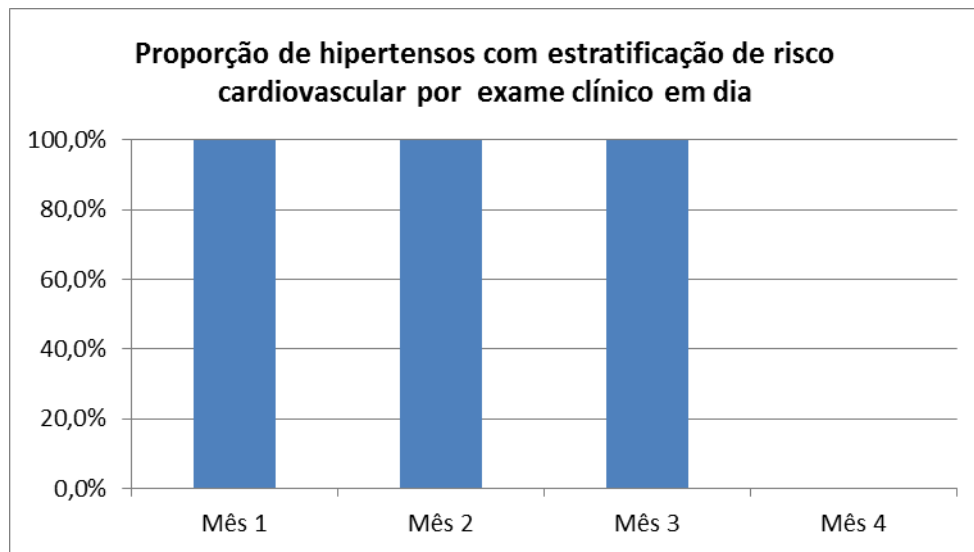
Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A intervenção iniciou com 41 hipertensos no primeiro mês, com 100% deles estratificados para o risco cardiovascular. No segundo mês, atingiu-se 45 pacientes com também 100% deles submetidos a estratificação. No terceiro mês, atingiu-se o número de 109 pacientes hipertensos e em todos eles realizou-se a estratificação do risco cardiovascular.

Portanto, realizou-se estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e esse padrão manteve-se constante durante os três meses de projeto e a meta foi atingida.

A ação que mais ajudou para esse êxito foi a capacitação do médico para a realização da forma adequada para estratificar seus pacientes, além do auxílio de instrumentos básicos para realização de exame clínico: estetoscópio, esfigmomanômetro, balança, fita métrica e glicosímetro.

Gráfico 15



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

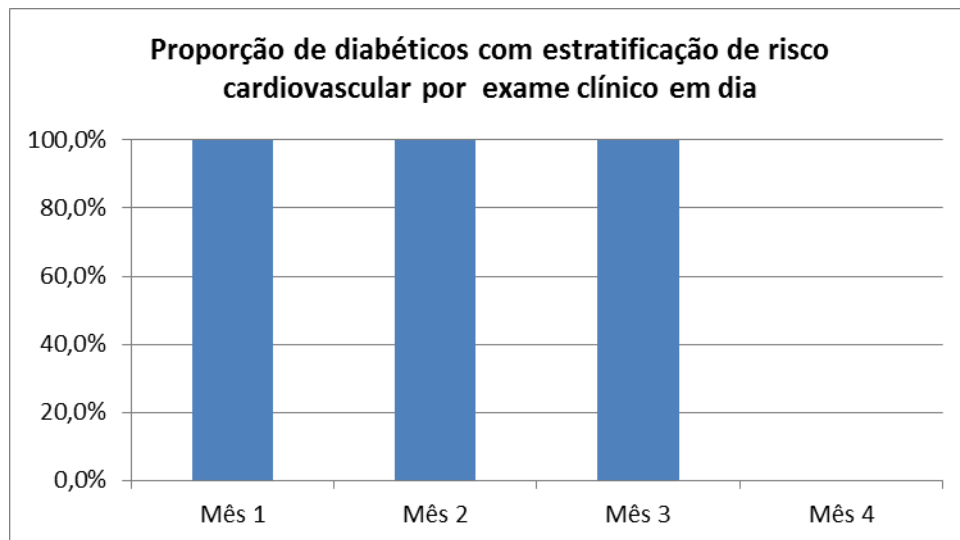
Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês da intervenção foi realizada estratificação do risco cardiovascular dos 15 pacientes acompanhados. No mês seguinte, acompanhou-se mais 27 diabéticos e todos foram estratificados. E no terceiro mês, foram atendidos 44 diabéticos e todos foram estratificados.

Portanto, a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi atingida.

Essa meta foi atingida principalmente porque o médico realizou capacitação adequada. Além disso, possuía instrumentos básicos a seu dispor como: balança, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio e glicosímetro.

