

Universidade Aberta do SUS - UNASUS  
Universidade Federal de Pelotas  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 4



**Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos: uma  
experiência de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dona  
Luzia Tenório Ramos, Coari - AM**

**Thiago Andrade Ribeiro**

Pelotas, 2014

**Thiago Andrade Ribeiro**

**Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos: uma  
experiência de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dona  
Luzia Tenório Ramos, Coari - AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família Modalidade EaD da Universidade  
Aberta do SUS – Universidade Federal de  
Pelotas, como requisito à obtenção do título  
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Vargas Ferreira

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

R484a Ribeiro, Thiago Andrade

Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos: uma experiência de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari - AM / Thiago Andrade Ribeiro ; Fernanda Vargas Ferreira, orientadora. — Pelotas, 2014.

72 f.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Ferreira, Fernanda Vargas, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

### **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a minha família, aos meus amigos e minha namorada que estiveram comigo durante todo processo de aprendizado, além de toda equipe da UBS Luzia Tenório Ramos, minha orientadora e os usuários.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que nos proporciona saúde para que possamos executar nossas atividades diárias e ilumina nossos pensamentos. E ao longo desse ano de trabalho esteve me protegendo e me guardando de todo mal.

Obrigado a meus pais, Tarcísio Ribeiro e Naide Andrade, meu irmão de sangue e coração Tarcísio José Andrade Ribeiro e minhas irmãs de coração Maria Alice e Maria Lúcia, os quais estiveram me apoiando desde o primeiro dia que decidi realizar a especialização no interior do Amazonas e sempre me deram forças para persistir mesmo nos momentos mais adversos.

A minha namorada, Sthefany Flor que ao longo desse tempo se mostrou perseverante e esteve comigo me dando forças, amor e motivação para me manter confiante na caminhada. Muito obrigado amor, esse ano amadurecemos e crescemos muito.

A meus amigos que me fizeram o convite para trabalhar no interior do estado, Luiz Reis e Mayara Monique, muito obrigado pelo incentivo e troca de conhecimento que nos fizeram crescer como médicos assim como em nossa amizade fraternal.

Agradeço a toda rede de saúde do município de Coari, em especial os da Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos que foram muito mais que colegas de trabalho e sim uma família.

À minha orientadora Fernanda Vargas Ferreira, obrigado pela dedicação e por ter compartilhado seu tempo e experiência para minha formação. A sua visão construtiva me ajudou a superar os desafios dessa intervenção e me manter sempre focado.

Agradeço a minha supervisora e amiga, Heliana Feijó, que desde os tempos de graduação me auxiliou a ter uma visão mais humana dos usuários e me despertou o interesse sobre Medicina Preventiva e Social.

Aos usuários que sempre se demonstraram cooperativos e contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

E a todos que de maneira direta ou indireta participaram da intervenção, a vocês meu muito obrigado.

*“Só é lutador quem sabe lutar  
consigo mesmo”* **Carlos Drummond  
de Andrade**

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	43
<b>Figura 2:</b> Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	44
<b>Figura 3:</b> Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	45
<b>Figura 4:</b> Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	45
<b>Figura 5:</b> Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	46
<b>Figura 6:</b> Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	47
<b>Figura 7:</b> Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	48
<b>Figura 8:</b> Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	49
<b>Figura 9:</b> Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	51
<b>Figura 10:</b> Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	51
<b>Figura 11:</b> Proporção de hipertensos como estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	53
<b>Figura 12:</b> Proporção de diabéticos como estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	53
<b>Figura 13:</b> Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	54
<b>Figura 14:</b> Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	55

## Lista de abreviaturas/Siglas

AVE – Acidente Vascular encefálico

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária a Saúde

BIVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAM – Infarto do miocárdio

MS – Ministério da Saúde

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção básica

Sistema Único de Saúde – SUS

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do SUS



## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b>	
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b>	12
1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF/	12
1.2. Relatório da Análise Situacional	14
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA</b>	20
2.1. Justificativa	20
2.2. Objetivos e Metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos	21
2.2.3 Metas	21
2.3. Metodologia	23
2.3.1 Ações	23
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	36
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b>	38
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	38
3.2 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	41
3.3 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.	41
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	42
4.1. Resultados	42
4.2. Discussão	58
4.3. Relatório da intervenção para os Gestores	60
4.4. Relatório da intervenção para a Comunidade	63

<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM</b>	65
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	66
<b>ANEXOS</b>	67
Anexo A – Caderno de Ação Programática Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	68
Anexo B – Caderno de Ação Programática <i>Diabetes Mellitus</i> (DM)	69
Anexo C – Ficha espelho da Atenção ao hipertenso e/ou diabético	70
Anexo D – Planilha de coleta de dados	71
Anexo E – Documento do Comitê de Ética	72

## RESUMO

RIBEIRO, Thiago Andrade. Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos: uma experiência de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari – AM. 2014. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) se constituem como as principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) geradoras de possíveis complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e síndrome metabólica. Mediante as repercussões cotidianas, laborais e de lazer, prevenir e/ou controlá-las são atividades fundamentais a serem iniciadas na Atenção Primária em Saúde. Em conformidade com a Análise Situacional, verificou-se a necessidade de qualificar a atenção ao hipertenso e diabético no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Luzia Tenório Ramos em Coari, Amazonas, considerando-se para a intervenção os objetivos de aumento da cobertura e da adesão, qualificação da atenção, registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção saúde, assim como, utilizaram-se indicadores para avaliar a evolução da intervenção ao longo dos três meses que ocorreu entre novembro de 2013 e janeiro de 2014. Como resultados, atenderam-se 105 hipertensos e 28 diabéticos, alcançando-se coberturas de 64% e 59,6%, respectivamente, com melhorias em atividades como busca ativa, orientações direcionadas à promoção de saúde, realização de exame clínico, mapeamento de risco cardiovascular e prescrição de medicamentos. Entretanto, a fim de atingir um maior número de usuários e maior qualidade e regularidade nas atividades deve haver um maior esforço coletivo, envolvendo equipe, gestão e usuários, propiciando, assim, a consolidação da assistência e atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade.

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

## APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, em Coari, interior do Amazonas, intitulada “*Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos: uma experiência de intervenção na Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari – AM*”.

O volume está organizado em seis unidades, iniciando-se pela Análise Situacional que foi desenvolvida na Unidade 1 com o objetivo de conhecer e identificar as ações programáticas presentes na unidade.

A segunda parte envolve a Análise Estratégica que teve como propósito elaborar um projeto de intervenção fundamentado no diagnóstico situacional.

A terceira parte consta do Relatório da Intervenção que foi confeccionado na Unidade 3 para fins de visualização geral da Atenção ao Hipertenso e Diabético na unidade.

Na quarta parte se encontra a Avaliação dos Resultados da Intervenção e sua Discussão através dos indicadores de saúde e gráficos.

A quinta seção compõe-se da Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem durante o curso e especialmente na implementação da intervenção.

Na sexta e última seção, a fim de finalizar o volume, estão os anexos que foram instrumentos para a realização da intervenção e a bibliografia com vistas a fundamentar o trabalho.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

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

Estou realizando os atendimentos em uma unidade de saúde no município de Coari no interior do Amazonas. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o total de habitantes do município em 2012 era de 77. 305 habitantes. O município está localizado no rio Solimões entre o Lago de Mamiá e o Lago de Coari. A unidade de saúde onde estou locado está no bairro Santa Helena e se chama Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Luzia Tenório Ramos, em homenagem a uma das parteiras mais importantes no município durante a década de 70.

Iniciei o atendimento nesta unidade em primeiro de abril de 2013 em virtude do Programa de Valorização à Atenção Básica (PROVAB), durante o mês de março do mesmo ano os médicos tanto do PROVAB quanto os da atenção básica estavam realizando os atendimentos em consultórios improvisados no Hospital Geral do Município (Hospital Dr. Odair Carlos Geraldo).

Em minha unidade foram alocados dois médicos, eu pelo PROVAB e um da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que garantiu atendimento em dobro à população, pois duplicamos tanto os atendimentos quanto as visitas domiciliares. Entretanto em relação a espaço físico o atendimento médico ficou um pouco comprometido na questão do exame físico, visto que na unidade só dispomos de um consultório para atendimento médico e os dois médicos atendem na unidade, então revezamos o consultório para os exames físicos e um dos dois atende em uma das outras salas da unidade conforme irei mencionar adiante.

Além do consultório médico temos um consultório de enfermagem e outro de odontologia, que ainda se encontra muito deficiente em relação a equipamentos de uso em procedimentos, já que há necessidade de esterilização dos mesmos, atualmente dispomos de somente dois kits de

procedimentos o que torna lento o atendimento, além do fato da unidade não dispor de um odontólogo de forma integral. Temos também uma sala de inalações e curativos, uma copa, dois banheiros, uma sala para os agentes comunitários de saúde, uma pequena farmácia e uma sala de microscopia, esta que atualmente é dividida também para consultas médicas.

Em relação a recursos humanos dispomos de 10 agentes comunitários de saúde (ACS), 2 técnicos de enfermagem, 1 microscopista, 4 responsáveis pela recepção, 3 vigias, 4 na parte de serviços gerais, 1 na farmácia, 2 vacinadores, 1 odontólogo, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD), 1 enfermeira e 2 médicos.

Os atendimentos serão divididos: Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), Pré-Natal, Puericultura, dias para demanda livre e visitas domiciliares. Atualmente, entretanto, temos demanda livre todos os dias da semana e dois turnos de visitas domiciliares. Estamos trabalhando desta forma porque é o primeiro mês de reinauguração da unidade e vamos arrumando a casa aos poucos. Ainda não dispomos de material para realização do exame preventivo, o que já foi solicitado à Secretaria de Saúde.

Durante os atendimentos pode-se observar que a população encontra-se marginalizadas em relação aos estudos, muitos possuindo somente o ensino fundamental e os patriarcas e matriarcas das familiares em geral são analfabetos. Outro empecilho que encontramos é em relação às orientações quanto à alimentação, porque há uma cultura na utilização de bastante óleo nas comidas e farinha em abundância, além do fato de que legumes e frutas têm um preço elevado na cidade. Nesta semana observamos uma grande procura no serviço de vacinação em virtude de ser pré-requisito para participação do programa Bolsa Família.

Os exames quando solicitados são realizados em um laboratório em outro bairro chamado Urucu, somente a gota espessa é executado na unidade. Os medicamentos para tratamento das enfermidades são comprados na

farmácia popular do município, retirados na farmácia central, comprados em farmácias comerciais ou retirados na unidade quando disponível. No momento estamos com alguns antibióticos (cefalexina, amoxicilina, ampicilina), anti-térmicos, anti-inflamatórios, antiparasitários, anti-tussígenos e soro fisiológico. Interessante mencionar que não dispomos de qualquer medicação injetável até o presente momento.

A equipe trabalha em harmonia e cooperação o que torna a rotina de trabalho mais prazerosa e reduz a saudade da família.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Estou realizando as atividades no município de Coari no interior do Amazonas localizado. O acesso ao município a partir da capital se dá por via aérea ou fluvial, em geral o tempo de voo é uma hora e por via fluvial utilizando lanchas conhecidas como expressos o tempo é aproximadamente oito horas no trajeto Manaus-Coari e sete horas no trajeto Coari-Manaus, a diferença se dá em virtude do retorno à capital ser seguindo o fluxo do rio.

A saúde do município está estruturada no momento com foco na atenção básica, durante o primeiro mês das atividades o trabalho foi realizado no hospital do município em virtude das unidades de saúde básica estarem em obras.

Temos 10 unidades de saúde básica em funcionamento cada uma com uma equipe de ESF, uma policlínica, aonde são realizados atendimentos com especialistas: ginecologia, oftalmologia, cardiologia e reumatologia, além de ser feito ultrassonografias, temos o hospital geral do município, que funciona também como um serviço de pronto atendimento e maternidade, além de ter atendimentos especializado em pediatria, ortopedia e cirurgia geral. Ainda contamos com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um laboratório central e um centro especializado em doenças tropicais, com atendimento com infectologista.