Gráfico 16



Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

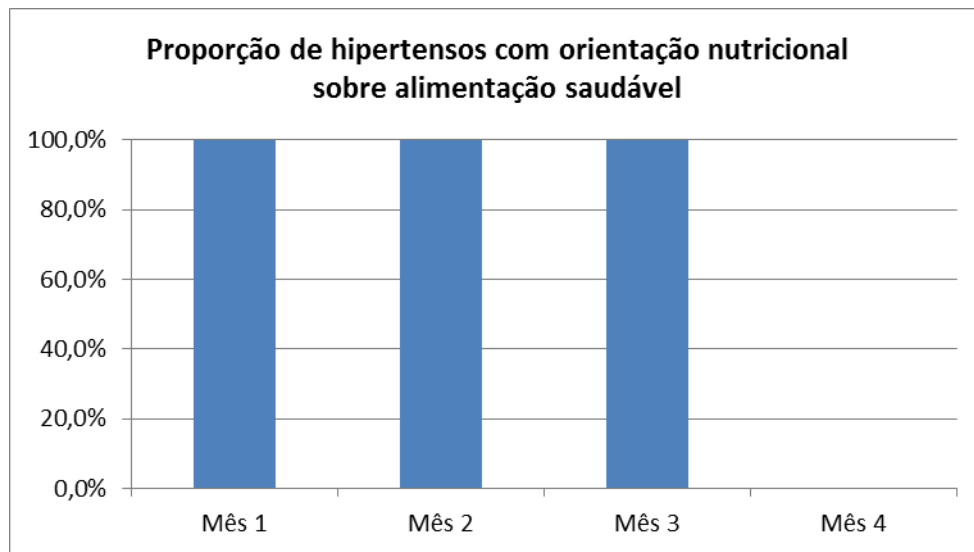
Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No início do projeto foi proposto garantir orientação nutricional para todos os hipertensos. Foram acompanhados 192 hipertensos no período de três meses, e 100% dos pacientes receberam tais orientações em todos os meses de intervenção.

Logo a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

As ações que corroboraram para esse êxito foram as orientações para as mudanças no estilo de vida realizadas através de conversas, imagens e *folders* entregues tanto nos ambulatórios, como nas visitas domiciliares e, principalmente, nas palestras para a comunidade.

Gráfico 17



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

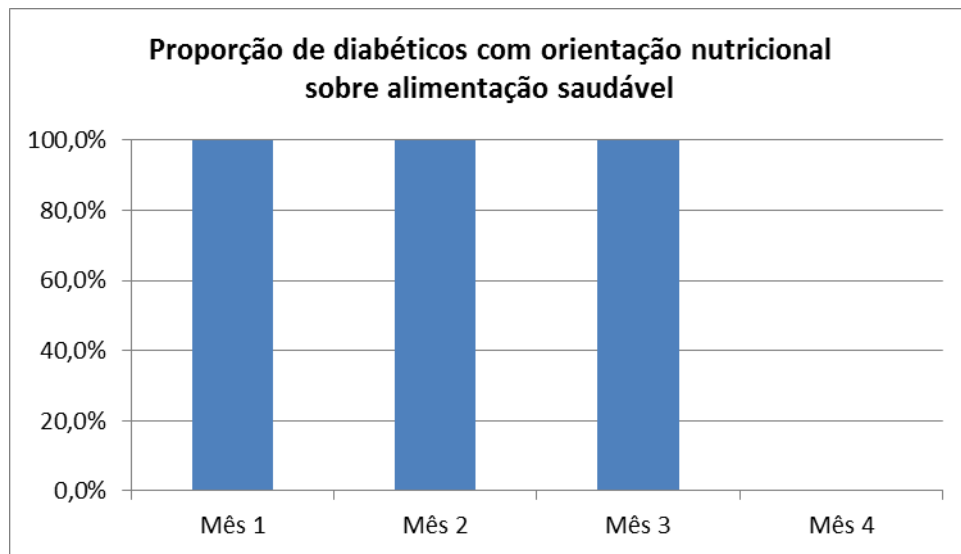
Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No decorrer dos três meses da intervenção, foram acompanhados 86 diabéticos. Sendo que a proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável manteve constante em 100% dos pacientes no período.

A meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos foi alcançada.

As ações ajudaram para esse êxito foram as conversas realizadas durante as consultas (ambulatoriais e domiciliares) com o auxílio de material didático como imagem de sugestões de alimentos para serem usados na mudança do estilo de vida e reeducação alimentar.

Gráfico 18



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

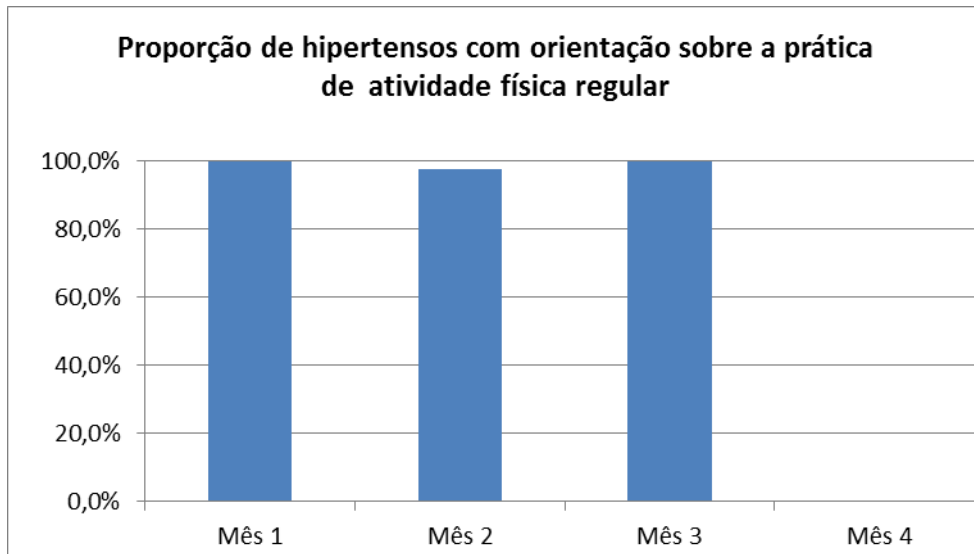
Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No período analisado de três meses, acompanhou-se 192 hipertensos. No primeiro mês, dos 41 hipertensos 100% receberam orientações. Já no segundo mês, dos 45 hipertensos 44 receberam orientações (97,8%) e 1 paciente se recusou às orientações. No mês subsequente, foram atendidos 109 hipertensos e retornou-se à proporção de 100% de hipertensos com orientação à prática regular de atividade física.

A meta de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos não foi completamente atingida, pois houve um decréscimo para 97,8% no segundo mês. Essa diminuição ocorreu não por falta de orientação, e sim por não aceitação do paciente em ouvir tais dicas.

Contudo, se realizou sensibilização extenuante sobre o tema em consultas e palestras, através de imagens e sugestões de práticas de atividades físicas condizentes com as condições socioeconômicas da comunidade. E todos os pacientes que estavam abertos para receber as orientações fizeram bom uso.

Gráfico 19



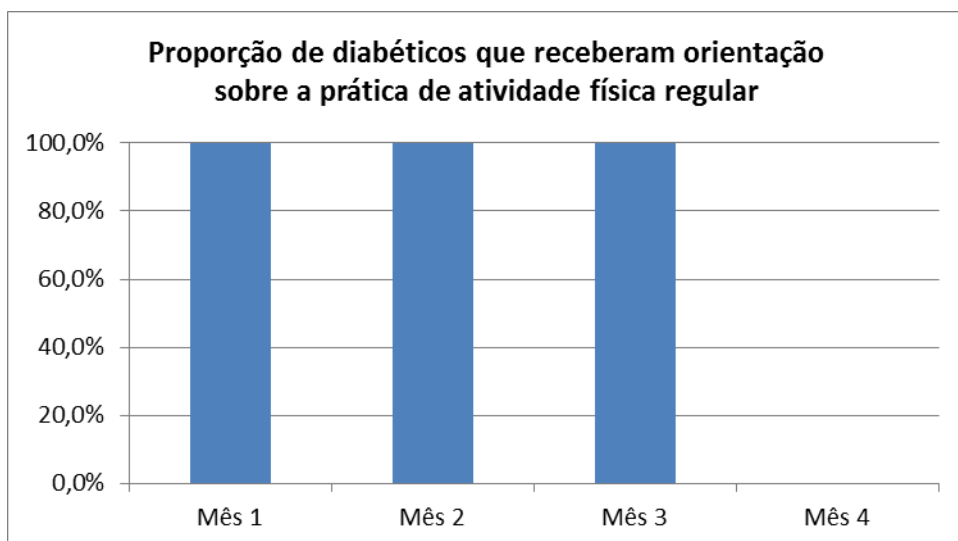
Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

Os 86 pacientes diabéticos analisados no período em questão foram todos orientados quanto à prática regular de atividade física. E a proporção de 100% manteve-se constante durante os três meses.

A meta conseguiu ser atingida devido a maciça campanha realizada nas consultas (ambulatoriais e domiciliares) e nas palestras para comunidade, fazendo uso de material multimídia e *folders* com orientações para uma vida melhor.