A unidade em que realizo as atividades chama-se Dona Luzia Tenório Ramos, localizada no bairro de Santa Helena, com uma população de 8404. É uma unidade localizada em zona urbana. Temos 2 médicos, sendo um pertencente à ESF e outro do PROVAB, um odontólogo, uma enfermeira, 11 agentes comunitários de saúde no momento, 2 técnicas de enfermagem, 2 vacinadoras.

A estrutura física da unidade é boa com salas climatizadas que são assim distribuídas: uma sala para realização de medicações e inalações, uma farmácia, um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala para odontologia, uma sala para microscopia, na qual é dividida com o atendimento médico e realização de gota espessa por um microscopista, uma sala para os ACS, uma dispensa, uma cozinha, uma área para triagem, recepção e dois banheiros, além de uma sala externamente para realização das vacinas.

No entanto, temos uma estrutura que peca em não ter as normas do Ministério da Saúde (MS) atendidas, pois temos banheiros com tamanho reduzido, sem corrimões e fechaduras inadequadas, os corredores têm o tamanho mínimo de 1,2m, porém, o fluxo de pessoas intenso dificulta uma mobilidade adequada, não há abrigos de resíduos, os consultórios não tem banheiro interno, não há banheiro destinado aos funcionários, as paredes não são de fácil limpeza e não há almoxarifado.

As medicações para os usuários são retirados na própria unidade, caso não tenha este deve ser retirado em uma farmácia central do município ou farmácia popular, porém muitas vezes estamos nos deparando com usuários que deixam de tomar a medicação se está não tem no posto, o que entra na questão do engajamento público da saúde, conforme o estudado, ou seja, a população necessita participar desse processo de saúde e de acordo com a carta dos usuários do SUS deve também efetuar o tratamento prescrito de forma integral, dentro da unidade estamos trabalhando para que semanalmente seja repostas as medicações mais utilizadas até o momento não conseguimos.

O sistema de manutenção dos instrumentais usados ainda está bastante deficiente, seja em relação aos números de kits para os



procedimentos odontológicos, quanto para gavetas para as mesas dos consultórios, sonares e equipamentos devidamente calibrados (esfigmomanômetros e balança).

As vacinas são realizadas em primazia com a reposição realizada de forma satisfatória sendo capaz de imunizar toda população que se dispõe a ser vacinada. Os testes diagnósticos são realizados em um laboratório central e até o momento não é feito dosagens hormonais pela rede pública.

Os exames de imagem disponíveis são: radiografia e ultrassonografia, o primeiro é realizado no hospital regional local e o segundo na policlínica da cidade conforme mencionado anteriormente, a qualidade das radiografias não é boa e muitas vezes as técnicas de realização não são respeitadas, como uso de vestimentas para realização do exame. Não dispomos de tomografia, ressonância ou mamografia.

Em nossa unidade a distribuição da população por sexo é muito semelhante com a base da distribuição brasileira, porém, no nosso território temos um número de lactentes e escolares é um pouco maior do que o observado na base de distribuição brasileira, tomando como referência a ficha de produção mensal da unidade.

O programa de prevenção ao Câncer do Colo do Útero dentro da unidade ocorre através da coleta de exames preventivos pela enfermeira que faz em três períodos da semana. A cobertura encontra-se muito deficiente, refletindo uma carência na realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e demais estratégias na região, por isso é o câncer de maior incidência na população do Norte do país. Há carência de patologistas para análise das lâminas e até mesmo de insumos para realização da coleta.

Na questão prevenção do Câncer de Mama, em geral, na unidade, são realizados os exames físico, orientação sobre o auto-exame, ecografia mamária, porém, em relação ao exame de imagem mais validado, mamografia, existe uma carência no município.

As informações a respeito da Saúde do Idoso são registradas no prontuário médico sendo documentadas informações importantes como a presença de doenças crônicas como a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM). Ainda, para aqueles idosos que por terem hipertensão e/ou diabetes participam do programa voltado a usuários hipertensos e/ou diabéticos, esses possuem a carteirinha do referido programa como documento para a transcrição dos resultados das medições de circunferência abdominal, peso, níveis de pressão, medicação em uso e glicemia capilar, entretanto, ainda existe uma deficiência quanto ao serviço de saúde direcionado a esses usuários.

Culturalmente, os idosos preferem medidas não farmacológicas recomendadas por terceiros como amigos, familiares e vizinhos; assim, a unidade tende a ser procurada quando não houve resolução de alguma queixa. Dessa forma, a fim de incrementar a qualidade do serviço, podemos pensar em alimentação saudável, hábitos de atividade física regular, avaliação da fragilidade do idoso como tens fundamentais que merecem uma maior atenção, sendo necessário envolver o usuário, familiares, trabalhadores de saúde e ACS.

Também a atenção à saúde do idoso poderia ser melhorada através de atividades preventivas por um educador físico, realização periódica de visita domiciliar por uma nutricionista, manutenção de medicamentos na unidade que favoreçam o abastecimento das necessidades e por meio de um engajamento do idoso em atividades dentro da comunidade visto que são pessoas muito sabias.

A atenção primária a Saúde da Criança é um dos pré-requisitos para um país aspirar condições de desenvolvido, pois é somente realizando ações que promovam o perfeito desenvolvimento desta criança, seja em nível cognitivo e/ou de crescimento. Analisando os resultados obtidos, podemos verificar que existe uma cobertura baixa e que alguns serviços estão precários como saúde bucal e triagem auditiva. A fim de melhorar, uma possível ação seria o

agendamento de consultas pelo próprio ACS para acompanhamento médico, pois, existe uma convivência que pode facilitar a interação.

Quanto aos hipertensos e/ou diabéticos que são atendidos na unidade, foi possível observar que a qualidade do serviço pode ser melhorada, pois, ainda há uma deficiência em relação aos exames físico, complementares e à saúde bucal, havendo necessidade de aperfeiçoamento da atenção a esses usuários. Dentre as possíveis melhorias, destacam-se a realização de consultas de rotina com anamnese detalhada, exame físico com observação da qualidade da cobertura vascular dos membros, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, alterações de pigmentação cutânea, por exemplo. Assim como um maior número de exames de fundo de olho dos usuários diabéticos prevenindo-se oftalmopatias e dosagens de uréia/creatinina para observação de injúria renal.

O acompanhamento do Pré-Natal e Puerpério na unidade tem um dia em especial, terças-feiras, no entanto, caso apareça alguma gestante durante algum outro dia da semana essa também é atendida e orientada nas consultas subsequentes presentes no programa. Em relação aos dados, a cobertura deve aumentar bem como a qualidade de atividades como exames laboratoriais obrigatórios no primeiro trimestre e avaliação odontológica. O aleitamento materno exclusivo é incentivado em todas as consultas e reforçado no puerpério.

Em virtude da realidade local, inclui-se o exame parasitológico de fezes na rotina, apesar de não ser preconizado de rotina pelo MS. Um outro ponto a ser melhorado seria uma dificuldade em realizar o teste de tolerância oral à glicose entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana de gestação, especificamente, quando a glicemia de jejum está alterada a partir de 85mg/dl, o que pode influenciar no diagnóstico de diabetes.

Em linhas gerais, a saúde do município pode ser melhorada por meio de uma rede interligada entre as UBS, hospital e policlínica através de uma pactuação entre os gestores locais bem como a atuação efetiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

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

Ao considerar a realização da Análise Situacional, foi possível conhecer de forma mais profunda a realidade da unidade de saúde podendo-se verificar algumas necessidades como busca ativa de usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e idosos e aporte de fármacos, uma vez que, medicamentos como anti-hipertensivos, antiparasitários e antitêrmicos não conseguem atender adequadamente a população, sendo essencial o controle e a reposição constantes.

Também fica evidente que nem todas as ações programáticas seguem as recomendações do MS, não atingindo, assim, uma cobertura adequada à realidade da área de abrangência e qualidade no serviço de saúde, sendo fundamental que haja uma atualização da equipe a fim de que se planejem estratégias para atender a população de acordo com as necessidades, estimulando-se, ainda, uma corresponsabilização e sensibilização dos gestores.

## 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

### 2.1 Justificativa

O *Diabetes Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estão associadas a um aumento da morbi-mortalidade cardiovascular, encefálica, coronariana, renal e vascular periférica (VIANA, RODRIGUES, 2011; BARRETO, MARCON, 2013), o que sinaliza a necessidade de estratégias de prevenção e de controle na Atenção Básica (AB).

Baseado na premissa de que a DM e a HAS são doenças crônicas não-transmissíveis de elevada incidência e prevalência (BARROS *et al.* 2011), o Ministério da Saúde (MS) elaborou o HIPERDIA, caracterizado como um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao *Diabetes Mellitus* (DM), com o propósito de gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular (FILHA, NOGUEIRA, VIANA, 2011), que auxiliem tanto em nível de gestão quanto os profissionais.

Sendo assim, a intervenção se justifica pelo perfil dos usuários apresentado na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari, Amazonas, em que segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são estimados 47 usuários com DM e 164 indivíduos com HAS.

Ademais, indicadores relacionados à qualidade do serviço de saúde como 15% da cobertura dos hipertensos e com 27% destes com avaliação bucal em dia associado a 15% da cobertura dos diabéticos e com 43% destes com avaliação da saúde bucal em dia instigam a um maior aprofundamento do programa voltado aos usuários na unidade de saúde, com o envolvimento de todos os profissionais, gestão e comunidade.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção em saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos assistidos na UBS Dona Luzia Tenório Ramos em Coari, Amazonas.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

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

### 2.2.3 Metas

Para o objetivo de ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, as metas são:

1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde;
2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes Mellitus* da unidade de saúde.

Para o objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa, as metas são:

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

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

Para o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade, as metas são:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Para o objetivo de melhorar registros das informações, as metas são:

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, as metas são:

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o objetivo de promoção da saúde, as metas são:

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos;
16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos;
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos;
20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações

Para o Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

**Metas 1 e 2:** ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos em 100% e diabéticos em 100%, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários cadastrados no programa através de revisão das fichas-espelho e dos prontuários.
2. Organização e gestão do serviço: Cadastrar a população de usuários da área adstrita na ficha-espelho disponibilizada pelo curso (Anexo C) pelos



ACS e técnicos de enfermagem. Priorizar o atendimento a esses usuários, buscando agendá-los, embora, seja possível a livre demanda.

3. Engajamento público: Informar a comunidade sobre o programa do HIPERDIA e quais os seus benefícios com palestras e de forma individual, sendo que, tais ações serão realizadas pelo médico e equipe da enfermagem. Confeccionar cartazes e folders informativos sobre o funcionamento do programa e temas importantes associados como alimentação saudável.

4. Qualificação da prática clínica: Realização de palestras/reuniões, pelos médicos e enfermeiros, para capacitar a equipe no acolhimento do usuário hipertenso e/ou diabético para padronização das ações na unidade conforme os protocolos utilizados para a intervenção os Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) (Anexo A) e *Diabetes Mellitus* (nº 36) (Anexo B) do MS (2013).

Para o Objetivo 2 - Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa:

**Metas 3 e 4:** buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar a periodicidade das consultas, através de revisão dos prontuários e agenda de consultas. Ação realizada pelo médico e equipe de enfermagem.

2. Organização e gestão do serviço: Organizar as visitas domiciliares com a equipe para busca de faltosos, que serão identificados através da revisão periódica da agenda. Ação realizada pelos ACS.

Organizar a agenda para acomodar os faltosos após a busca. Ação realizada pela recepcionista e equipe de enfermagem.

3. Engajamento público: Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento durante o acolhimento, para aplicar as melhorias viáveis.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe, por meio de orientações, para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento e do acompanhamento na unidade.

Capacitar os ACS para realização de busca ativa aos usuários faltosos ao programa, instruindo-os qual deve ser a periodicidade para identificar tais usuários e quais necessitam de retorno com mais urgência.

Para o Objetivo 3 - Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade de saúde:

**Metas 5 a 10:** realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a periodicidade e realização dos exames nas consultas, através de revisão dos prontuários e agenda de consultas. Ação realizada pelo médico e equipe de enfermagem.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir material adequado para realização de exame físico.