Gráfico 20



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

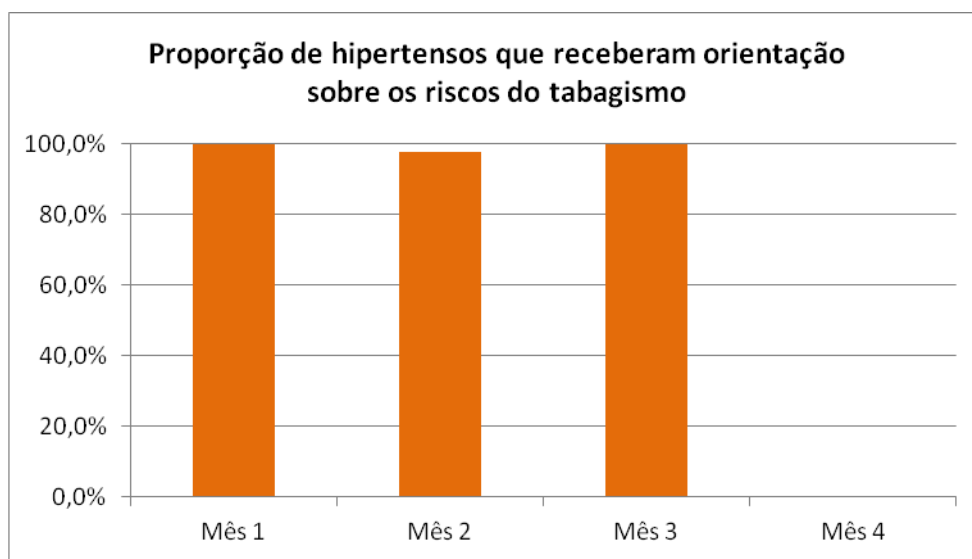
Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês da intervenção, todos os 41 (100%) hipertensos atendidos receberam orientação sobre o tabagismo. No segundo mês, dos 45 hipertensos atendidos 46 (97,8%) receberam orientação e 1 não recebeu pois se recusou a escutar já que era tabagista crônico. Já no terceiro mês, os 109 hipertensos (100%) foram orientados.

Portanto, a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos foi atingida.

A ação que mais ajudou foi a imagem comparando o pulmão de um tabagista com um pulmão de um não tabagista.

Gráfico 21



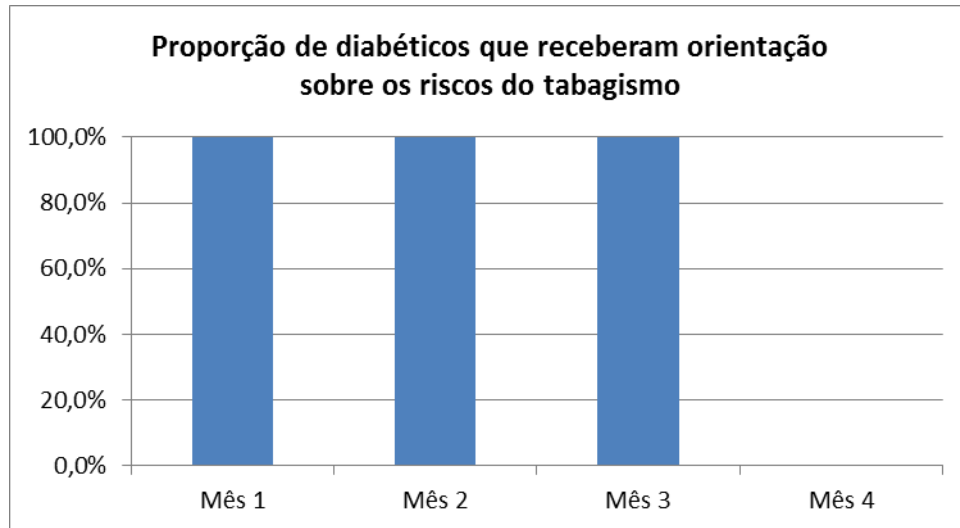
Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

A intervenção tratou da garantia de orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos. No decorrer de todo o projeto, a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre riscos do tabagismo manteve-se constante em 100%.

A ação que mais corroborou, além das conversas (ambulatoriais e domiciliares), foi a imagem que compara o pulmão de um fumante com um pulmão de um não fumante.

Gráfico 22



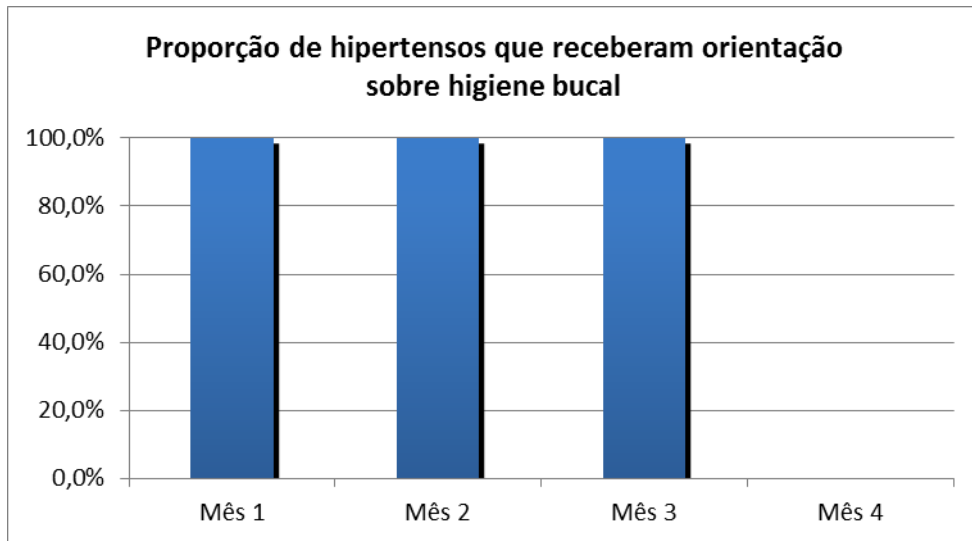
Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Iniciou-se a intervenção com 41 hipertensos no primeiro mês, 45 pacientes no segundo mês e 109 no terceiro mês e, impreterivelmente, 100% deles receberam orientações básicas sobre higiene bucal.

A ação que mais ajudou para o êxito dessa meta foi a conversa (ambulatório e domicílio) para uma escovação adequada e o uso do fio dental. E a que mais dificultou, foi o fato de não existir uma equipe de saúde bucal na unidade, somada a extrema dificuldade de se conseguir agendar consultas com profissionais odontólogos.

Gráfico 23



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

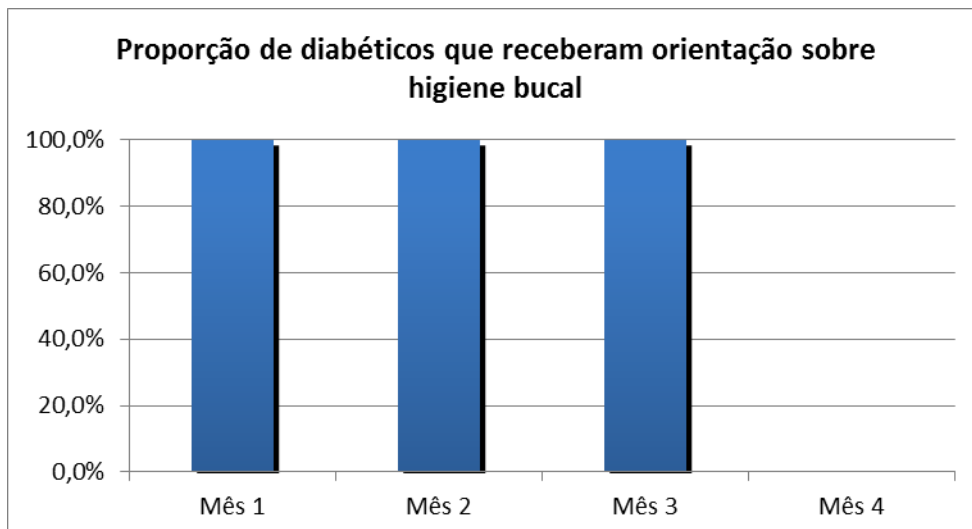
Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Dos 86 diabéticos acompanhados no período, 100% receberam orientações sobre higiene bucal, e essa proporção manteve-se constante nos três meses.

A meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos foi atingida.

A ação que foi de extrema valia para essa conquista foi a conversa, em ambulatório e domicílio, ensinando como realizar a escovação corretamente e o auxílio do fio dental. Usou-se também imagem multimídia para auxiliar nas orientações, mesmo não existindo equipe de saúde bucal.

Gráfico 24



4.2 Discussão

A intervenção na unidade de saúde propiciou a ampliação na cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes, no período de setembro a novembro de 2014.

Houve melhora no exame clínico completo dos pacientes portadores de HAS e DM, com atenção para o seguimento e manejo desse público. Priorizamos a prescrição de medicações fornecidas pelo SUS, para que assim o usuário não seja penalizado com altas tarifas de medicações compradas. Todos fazem uso de medicações fornecidas pelo governo.

Os usuários que participaram efetivamente foram cadastrados e acompanhados por uma ficha de acompanhamento, que em todas as novas consultas era sempre atualizada.

Melhorou-se também a avaliação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos. Agora está mais fácil identificar os usuários que apresentam risco elevado, moderado e leve. Os que apresentam risco elevado sempre são considerados prioridade no acolhimento da triagem.