Ter versão atualizada dos protocolos da intervenção e disponível no serviço para que todos possam consultá-los, bem como o Escore de Risco Cardiovascular de *Framingham*, suas interpretações em local de fácil acesso para equipe e a lista de medicamentos disponível na unidade.

**3. Engajamento público:** Compartilhar com os usuários e familiares a necessidade de acompanhamento periódico na unidade, envolvendo, tanto exames clínicos quanto complementares para verificar a evolução das condições clínicas. Estimular a busca por Saúde Bucal como integrante da atenção ao hipertenso e diabético.

**4. Qualificação da prática clínica:** Fazer treinamento da equipe acerca das avaliações relacionadas à HAS e ao DM, padronizando, assim, as ações na unidade.

Para o Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

**Metas 11 e 12:** manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde; serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos dos usuários na unidade de saúde. Ação desenvolvida em conjunto: médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS. Estabelecer com a equipe uma revisão periódica dos mesmos.

2. Organização e gestão do serviço: Preencher o SIAB e a ficha-espelho com os dados fornecidos pelos profissionais envolvidos na revisão. Pactuar com a equipe o registro das informações em todas as consultas, durante as reuniões.

3. Engajamento público: Orientar a comunidade através de cartazes informativos disponibilizados na unidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via.

4. Qualificação da prática clínica: Treinar a equipe, por meio de reuniões dirigidas pelo médico e enfermeira, ao correto preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário na unidade de saúde e a periodicidade com que o mesmo deve ser atualizado.

Para o Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

**Metas 13 e 14:** realizar avaliação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários de alto risco cardiovascular, sendo identificados com vistas a um acompanhamento

periódico na unidade. Estes serão identificados pelo médico e enfermagem e monitorados pelos ACS.

2. Organização e gestão do serviço: Dar prioridade no atendimento aos usuários identificados como de alto risco cardiovascular, utilizando-se um marcação colorida na ficha-espelho para facilitar a identificação, a ser realizada pelo médico e enfermeira.

3. Engajamento público: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para distúrbios cardiovasculares, de forma verbal durante as consultas médicas e de enfermagem.

4. Qualificação da prática clínica: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, por meio de palestras e fornecimento de material didático, sendo a realização da mesma alternada entre médico e enfermeira. Considerando-se ainda que a avaliação do risco cardiovascular depende de exames complementares.

Para o Objetivo 6 – Promoção da saúde:

**Metas 15 a 22:** garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos; serão necessárias as ações de:

1. Monitoramento e avaliação: Monitorar de forma periódica o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, a ser realizada pelo médico e equipe de enfermagem.

2. Organização e gestão do serviço: Orientar de forma individual, durante consulta médica/enfermagem informações sobre alimentação saudável, atividade física regular e risco do tabagismo. Também, será utilizada a sala de espera da unidade para a realização de orientações coletivas por meio de cartazes coloridos com imagens de revistas.

3. Engajamento público: Orientar a comunidade sobre as orientações referentes à Promoção de Saúde por meio de conversas individuais e coletivas, a ser realizada pelo médico bem como prevê-se a utilização de uma escola pública próximo à área de abrangência a fim de promover saúde aos pais/familiares de crianças.

4. Qualificação da prática clínica: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional, atividade física regular e efeitos deletérios do tabagismo, a ser realizada pelo médico e equipe de enfermagem.

5. Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização dos exames clínicos, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos aos hipertensos e/ou diabéticos através da revisão de prontuários e fichas-espelho, a ser realizado por médico e equipe de enfermagem. Averiguar a realização de avaliação bucal por meio das fichas odontológicas junto à odontóloga.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores são os principais parâmetros para avaliar regularmente condições de saúde em uma área geográfica e em períodos delimitados. São eles:

**OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos**

Meta 1. Ampliar a cobertura da atenção ao hipertenso em 100%;

Indicador 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2. Ampliar a cobertura da atenção ao diabético em 100%.

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

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

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

Meta 4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

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

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

OBJETIVO 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade de saúde

Meta 5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

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

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

Meta 9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

#### OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

Meta 11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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



Meta 13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Meta 14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Meta 15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos.

Indicador 15. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação odontológica.

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

Meta 16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos.

Indicador 16. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação odontológica.

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

**OBJETIVO 6: PROMOÇÃO EM SAÚDE**

Meta 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Meta 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Meta 19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

Meta 20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para intervenção vamos adotar como referências os Cadernos de Atenção Básica – Hipertensão arterial sistêmica (Anexo A) *Diabetes Mellitus* (Anexo B) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), bem como artigos científicos disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BIVS) no site *bvsms.saude.gov.br*.

Utilizaremos como fonte de dados, informações advindas dos prontuários dos usuários, caderneta do programa a fim de maior embasamento frente a questões como tempo de diagnóstico e últimos exames laboratoriais.

Faremos contato com o gestor municipal para suprir a demanda das fichas de acompanhamento ou cadernetas específicas aos usuários hipertensos/diabéticos bem como as fichas-espelho, solicitando 200 unidades de cada.

Para organizar a intervenção na unidade, prevê-se o dia de quinta-feira, nos dois turnos, embora, também serão atendidos usuários hipertensos e/ou diabéticos por livre demanda.

Para fins de registro do programa em relação aos usuários, serão utilizados os instrumentos disponibilizados pelo curso, ficha-espelho (Anexo C) e planilha de coleta de dados (Anexo D) que serão preenchidos e verificados pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Também com o propósito de monitorar a intervenção, o médico realizará uma revisão desses instrumentos quinzenalmente.

A análise situacional e a definição de um foco de intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com uma capacitação dos membros da equipe realizada pelo médico direcionada à revisão dos Cadernos de Atenção Básica a fim de padronizar as atividades. A seguir será abordado com os ACS a importância de busca ativa dos hipertensos e diabéticos que se encontram ausentes do programa, sendo que, tal atividade será possibilitada por uma revisão das fichas-espelho e planilhas que será realizada por técnica de enfermagem e médico.

O acolhimento será realizado pela equipe de recepção e ACS inicialmente bem como durante as consultas individuais realizadas pelo médico e enfermeira. Além disso, procurar-se-á acolher e informar os usuários sobre temas pertinentes como alimentação saudável, efeitos deletérios do tabagismo, necessidade de manter um acompanhamento regular na unidade, uso correto de medicações e atividade física regular em palestras e se possível, em uma





### 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

A intervenção ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Luzia Tenório Ramos, Coari / Amazonas por meio da implementação do programa voltado a usuários hipertensos e/ou diabéticos entre novembro de 2013 e janeiro de 2014 a partir da AS em concordância com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que estimava 47 usuários com DM e 164 indivíduos com HAS.

Ademais, a escolha desse foco de intervenção baseou-se em possíveis complicações associadas ao *Diabetes Mellitus* (DM) e à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como danos cardiovasculares, encefálicos e renais, o que sinaliza a necessidade de estratégias de prevenção e de controle na Atenção Básica (AB).

Entretanto, primeiramente, antes de descrever a intervenção, faz-se necessário tecer algumas considerações: houve um atraso na confecção do projeto e início da ação devido às dúvidas e aos desafios acerca do alcance ou não das metas propostas; por um momento, pensou-se em uma troca de foco, para o Pré-Natal e Puerpério, todavia, após diálogo e amparo junto à orientadora, permaneci por esse caminho já trilhado, uma vez que, compreendi que o principal objetivo se direcionava a melhorar a cobertura e o serviço de saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Baseado nessas premissas, o relatório de intervenção versa sobre a intervenção que durou três meses, se abordando os seguintes tópicos:

#### **3.1 - Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

- Qualificação da prática clínica através de palestras para os trabalhadores da unidade sobre os mecanismos de fisiopatologia das doenças a serem abordadas na intervenção, a HAS e o DM. Para fins de padronização,

se utilizou como referências os “Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013);

- Por meio da intervenção foi possível realizar um mapeamento da atual situação da população adscrita à UBS;

- Atividades educativas em saúde voltadas à comunidade foram realizadas no *hall* da unidade e em escola estadual próximo à mesma com temas referentes ao foco de intervenção, como o uso correto das medicações, alimentação saudável e prática regular de atividades físicas;

- Também, para fins de promoção da educação em saúde, houve a distribuição de revistas e brinquedos para crianças na unidade, solicitando que recortassem figuras de frutas e alimentos saudáveis, bem como houvesse a multiplicação dessa ação nos domicílios, buscando envolver familiares/responsáveis. Após, durante as visitas domiciliares seguintes, verificou-se que as imagens produzidas pelas crianças estavam à disposição dos moradores, estimulando-se, por consequência, o empoderamento;

- Melhora na qualidade dos serviços de saúde, expressos pela atuação de uma equipe do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) que realizou aconselhamento nutricional e elaboração de dietas específicas para cada um dos usuários acompanhados na intervenção, inclusive, participaram de visitas domiciliares, envolvendo assim, indivíduos que não podiam se deslocar à unidade.

Também, acadêmicos do Curso de Biotecnologia, da mesma instituição de ensino superior, realizaram tipagem sanguínea e fator Rh dos usuários que participavam do programa direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos;

- Em relação aos serviços, a distribuição de fármacos não se mostrou uma atividade realizada de forma integral, já que, a reposição não ocorria em uma relação proporcional; bem como, devido à distância e às condições socioeconômicas, alguns usuários não se deslocavam nem à UBS nem à



Farmácia Popular do município para adesão à terapia farmacológica, o que pode ter interferido na conduta terapêutica. Para fins de resolutividade, contatou-se a gestão local solicitando suprimento mensal dos principais medicamentos para o controle da HAS e do DM;

- A Saúde Bucal (SB) se constitui uma atividade parcial na unidade em decorrência de alteração na equipe de trabalhadores de saúde, uma vez que, inicialmente, havia a interação com a odontóloga que realizava sua avaliação, todavia, após ser realocada, houve a inserção de um novo profissional, que não se mostrou cooperativo para com a intervenção;

Outra possível justificativa para a débil SB se encontrou na disponibilidade de materiais e insumos odontológicos, pois, havia uma restrição do número de kits, que foram prioritariamente direcionados a crianças, adolescentes e adultos jovens, em detrimento dos usuários cujas faixas etárias vão ao encontro da HAS e/ou do DM.

A fim de minimizar a pouca colaboração do dentista na intervenção, inseri na anamnese médica questões voltadas à Odontologia como frequência de escovações, dor dentária, presença de próteses, além de exame da cavidade oral, porém, em termos de conhecimento específico, acredito que o ideal seria a interação com o profissional dentista sob o prisma da interdisciplinaridade;

- Busca ativa dos ACS preconizando-se uma divulgação ampla aos usuários sobre o programa na unidade. Contudo, devido ao *status* político instável do município, houve realocações e demissões desses funcionários na UBS, destacando-se a demissão de uma das ACS mais antigas e com perfil participativo e batalhador, o que pode ter gerado um impacto negativo sobre a atividade da busca ativa, no decorrer da intervenção, possivelmente pela desmotivação e temor advindo de mudanças organizacionais e políticas.

### **3.2- Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.**

- Previamente à intervenção, buscou-se conhecer a Planilha de Coleta de Dados, aprendendo-se a manejá-la por meio de simulações, já que, por não ter experiência com planilhas, houve uma certa dificuldade de compreensão, porém, à medida que a intervenção avançava e as planilhas eram alimentadas por meio dos dados oriundos das fichas-espelho, foi possível um maior aprofundamento.

### **3.3 - Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.**

- Em termos de *status* político, houve a troca de secretário de saúde na última semana de intervenção, o que poderia dificultar o trabalho já articulado, especialmente em relação à solicitação de medicamentos para a farmácia da unidade.

- Ao mesmo tempo, houve uma reunião com o novo coordenador da AB no município em que foi repassado um panorama geral da intervenção, bem como, o mesmo se mostrou cooperativo e parece ter compreendido a importância do programa, sinalizando que, buscará manter e/ou aumentar a qualidade do serviço mesmo estimulará o treinamento e/ou atualização da equipe.

- Assim, acredito que a intervenção, dadas as peculiaridades de uma ação no interior da região amazônica, constitui-se um desafio distinto às demais regiões do país, todavia, pode ser incorporada à unidade através de investimentos em nível de infraestrutura, qualificação dos trabalhadores de saúde, estímulo ao engajamento público, disponibilidade de materiais e insumos.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo implementar o programa direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que residissem na área de cobertura da UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari - Amazonas.