Ampliaram-se também as orientações para mudanças no estilo de vida, seja no consultório, em visitas domiciliares ou até em palestras à comunidade. As orientações eram principalmente: nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e melhoria na higiene bucal.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as orientações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, farmacêutico, vacinador e diretor da UBS.

As atribuições aos membros da equipe foram diversas. Ao enfermeiro (chefe da equipe) basicamente foi monitorizar o correto cadastro dos novos hipertensos e diabéticos, e conferir se a busca ativa estava sendo realizada pelos ACS. Ao técnico de enfermagem, ficou-se a correta aferição de pressão arterial, juntamente com a pesagem (em quilos), mensuração de circunferência abdominal e estatura. Aos agentes comunitários de saúde à busca ativa aos faltosos e cadastro de novos hipertensos e diabéticos ao programa. Ao recepcionista, o correto agendamento das

consultas em livro de agendamentos exclusivo para pacientes submetidos à intervenção, e correto armazenamento das fichas de acompanhamento. Ao farmacêutico, a distribuição das medicações prescritas. Ao vacinador, imunizar os pacientes portadores das comorbidades em questão e auxiliar nas palestras realizadas em ambientes externos à unidade. E, finalmente, ao diretor, liberação para realizar as palestras externas, aumento de carga de atendimento para melhor atender aos usuários, autorizações mensais para as cópias das fichas de acompanhamento e, principalmente, conseguir marcar consultas de encaminhamento aos especialistas em situações de urgência.

Antes da intervenção, as atividades de hipertensão e diabetes eram todas concentradas no médico da equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria no registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A classificação de risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo da priorização. Mas em palestras semanais é explicada que, apesar do agendamento ser tipo “livre demanda”, segundo ordens da Superintendência de Saúde Municipal de Boa Vista (SMSA-BV), existe um cronograma semanal de atendimento, e sempre que for dia de atendimento ao programa de atenção ao hipertenso e diabético a prioridade será seguida para esses usuários.

Apesar da ampliação na cobertura do programa, ainda existem muitos hipertensos e diabéticos sem acompanhamento. São moradores das áreas descobertas pela unidade de saúde. Além disso, existem os usuários que simplesmente não querem realizar tratamento adequado, mesmo tendo acesso aos serviços de saúde. Estes são aqueles que expulsam os ACS de suas residências e que só procuram atendimento médico em emergências e urgências. Logo após a melhora parcial, voltam aos seus lares sem seguir as orientações concedidas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o princípio das atividades da especialização de Saúde de Família (UFPel) houvesse sido feita uma reunião com a

equipe para discutir as atividades que estavam sendo realizadas. Também faltou melhor articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorizar a atenção e discutir a melhor forma de implementar tal projeto.

Outro fato que poderia ter facilitado mais a intervenção seria se UBS tivesse acesso à internet, após a mudança de prédio, por vários motivos, a companhia responsável pela migração da internet da UBS não conseguiu instaurar com agilidade o sinal. A gestão foi avisada por diversas vezes e todos os funcionários ficaram de mãos atadas por não se tratar de um problema de nossa alçada. Enfim, durante toda a aplicação do projeto a UBS ficou sem internet, sendo reestabelecido recentemente.

Agora que o projeto está terminando, percebe-se que a equipe está bem mais unida. Realizam-se mais reuniões de equipe do que no início. As divergências de opiniões continuam existindo, mas o respeito está sempre presente e a equipe está mais integrada. As dificuldades que eram enormes no princípio, hoje estão menores.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. Claro que ainda existe dificuldade de adesão por parte de alguns funcionários, mas cada vez mais essas dificuldades são vencidas.

A cada dia que passa o trabalho de sensibilização da comunidade está aumentando para assim melhorar a cobertura do nosso programa, para que assim todos compreendam a real importância que deve ser dada à atenção do hipertenso e do diabético, em especial os de alto risco. Uma atenção especial deve ser repensada aos idosos portadores dessas comorbidades, pois muitos deles são analfabetos e possuem dificuldades para compreender a forma correta de se cuidar e fazer uso das medicações prescritas. Por isso, sempre é melhor orientar ao recepcionista para que quando o idoso for vir sozinho ao ambulatório, algum familiar o acompanhe, assim como já é feito com as crianças e adolescentes.

Quanto à coleta de dados, a mudança que seria realizada é na planilha de coletas de dados no quesito sobre exames complementares. Ao invés de se perguntar “O paciente está com exames complementares em dia de acordo com o protocolo?”, seria feita a reformulação da pergunta para: “Foram solicitados exames complementares segundo o protocolo ao paciente?”. Dessa forma, não haveria confusão no momento de estipular a meta e analisar os dados adquiridos.

Outra mudança (sugestão) seria a inclusão de um quesito que analisasse o grau de adesão do paciente ao tratamento proposto. Dessa forma, a intervenção

ficaria mais completa, pois seria um *feedback* quanto a conscientização do paciente frente a sua comorbidade. outro quesito importante a ser adicionado é um que avalie se o usuário com necessidades odontológicas foi encaminhado ou não ao correto serviço.

Sendo assim, a partir do mês seguinte, com a intervenção completamente incorporada à rotina da unidade, espera-se melhorar a ampliação da cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos cada vez mais. Além disso, espera-se iniciar melhora na atenção ao Programa Saúde na Escola (PSE), visto que após a mudança do local do prédio da UBS, está esta centrada ao lado de duas escolas de alto contingente da região.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

O projeto foi realizado do início de setembro ao final de novembro de 2014, seguindo um cronograma estritamente pensado e articulado com todos da equipe em reuniões pré-intervenção.

Foram realizadas reuniões semanais com todos os envolvidos no projeto, com o objetivo de monitorar e avaliar a real implantação do projeto na rotina do serviço.

Conseguiu-se melhor a cada mês gradativamente a cobertura tanto dos diabéticos como dos hipertensos residentes no Jardim Primavera.

A mudança de prédio da unidade básica de saúde foi importante para a segurança dos funcionários e usuários no momento dos atendimentos, porém foi para outro bairro, o que dificultou e continua dificultando o acompanhamento de usuários mais necessitados. Os funcionários receberam diversas reclamações dos usuários quanto a esse fato, inclusive agressões psicológicas. Todos os funcionários iniciaram uma maciça campanha na área adstrita para informar o motivo da mudança e, inclusive, elevou-se as visitas domiciliares para melhor atender a todos, de área coberta ou não.

Fato é que, muitos usuários já sofreram acidentes na travessia da passarela para pedestres que liga o bairro Jardim Primavera a UBS do mesmo bairro. Os funcionários já possuem inclusive um projeto para a construção da UBS própria do bairro e que já foi entregue para análise da gestão.

Apesar das dificuldades enfrentadas elevou-se um pouco a cobertura. Para a hipertensão, a cobertura alcançada no primeiro mês de projeto foi de 8,4%, subindo

para 9,3% e elevando-se no terceiro mês para 22,4%. Quanto à diabetes a cobertura no primeiro mês foi de 12,5%, no segundo mês de 22,5% e finalizando com 36,7%.

Apesar da intervenção ter sido finalizada sem o alcance das metas de ampliação da cobertura, percebe-se que, apesar da mudança de área do prédio da UBS, a cobertura do programa se elevou com o passar dos meses e continua se elevando a cada dia. Hoje se tem uma melhor implantação da intervenção à rotina do serviço da unidade.

Conseguiu-se melhorar a atenção dos usuários ao tratamento, melhorando o exame clínico, solicitando exames complementares de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, prescrevendo medicações fornecidas pelo SUS, avaliando a necessidade de atendimento odontológico, buscando todos os faltosos e estratificando-os quanto ao risco cardiovascular. Melhoramos também a adesão e o registro de informações dos nossos usuários.

Sabe-se que sem o auxílio da gestão não se conseguiria uma melhora da cobertura. Com a ajuda dos gestores foi possível melhorar o acompanhamento dos pacientes portadores das comorbidades estudadas através do fornecimento das fichas de acompanhamento.

Aspectos da gestão que poderiam corroborar ainda mais para uma melhor cobertura desses usuários seria a construção do prédio próprio da unidade de saúde do Jardim Primavera dentro da área em questão e mais próximo para melhor locomoção dos pacientes. Além disso, seria de suma importância um reabastecimento um pouco mais eficaz dos medicamentos desses usuários na farmácia da própria unidade, pois para muitos pacientes é mais fácil adquirir a medicação na própria farmácia do posto do que se deslocar até uma farmácia popular (conveniada com o SUS).

Com todo esse auxílio à unidade de saúde do Jardim Primavera conseguirá melhorar e ampliar cada vez mais em todas as suas ações programáticas.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Desde o primeiro dia em que começamos a trabalhar na unidade de saúde Jardim Primavera, nos assustamos com a quantidade de usuários com alterações hipertensivas (urgências hipertensivas) e hiperglicemias sintomáticas. Tudo fruto de

hipertensão arterial e diabetes mal controladas. Nos preocupamos muito essa situação.

A partir daí, decidimos promover uma mudança em tudo! Conversamos com os funcionários, com a chefe de equipe (enfermeira), com os ACS e com a diretora. Procuramos também a doutora Elizabeth, que foi a médica antecessora na UBS onde permaneceu por longos anos. Todos relataram extrema dificuldade em controlar as metas em hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Logo decidimos iniciar um projeto o qual o objetivo principal era fazer com que os pacientes que tem hipertensão e diabetes sejam melhor assistidos.