Abaixo constam os objetivos, metas, indicadores e seus respectivos resultados, destacando-se que se optou pela não visualização de gráficos cujos resultados apontaram os percentuais de 100% em virtude de sua função puramente ilustrativa.

**1. OBJETIVO:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

**META 1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos inscritos no programa da unidade de saúde.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** De acordo com o SIAB foram estimados 164 hipertensos para a área de abrangência da unidade. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 56 usuários (34,1%), 87 (53%) no segundo mês e no terceiro mês 105 usuários (64%) (Figura 1).

Não foi possível atingir a meta em virtude de que durante a intervenção houve mudanças no processo de trabalho na unidade através de remanejamento e/ou demissão de ACS bem no início do programa o foco prioritário de membros da equipe estava voltado a tarefas administrativas.

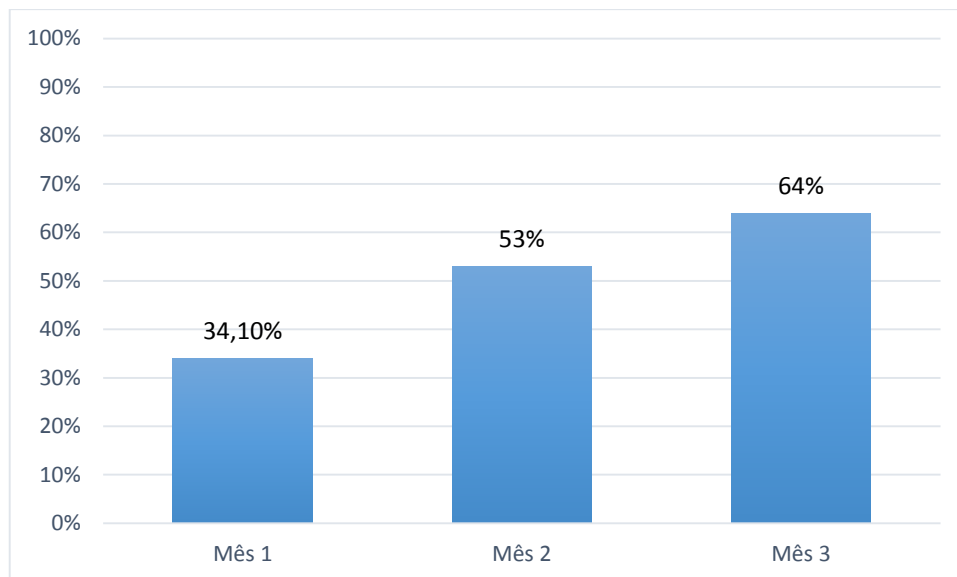


Figura 1: Proporção de hipertensos inscritos no programa da unidade de saúde. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos inscritos no programa da unidade de saúde.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Conforme as projeções do SIAB foram estimados 47 diabéticos para a área de abrangência da unidade. Dessa forma, atingiram-se no primeiro mês de intervenção 18 usuários (38,3%), seguido de 25 (53,2%) no segundo mês e no terceiro mês 28 usuários (59,6%) (Figura 2).

Não foi possível atingir a meta devido a questões organizacionais e de recursos humanos como demissão de trabalhadores de saúde da unidade, assim como, inicialmente, os profissionais atuavam primariamente em questões administrativas como registro de fármacos, por exemplo.

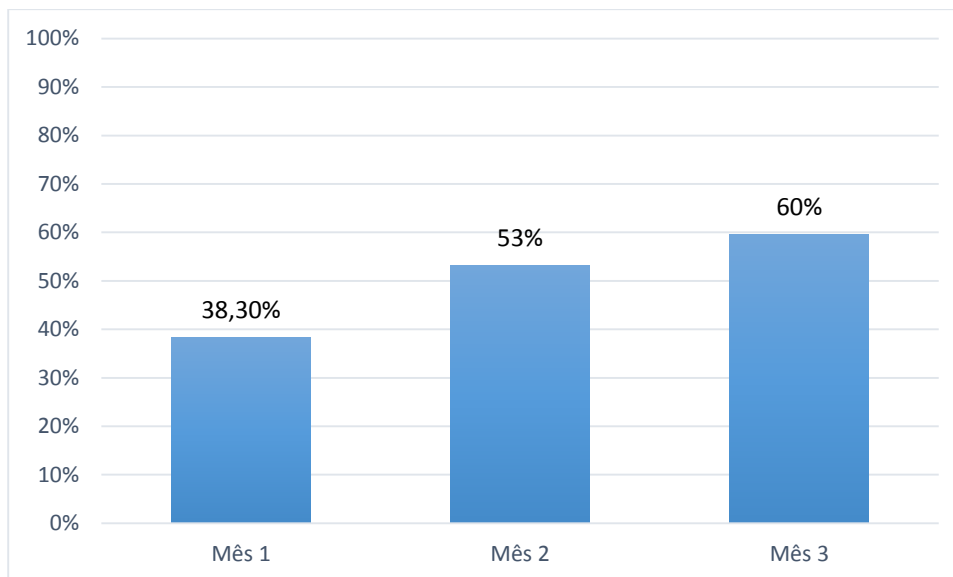


Figura 2: Proporção de diabéticos inscritos no programa da unidade de saúde. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**2. OBJETIVO:** Melhorar a adesão do hipertenso e diabético ao programa HIPERDIA.

**META 3:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

**INDICADOR:** Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade básica faltosos à última consulta.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Ao longo da intervenção foram atingidos, no primeiro, segundo e terceiro meses, respectivamente, 11 usuários (91,7%), 14 (93,3%) e 20 (95,2%) (Figura 3).

**META 4:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**INDICADOR:** Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade básica faltosos à última consulta.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Alcançou-se no primeiro mês 1 usuário (50%), aumentando para 2 (66,7%) no segundo mês e 3 no terceiro mês (75%) (Figura 4).

Não foi possível alcançar as metas estipuladas, possivelmente, em decorrência das mudanças no quadro de profissionais, todavia, os resultados evidenciam que, mesmo com a situação vivenciada na unidade de saúde, que a maioria dos ACS se mostrou cooperativa na realização dessa função cuja regularidade propicia o monitoramento dos possíveis tratamentos medicamentoso e dietético.

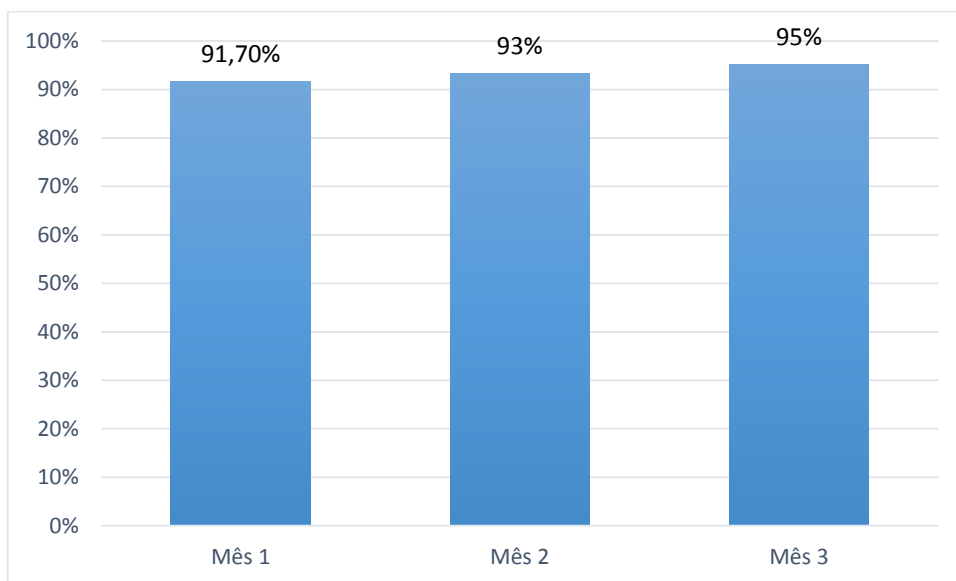


Figura 3: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade básica faltosos à última consulta. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

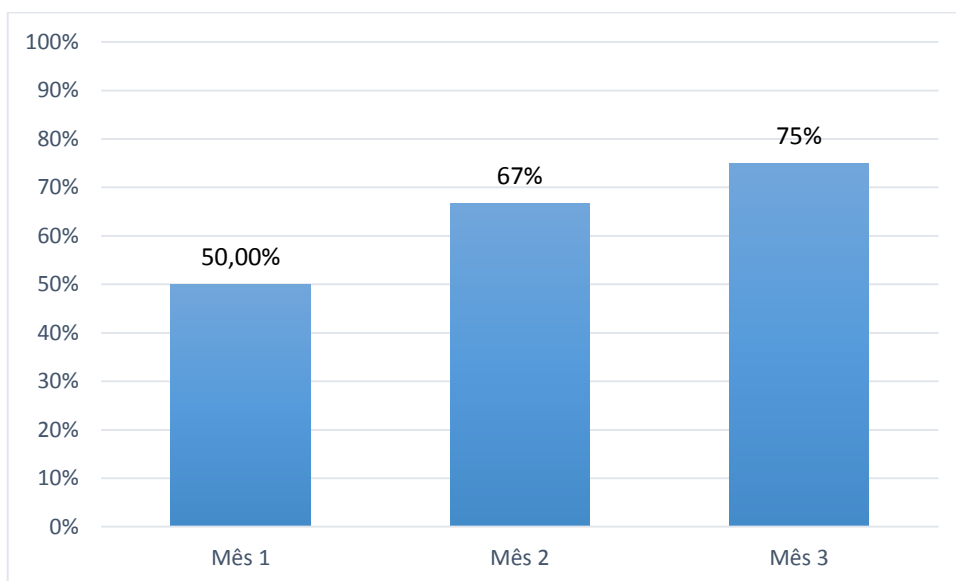


Figura 4: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade básica faltosos à última consulta. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**3. OBJETIVO:** Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético na unidade.

**META 5:** Realizar exame clínico apropriado para 100% dos hipertensos na unidade.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com exame clínico em dia.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Foi possível atingir a meta proposta, uma vez que, no decorrer da intervenção foram atendidos 44 usuários (78,6%), 74 (85,1%) e 90 (85,7%), nos meses sequenciais (Figura 5).

Como possíveis justificativas para o não alcance da meta se citam questões de infraestrutura, já que, na unidade, havia dois médicos e apenas um consultório com maca e espaço físico; dessa forma, houve um revezamento na utilização dessa sala, o que pode ter influenciado na realização do exame clínico para todos os usuários. Deve-se ressaltar ainda que a meta não tenha sido atingida, essa atividade buscou envolver a equipe de enfermagem objetivando-se a uma qualificação profissional e para torná-la rotina.

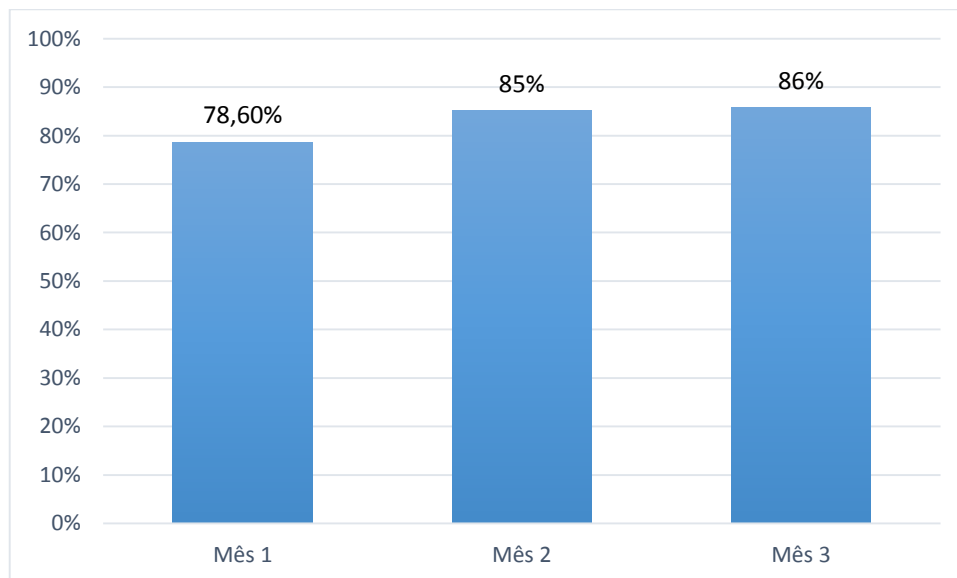


Figura 5: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 6:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com exames complementares atualizados.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Em relação aos exames complementares no primeiro mês de intervenção se atingiram 41 usuários (73,2%), aumentando para 69 (79,3%) no segundo mês e no último mês 85 (81%) (Figura 6).