Com o objetivo estipulado iniciamos nosso projeto com ações voltadas a melhora dessa cobertura: melhorar o acolhimento, melhorar o engajamento público para essas comorbidades, melhorar o cadastro no hiperdia e também aumentar o numero de dias de atendimento para esse programa. Tudo isso através da melhor sensibilização/conscientização da comunidade. Fizemos uso de palestras públicas e conversas diárias, seja nos consultórios, em visitas domiciliares ou no próprio corredor da unidade. Realizamos elucidações diárias e explicamos todos os direitos e deveres dos usuários portadores de HAS e DM.

O trabalho durou 3 meses. Nesse período percebemos que muitos pacientes não se cuidam porque não sabiam o quão perigosas são essas doenças e as complicações que elas podem trazer. Ou seja, não se cuidavam porque simplesmente não sabiam como se cuidar.

Apesar das dificuldades, temos notado que o número de usuários que nos procuram com pico hipertensivo sintomático reduziu drasticamente. Notamos que muitos retornam as consultas com a medida da pressão arterial mais controlada. Estão procurando mudar seus hábitos alimentares e de vida. Diminuíram comidas com excesso de sal, gordura e açúcar. Estão realizando mais atividades físicas regulares, como caminhada na Avenida São Sebastião.

Portanto, queridos usuários, saibam que mudanças estão ocorrendo. E todo mérito é de vocês mesmos que estão se permitindo a melhorar como pessoas e ter uma vida mais saudável. Continuem seus tratamentos de forma correta e cuidando da alimentação para que ela possa ser a mais saudável possível. Continuem as atividades físicas regulares. Evitem bebidas alcoólicas e cigarro. É muito importante que vocês estejam cada vez mais presentes dentro da unidade, recebendo as

informações aqui passadas e que possam distribuí-las com seus familiares e amigos, para que assim, mais pessoas possam se cuidar mais.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início da especialização fiquei muito em dúvida sobre qual ação programática me propor melhorar. A resposta estava evidente: hipertensão e diabetes. Durante todos meus dias iniciais na unidade, recebia usuários hipertensos (principalmente) e diabéticos com alterações de níveis pressóricos exorbitantes. Logo me animei bastante para tentar mudar a realidade da comunidade e criei diversas expectativas quanto a isso.

A hipertensão arterial sistêmica juntamente com a diabetes representam um alto custo social, financeiro e também emocional para a sociedade e os sistemas de saúde. Reconhecer essa verdade determina a importância dos serviços públicos se adequarem estruturalmente para melhorarem cada vez mais a conscientização da comunidade frente a suas patologias.

Pude perceber que sem educação não se consegue nada. Portanto busquei melhorar cada vez mais a sensibilização da comunidade frente a suas doenças e as sequelas que poderiam existir em suas vidas caso as mudanças de estilo de vida não acontecessem. Orientei exaustivamente que sem conscientização juntamente com atividades físicas, dieta e medicamentos, a mudança para o melhor controle não existiria.

Com a aplicação do estudo pude perceber algumas coisas. Primeiramente, é preciso que o usuário queira se envolver no tratamento. Afinal, se ele não se aceitar como portador da doença nunca o tratamento será efetivo porque ele não irá aderir. Outra descoberta foi que um projeto nunca pode ser implementado sozinho. É preciso que todos da equipe abracem conjuntamente a ideia para que o êxito seja alcançado. Por isso é importante sempre traçar um objetivo com metas para

alcança-lo de forma concisa. E também contar com o auxílio da equipe completa, dos gestores e, claro, dos pacientes que são o grande alvo de tudo.

Sem sombra de dúvidas foi uma construção em conjunto com todos esses fatores agindo positivamente para a real conclusão do programa. A parceria com toda a equipe foi um incentivo para que todos dessem seguimento ao projeto. A intervenção foi extremamente importante por ser considerada uma forma de adquirir e processar os dados já existentes e práticas necessárias para melhorar a atenção a esses usuários, seu acolhimento e acompanhamento. Isso inclui melhor abordagem, conscientização e variedade de experiências que vão além do cotidiano usual. Enfim, o processo todo foi voltado para melhorar a educação da comunidade frente à HAS e DM, mas quem mais aprendeu durante todo o processo fui eu.

6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde: **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: **Caderno de atenção Básica, n.16** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAUNWALD, E. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18ªed., São Paulo: McGraw Hill, 2013.

LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**, 2ª ed. São Paulo: Rocca, 2009.

Anexo 2 – Planilha de Coleta de Dados

dores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																
Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso as consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada bucha ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																

Anexo 3 – Última Reunião de Equipe