Infelizmente, não foi possível atingir a meta proposta possivelmente devido ao laboratório vinculado ao SUS apresentar uma elevada demanda, dificuldade geográfica relativa à distância entre a unidade e o (s) laboratório (s) que foi sinalizado por alguns usuários nas consultas bem como em decorrência de que nem todos os usuários que possuem os resultados os levarem aos atendimentos, o que pode gerar impacto sobre a atualização e o acompanhamento dos mesmos frente aos processos de doença.

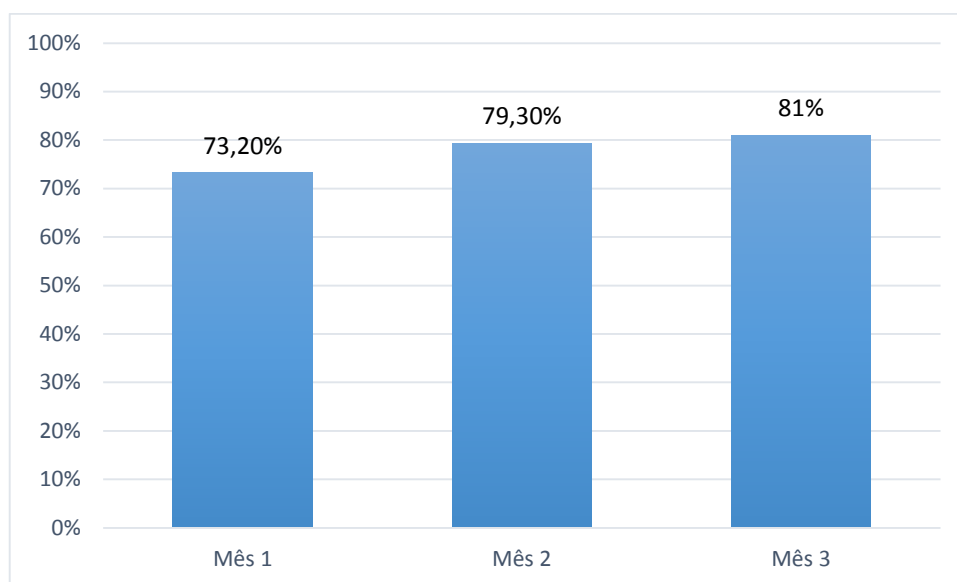


Figura 6: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 7:** Realizar exame clínico apropriado para 100% dos diabéticos na unidade.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com exame clínico em dia.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Alcançou-se no primeiro mês de intervenção 16 usuários (88,9%) seguido de 23 (92%) e de 26 (92,9%), respectivamente, segundo e terceiro meses (Figura 7).



Como possíveis justificativas para o não alcance da meta se citam questões de infraestrutura, mencionadas anteriormente; havendo, todavia, necessidade de maior ênfase frente à avaliação, tanto pelos profissionais médicos quanto do corpo da enfermagem. Dessa forma, buscou-se um trabalho coletivo entre os membros da equipe a fim de melhorar essa atividade no serviço de saúde da unidade.

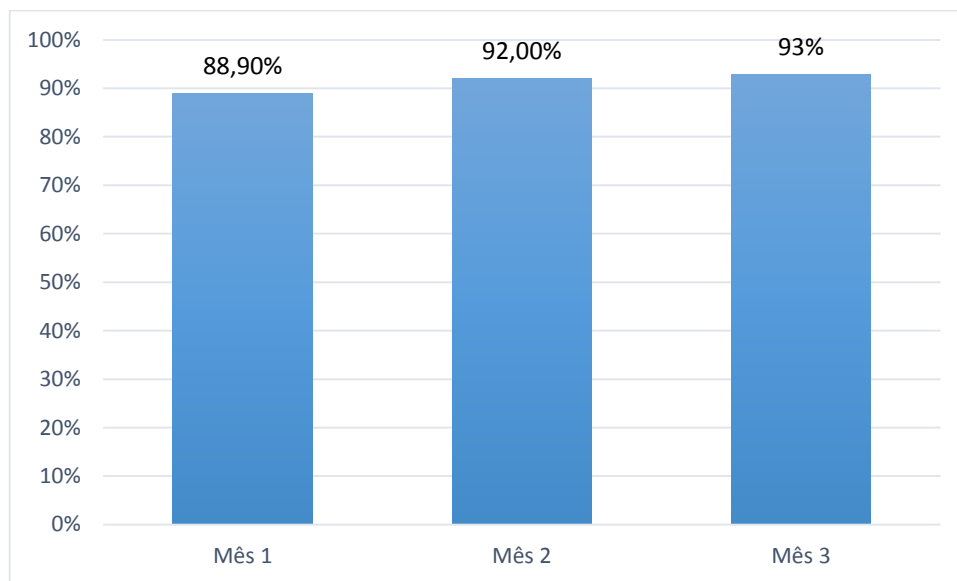


Figura 7: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 8:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No primeiro mês de intervenção conseguiu-se realizar exames complementares em 15 usuários (83,3%), aumentando para 21 (84%) no segundo mês e no último mês 24 (85,7%) (Figura 8).

De forma similar aos resultados dos exames complementares referentes aos hipertensos, não foi possível atingir a meta possivelmente pelas justificativas mencionadas previamente como distância geográfica da unidade de saúde ao laboratório público, interferindo, assim, na busca de resultados e pelas demandas laboratoriais.

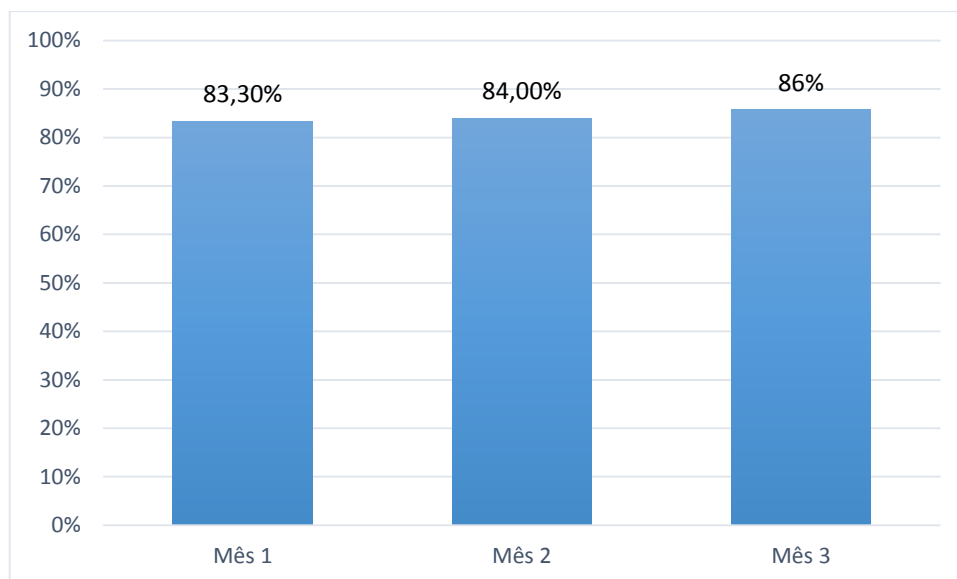


Figura 8: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 9:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Alcançaram-se no primeiro mês de intervenção 56 usuários (100%), seguido de 87 (100%) e 105 (100%), no segundo e terceiro meses, respectivamente.

**META 10:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Atingiram-se no primeiro mês de intervenção 18 usuários (100%), seguido de 25 (100%) e 28 (100%), no segundo e terceiro meses, respectivamente.

Para ambas as condições clínicas, foi possível atingir as metas em decorrência de que todas as prescrições na UBS se basearam nas recomendações do MS; entretanto, destaca-se que, infelizmente, nem sempre

os usuários receberam seus medicamentos em virtude da escassez na unidade, indicando uma não sinergia entre a solicitação médica e a disponibilidade de fármacos na unidade de saúde.

#### **4. OBJETIVO:** Melhorar o registro das informações.

**META 11:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos na unidade.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com registro adequado.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Durante a intervenção alcançaram-se 44 usuários (78,6%) no primeiro mês, seguido de 74 (85,1%) no segundo e no último mês 91 (86,7%) (Figura 9).

**META 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos na unidade.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com registro adequado.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No primeiro mês foram registrados 16 usuários (88,9%), seguido de 23 (92%) no segundo mês e no último mês 26 (92,9%) (Figura 10).

Em ambas as condições clínicas não foi possível atingir a meta estipulada, tendo como justificativas uma transição política no município que gerou, possivelmente, a realização parcial dessa atividade na unidade de saúde, ressalta-se ainda que previamente na AS observou-se uma precariedade quanto ao registro das atividades que pode ter influenciado especialmente no primeiro mês na intervenção.

Diante dos resultados e da importância de documentar as atividades realizadas na UBS, sugere-se a necessidade de organizar e sistematizar os registros, uma vez que, tal ação permite um controle do processo de trabalho, por exemplo, bem como possibilita a reflexão e a tomada de decisões em relação às demandas.

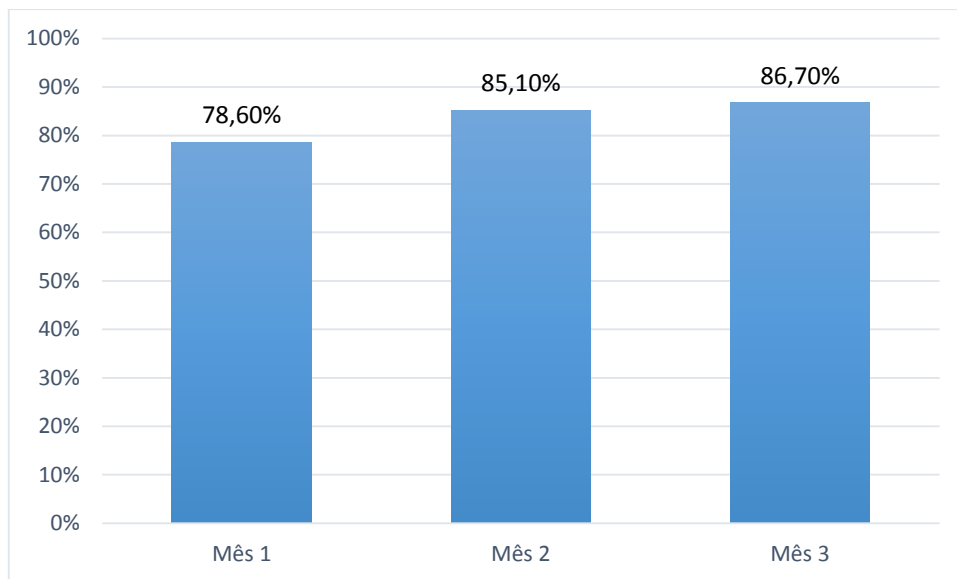


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

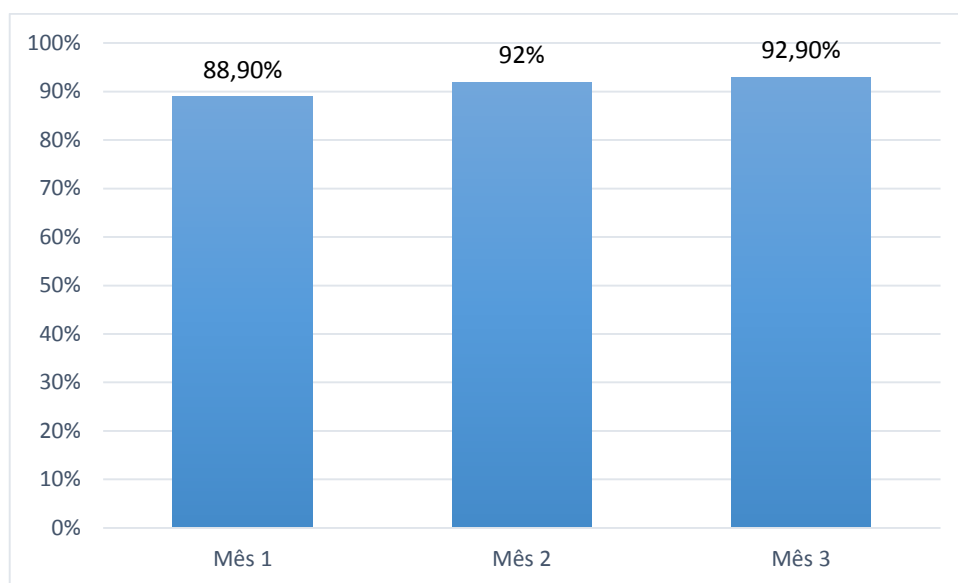


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

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

**META 13:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No decorrer da intervenção, foram realizados 41 estratificações (73,2%) no primeiro mês, seguido de 69 (79,3%) e 85 (81%), respectivamente, primeiro, segundo e terceiro meses (Figura 11).

**META 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No primeiro mês de intervenção atingiram-se 14 usuários (77,8%), seguido de 21 (84%) e 24 (85,7%), nos meses sequenciais (Figura 12).

Não foi possível alcançar as metas propostas, possivelmente, em decorrência do não acesso aos resultados de exames complementares como colesterol total, triglicerídeos e glicose, uma vez que, a estratificação do risco cardiovascular depende da interação entre as variáveis sexo, idade, pressão arterial e exames laboratoriais (SAMPAIO, MELO, WANDERLEY, 2010), corroborando com os resultados encontrados acerca dos exames complementares em que se atingiu cerca de 80% dos usuários hipertensos e diabéticos foram considerados em dia de acordo com os protocolos.

Preconiza-se, assim, que a estratificação seja incorporada na UBS pelos trabalhadores de saúde, tanto da Medicina quanto da Enfermagem, pois, de acordo com Oliveira et al., (2007) o escore de Framingham possibilita a introdução de rastreamento mais rigoroso e terapias mais agressivas como forma de prevenção de eventos coronarianos futuros.

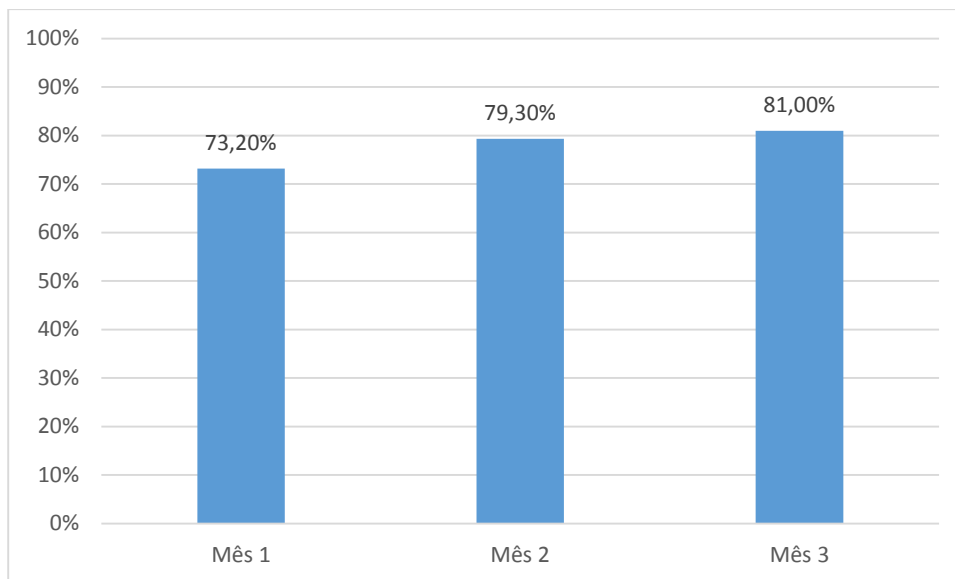


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

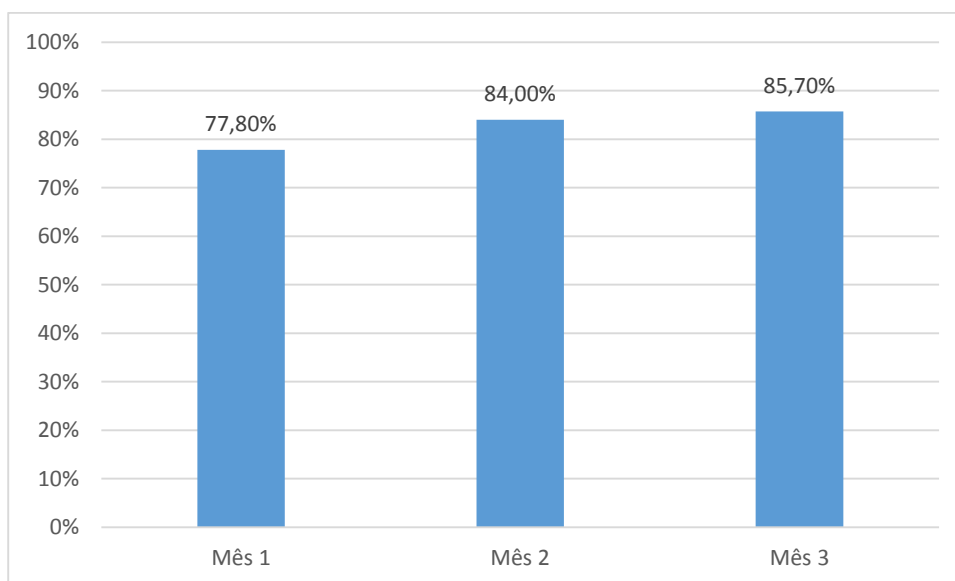


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular atendidos na unidade. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**6. OBJETIVO:** Promover a saúde.

**META 15:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Durante a intervenção, alcançaram-se apenas no primeiro mês 8 usuários (14,3%), seguido de 8 (9,2%) e 8 (7,6%), no segundo e terceiro meses, respectivamente (Figura 13).

**META 16:** Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Foi possível alcançar no primeiro mês de intervenção apenas 2 usuários (1,1%), seguido de 2 (8,0%) e 2 (7,1%), no segundo e terceiro meses, respectivamente (Figura 14).

As principais justificativas para os resultados deficitários na SB se citam o processo de trabalho vigente na unidade com caráter basicamente curativista, mesmo após conversa prévia à intervenção, associado ao remanejamento da odontóloga durante a intervenção, o que não permitiu a realização dessa avaliação como parte integral da atenção ao hipertenso e/ou diabético.

Todavia, em termos de APS, teoriza-se que outros profissionais de saúde possam ser qualificados em termos de SB tornando a atenção aos usuários o mais integral possível.

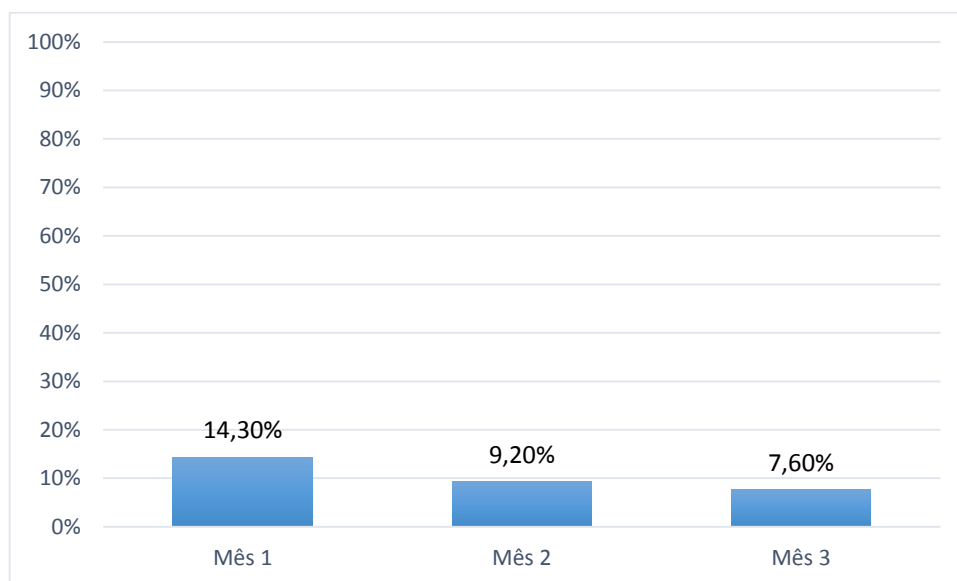


Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

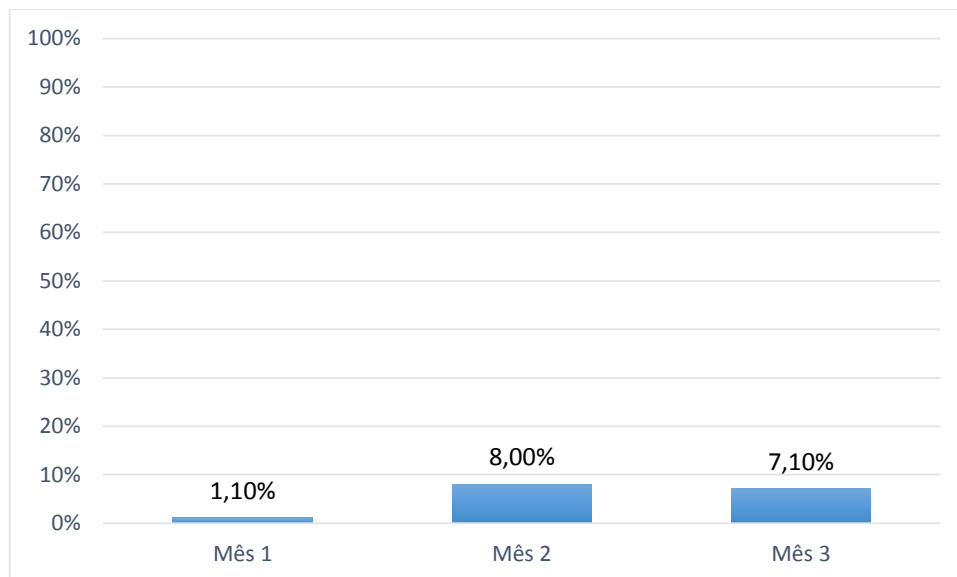


Figura 14: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

**META 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No primeiro mês de intervenção essas orientações foram repassadas a todos os usuários atendidos no primeiro mês, 56 usuários (100%), seguido de 87 (100%) e de com 105 (100%), no segundo e terceiro meses, respectivamente.

**META 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Tal orientação foi fornecida a todos os usuários diabéticos atendidos na unidade, ilustrando-se através dos dados do primeiro, segundo e terceiro meses, respectivamente, 18 usuários (100%), 25 (100%) e 28 (100%).



**META 19:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** No primeiro mês de intervenção houve a realização dessa atividade a 56 usuários (100%), seguido de 87 (100%) e de com 105 (100%), no segundo e terceiro meses, respectivamente.

**META 20:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Essa orientação foi realizada para todos os usuários atendidos durante a intervenção, iniciando-se com 18 usuários (100%), 25 (100%) e 28 (100%), no primeiro, segundo e terceiro meses.

**META 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Todos os usuários atendidos durante a intervenção receberam orientações relativas aos efeitos deletérios do tabagismo, alcançando-se 56 usuários (100%), seguido de 87 (100%) e 105 (100%), no primeiro, segundo e terceiro meses, respectivamente.

**META 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo.

**DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS:** Tal orientação foi fornecida para todos os usuários, atingindo-se, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro meses, 18 usuários (100%), 25 (100%) e 28 (100%).

A atividade de “Promoção da Saúde” foi realizada de forma integral na unidade, durante as consultas e/ou visitas domiciliares, atingindo-se, dessa forma, um caráter universal.

Destaca-se que, ao longo da intervenção, buscou-se focar nas orientações, visto que, se constituem em estratégias de empoderamento e conscientização do usuário frente ao seu próprio processo saúde-doença; ademais, teoriza-se que mudanças nas atitudes/estilo/hábitos de vida podem influenciar quanto ao controle da pressão arterial e da glicemia, e por sua vez, em relação ao tratamento farmacológico.

## 4.2 Discussão

O trabalho desenvolvido na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari / Amazonas, durante o período compreendido entre novembro de 2013 e janeiro de 2014 objetivou ampliar a cobertura e qualificar o serviço de saúde voltado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos cujo foco de intervenção derivou da precariedade observada na AS e nas possíveis manifestações clínicas advindas da HAS e/ou da DM.

As atividades relativas à intervenção envolveram muitos profissionais da equipe de saúde da UBS, procurando atender os quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Ocorreram aumento da cobertura e melhorias na qualidade do atendimento como orientações acerca de uma alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo, busca ativa e a classificação de risco cardiovascular, buscando, assim, exercitar ao máximo, dentro da própria governabilidade, princípios do SUS como integralidade e equidade.

Em relação ao registro de informações, foi possível qualificar a documentação das informações relacionadas aos hipertensos e diabéticos, embora, inicialmente, tenha havido um pouco de dificuldade frente à planilha de coleta de dados e à compreensão dos indicadores que foi diminuindo no decorrer da intervenção.

Com a intervenção foi necessário que a equipe se capacitasse a fim de padronizar as atividades na unidade, utilizando-se como referências os Cadernos de Ações Programáticas. Foram envolvidos na capacitação todos os trabalhadores atuantes na unidade e na área de abrangência, médicos, equipe da enfermagem e ACS.

Para fins de organização da intervenção na unidade, foram designadas funções aos profissionais, como organização dos arquivos realizada pela recepcionista; ACS para busca ativa; equipe de enfermagem para verificar a participação dos usuários; médico para atendimento o mais integral possível,

em concordância com os protocolos, orientações direcionados à Promoção de Saúde, preenchimento da ficha-espelho e transcrição para a planilha de coleta de dados.

Quanto aos exames laboratoriais, observou-se que muitos usuários, inicialmente, durante a intervenção, não aderiram à solicitação e à necessidade de realizar exames para fins de acompanhamento da (s) condição (ões) clínica (s) e também acerca do retorno com os resultados, porém, a partir de um diálogo constante, notou-se uma melhora quanto a esse comportamento.

Em termos de Saúde Bucal, infelizmente, não foi possível manter essa atividade na unidade, uma vez que, houve um remanejamento da dentista, o que interferiu na avaliação bucal e por consequência na premissa do envolvimento de todos os membros da equipe como co-participantes da intervenção.

A importância da intervenção e o seu impacto já são percebidos pela comunidade e equipe, pois, houve a solicitação de que o médico continuasse na unidade, aprimorando esse programa com vistas a desenvolver outras ações programáticas de acordo com as recomendações do MS.

Também diante de uma mudança na gestão municipal, houve um encontro em que foram expostos informações e dados da intervenção, o que parece ter gerado uma empatia, pois, o coordenador elogiou a proposta e pactuou que buscará manter o programa na unidade.

A Intervenção poderia ter sido facilitada se já na Unidade 1, Análise Situacional, eu tivesse discutido as atividades com a equipe com o objetivo de estimular uma maior compreensão e cooperação, especialmente, no início da intervenção, que se caracterizou como de ambientação/adaptação.

Mediante a finalização da intervenção, percebo que a equipe está engajada para que haja uma continuidade das atividades, o que sugere a incorporação do programa HIPERDIA em conformidade com as recomendações do MS.

### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

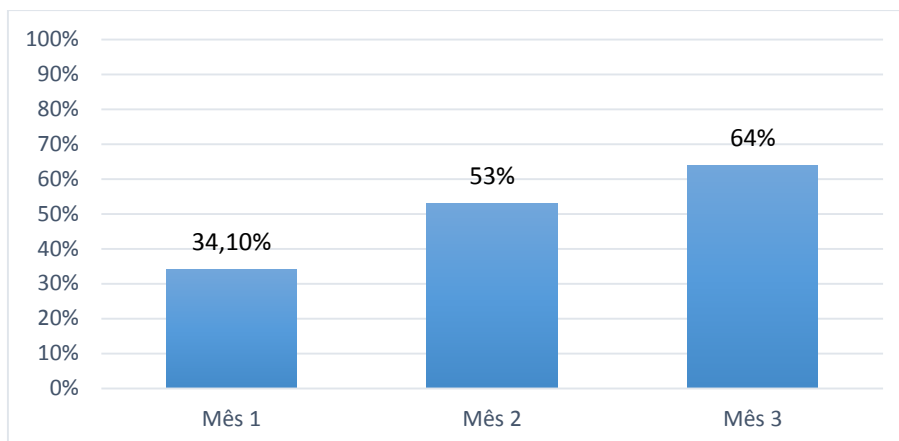
Como médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), estive no município de Coari, Amazonas, no bairro Santa Helena, alocado na UBS Luzia Tenório Ramos a fim de participar da implementação de programas de saúde fundamentados nas políticas de promoção e prevenção preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Ministério da Saúde (MS).

Depois de analisar minuciosamente a situação da UBS, foi formulado um projeto de intervenção com o objetivo de qualificar os indicadores de cobertura e da qualidade do serviço de saúde; dessa forma, devido ao caráter deficiente do programa direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos, escolheu-se como foco melhorar a atenção em saúde e esses usuários.

Assim, foram propostas metas como aumento da cobertura e da adesão dos usuários ao programa, melhorar o registro das atividades na unidade, garantir a realização de exames clínico e complementares e a promoção da saúde.

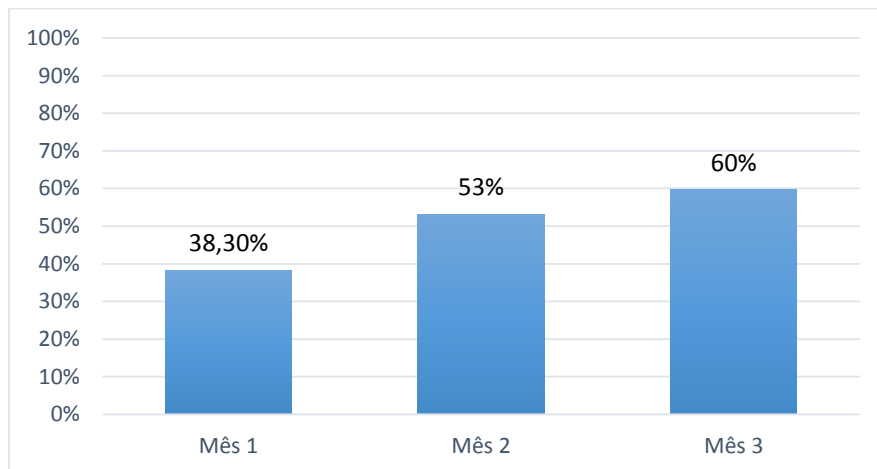
Associado à intervenção, passei a refletir sobre quais as características sociais, culturais e econômicas da população adscrita à área de abrangência da unidade, com vistas a conhecer de forma mais aprofundada a realidade local/regional, uma vez que, distintos determinantes sociais podem influenciar o processo saúde-doença. Ou seja, faz-se necessário investir na Estratégia em Saúde da Família (ESF) como via para conhecer aspectos além dos biológicos dos usuários, contemplando-se, uma integralidade.

Como principais resultados da intervenção, destaca-se que foram atendidos 105 hipertensos e 28 diabéticos, considerando a estimativa do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 164 hipertensos e 47 diabéticos, o que evidencia que a cobertura atingiu 64% e 59,6%, respectivamente.



Proporção de hipertensos inscritos no programa da unidade de saúde

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.



Proporção de diabéticos inscritos no programa da unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

Também houve um aumento da busca ativa a usuários faltosos às consultas, realização de exame clínico, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos gratuitos e disponíveis na própria unidade e/ou Farmácia Popular e atividades de promoção de saúde.

Ressalta-se aqui que há necessidade de que o estoque de medicamentos na unidade de saúde seja mantido continuamente a fim de atender a relação entre prescrição de fármacos e sua disponibilidade aos usuários, resultando assim, em uma melhor atenção e possível diminuição do número de complicações associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao *Diabetes Mellitus* (DM) como infarto agudo do miocárdio (IAM).

É importante comentar que nem todas as metas foram atingidas, por exemplo, a Saúde Bucal se mostrou precária, principalmente, a partir da demissão da profissional que havia inicialmente se disponibilizado a colaborar com a intervenção, ou seja, essa situação pode ter afetado a qualidade desse serviço na unidade e comprometido o resultado na intervenção.

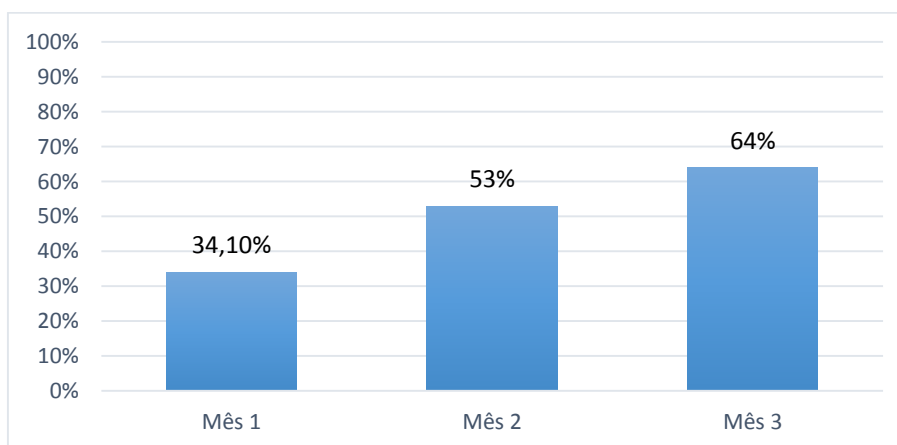
Dessa forma, por meio do *feedback* que recebi dos demais membros da equipe ESF, percebo que a intervenção repercutiu de forma positiva e que desencadeou uma perspectiva real de que esse programa continue na unidade de forma humanizada, acolhedora e integral através de um esforço coletivo entre profissionais, usuários e gestores.

#### 4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Prezados comunitários dos bairros Santa Helena, Grande Vitória e Campo do Oriente estivemos durante doze semanas realizando um trabalho com foco nos usuários com hipertensão, a “famosa pressão alta”, e diabetes que é o “aumento do açúcar no sangue”, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Luzia Tenório Ramos.

Durante as semanas de intervenção buscamos atender todos os usuários que estavam cadastrados com hipertensão e diabetes, para isso realizamos conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeira e médicos busca ativa dos faltosos bem como consultas para avaliação da saúde de cada usuário.

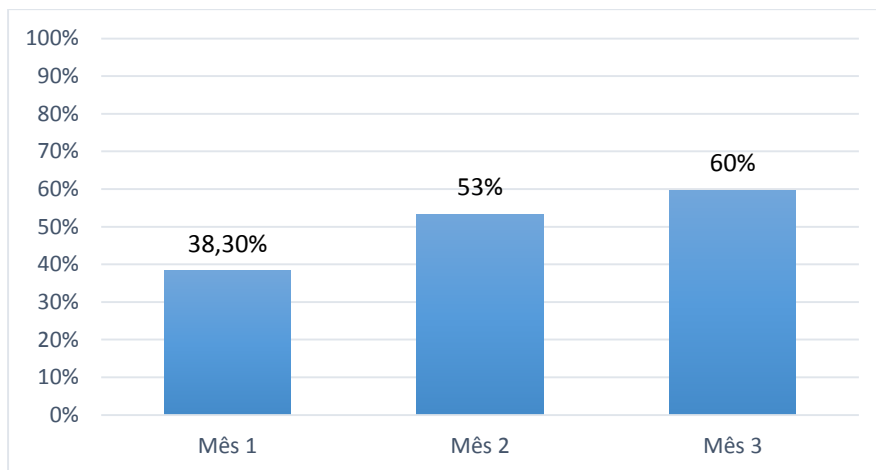
Como resultados, atendemos ao longo dos três meses, 56, 87 e 105 hipertensos, atingindo-se, assim, um maior número de usuários à medida que a intervenção ocorria na unidade e em relação aos diabéticos, 18, 25 e 28 usuários, conforme os gráficos expostos:



Proporção de hipertensos inscritos no programa da unidade de saúde

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.





Proporção de diabéticos inscritos no programa da unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013/2014.

Também melhoramos algumas atividades na unidade como a realização de exame físico, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos; o registro das informações de cada usuário na unidade bem como orientamos sobre alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo, promovendo, assim, educação e saúde.

Embora tenhamos alcançado vitórias durante essas doze semanas, algumas limitações ocorreram, como por exemplo, carência de medicações; porém, a fim de resolver essa situação, entramos em contato com a gestão local a fim de repor os medicamentos na unidade de saúde. Também não foi possível realizar avaliação bucal em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos devido à mudança de unidade da dentista.

Diante da intervenção, acreditamos que o cuidado ao hipertenso e/ou diabético se tornará cada vez mais presente na unidade, pois, a equipe “abraçou” a idéia, assim, para ter maior chance de sucesso, pedimos que todos vocês, comunidade, participem das atividades realizadas na unidade, bem como lutem para melhorar a saúde de vocês, prestando atenção à alimentação e praticando atividade física como caminhadas, que certamente ajudarão no controle da “pressão alta” e do “açúcar no sangue”. Abraços

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Antes do início da realização da Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS) me deparei com uma grande escolha: a) ou iniciava a residência em Medicina de Família e Comunidade ou b) ingressava no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e por consequência a especialização em Saúde da Família.

Após pensar sobre as repercussões em nível de conhecimento teórico e prático bem como pela vivência na graduação em Medicina optei por realizar o PROVAB juntamente com a especialização.

De imediato ao acessar a plataforma UNASUS tive oportunidade de ser apresentado ao conteúdo da especialização, que me surpreendeu com a organização dos tópicos, conteúdo de estudo e fóruns de discussões. A qualidade permitiu que houvesse uma aproximação, nunca imaginada, entre o Sul e o Norte do país, e foi assim durante toda caminhada do curso, com orientações precisas e excelentes que triaram e lapidaram muitas reflexões. Um outro ponto muito forte do curso também foram os casos clínicos, pois, correspondiam a situações vivenciadas na prática na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao se considerar a intervenção, através do curso, foi possível observar aspectos de uma unidade de saúde como infraestrutura, disponibilidade de materiais e insumos, atribuições dos profissionais e ao trabalho em equipe, essencial para que a UBS seja organizada e o cuidado ao usuário seja substancial e com qualidade.

Frente à necessidade da unidade, o foco de intervenção direcionado ao HIPERDIA forneceu uma gama de conhecimentos teórico e práticos que permitiu um aprimoramento crítico-reflexivo e se mostrou construtivo para a minha prática profissional e também como ser humano.

## 6. Referências

BARRETO, M. S.; MARCON, M. M. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em usuários da atenção primária. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.4, p.313-7, 2013.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9):3755-3768, 2011.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica nº 37: Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica nº 36: Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.12, p. 930-936, 2011.

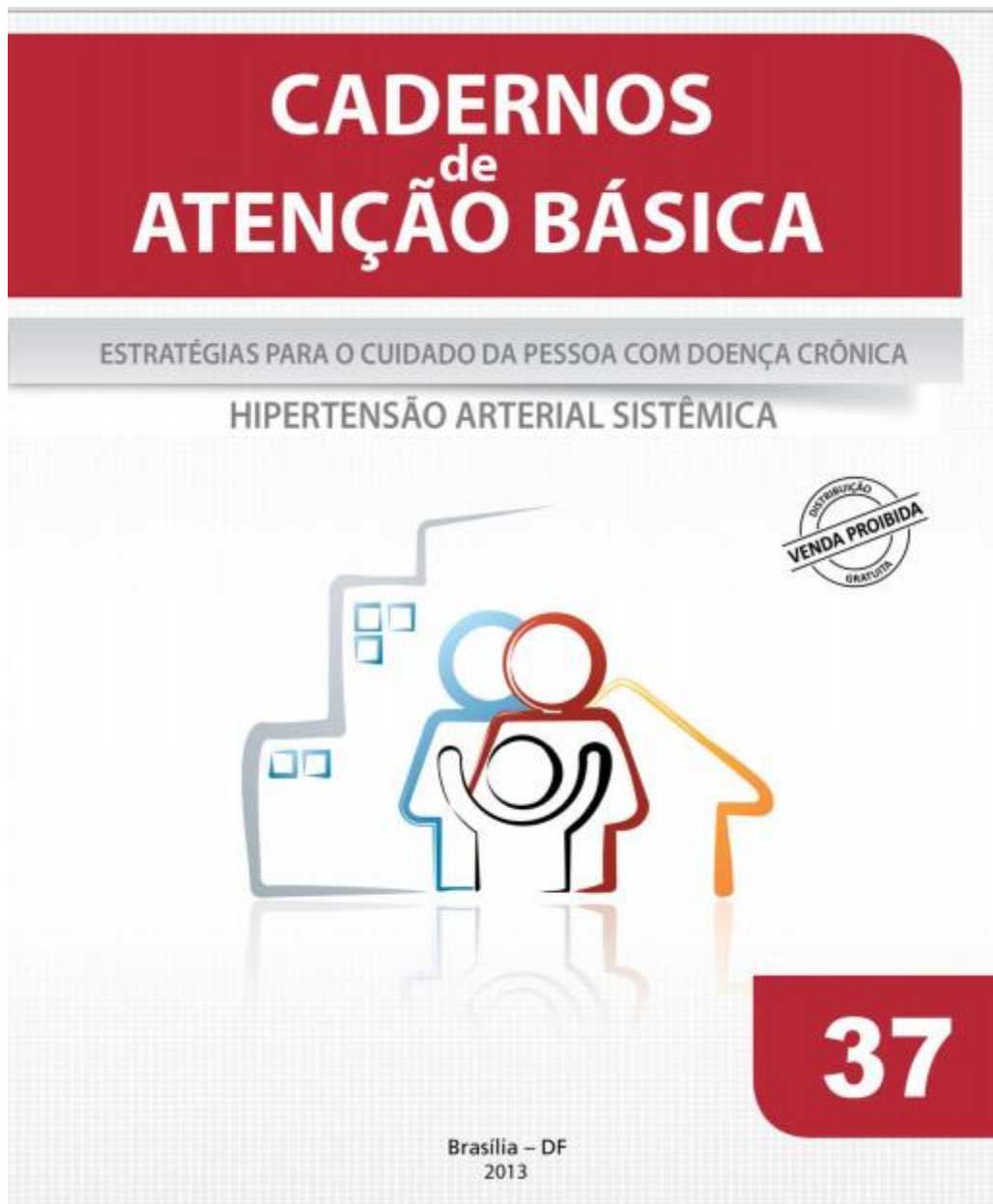
SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B. O.; WANDERLEY, M. S. A. Estratificação do Risco Cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió, Alagoas. **Rev Bras Cardiol.**, v.23, n.1, p. 47-56, 2010.

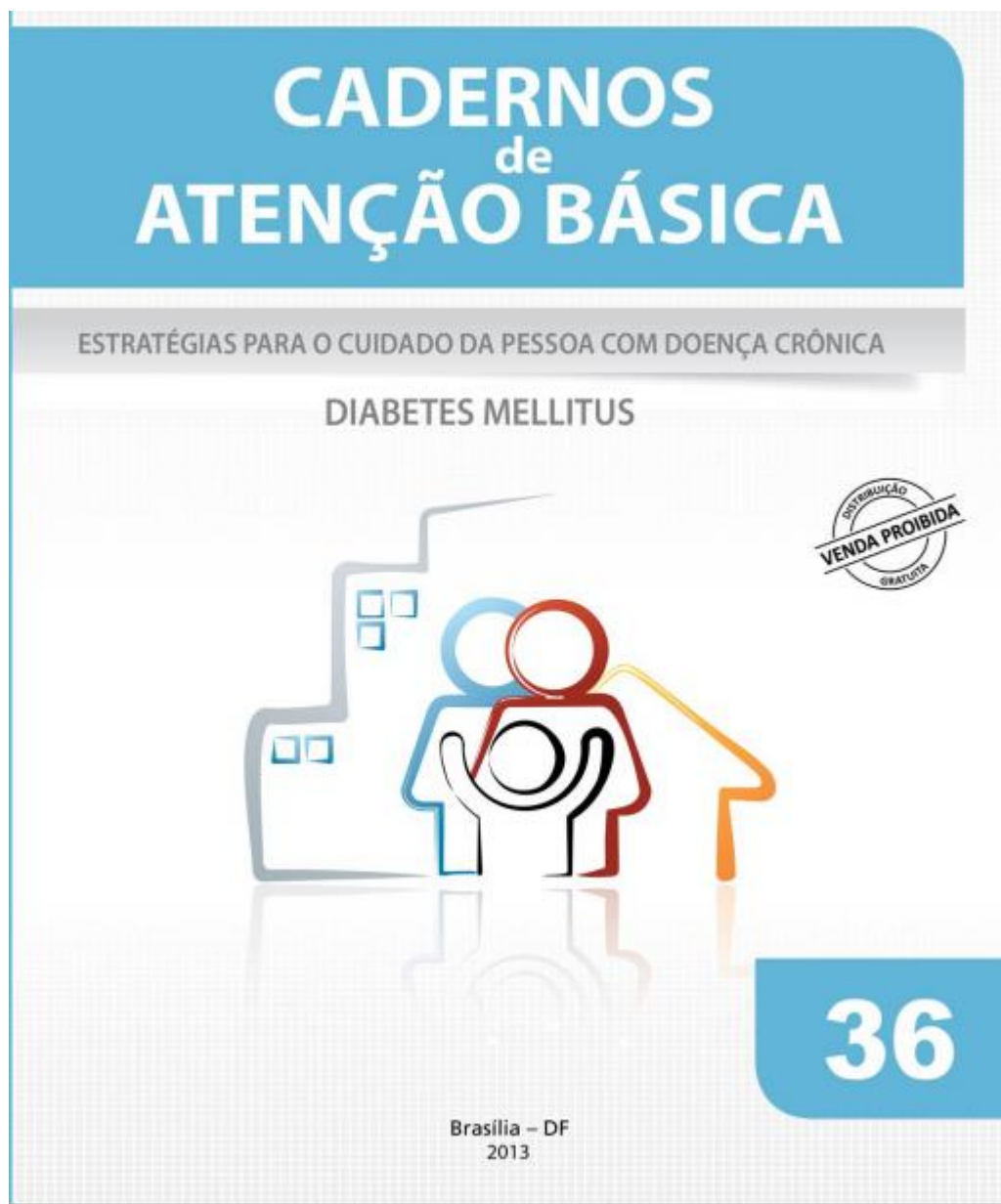
OLIVEIRA, D. S. et al. Avaliação do Risco Cardiovascular segundo os critérios de Framingham em usuários com Diabetes Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.51, n.2. p.268-274, 2007.

VIANA, M. R.; RODRIGUEZ, T.T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. **R. Ci. med. biol.**, v.10, n.3, p.290-296, 2011.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Caderno de Ação Programática Hipertensão arterial sistêmica  
(HAS)**



**ANEXO B – Caderno de Ação Programática *Diabetes Mellitus* (DM)**



## ANEXO D – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

1																					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebeu tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiometabólico por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre o tabagismo?		
3	Orientações de preenchimento	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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		1																			
5		2																			
6		3																			
7		4																			
8		5																			
9		6																			
10		7																			
11		8																			
12		9																			
13		10																			
14		11																			
15		12																			
16		13																			
17		14																			
18		15																			
19		16																			
20		17																			
21		18																			
22		19																			
23																					



## ANEXO E – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL