

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF José  
Barbalho Pinto, em Novo Aripuanã, Amazonas**

**Amanda Moreira de Abreu**

**Pelotas, 2014**

**Amanda Moreira de Abreu**

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF José  
Barbalho Pinto, em Novo Aripuanã, Amazonas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Turma 4.

**Orientador: Mariangela Uhlmann Soares**  
**Co-orientador: Rogéria Amaral dos Santos**

**Pelotas, 2014**

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

A162m Abreu, Amanda Moreira de

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF José Barbalho Pinto, em Novo Aripuanã, Amazonas / Amanda Moreira de Abreu; Mariangela Uhlmann Soares, orientador(a); Rogéria Amaral dos Santos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

59 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Mariangela Uhlmann, orient. II. Santos, Rogéria Amaral dos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.


Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



À minha família, pelo apoio e incentivo.

## **Agradecimento**

A Deus razão das minhas vitórias e à orientadora Rogéria Amaral dos Santos.

## Resumo

ABREU, Amanda Moreira. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF José Barbalho Pinto, em Novo Aripuanã, Amazonas.** 2014. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Esta intervenção tem como objetivo relatar as ações promovidas para a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da ESF José Barbalho Pinto, em Novo Aripuanã, Amazonas, bem como analisar os resultados obtidos e seus efeitos na ação programática e para a população e ainda as dificuldades encontradas pela equipe ao longo do desenvolvimento do projeto. A intervenção foi considerada satisfatória, e mostrou resultados positivos, como o atendimento a todos os usuários cadastrados e também auxiliou os mesmos a entenderem suas enfermidades, como prevenir e principalmente como manter o tratamento adequado. A metodologia foi apresentada através das ações implementadas durante o projeto. No início tínhamos 398 hipertensos e 91 diabéticos cadastrados, passando, após a intervenção ao final do terceiro mês registraram o cadastramento de 585 hipertensos e 122 diabéticos, todos devidamente acompanhados. Tendo um alcance ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 31,2% dos hipertensos e 22,7% dos diabéticos. Foi essencial o apoio dos gestores, que acreditaram que nosso projeto iria mudar os índices baixíssimos do município, e fora o que aconteceu, não mediram esforços auxiliar, e ainda de suma importância o apoio total da comunidade, que apesar de todas as dificuldades, de serem um povo sofrido, têm ânimo para continuar e esperança na melhoria de vida. Nosso maior objetivo é que as mudanças virem rotina em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, e sabemos que será uma grande caminhada, mas já começamos e devemos dar continuidade. Além de tudo que ocorreu na intervenção pessoalmente ganhei muito mais, experiência de vida, algo que a faculdade jamais poderia ter me concedido.

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

## Lista de Figuras

Figura 1 – Cronograma de atividades. ....	33
Figura 2 – Gráfico da cobertura de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na ESF José Barbalho Pinto .....	38
Figura 3 – Gráfico da cobertura de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na ESF José Barbalho Pinto .....	39
Figura 4 – Gráfico da proporção de hipertensos faltosos que receberam busca-ativa .....	40
Figura 5 – Gráfico da proporção de diabéticos faltosos que receberam busca-ativa	40
Figura 6 – Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia, de acordo com protocolo .....	41
Figura 7 – Gráfico da proporção de diabéticos com exame clínico em dia, de acordo com protocolo.....	42
Figura 8 – Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo .....	43
Figura 9 – Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo .....	43
Figura 10 – Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação odontológica .....	44
Figura 11 – Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação odontológica .....	45
Figura 12 – Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular .....	46
Figura 13 – Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular .....	46



### Lista de Siglas e Abreviaturas

<b>Sigla/Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
ACS	Agente comunitário de saúde
AM	Amazonas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabete mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECG	Exame de Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia

## Sumário

Apresentação .....	10
1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF José Barbalho Pinto.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos.....	22
2.2.3 Metas.....	23
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	30
2.3.4 Cronograma.....	32
3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO .....	34
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	38
4.1 Resultados.....	38
4.2 Discussão .....	47
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	50
4.4 Relatório da intervenção para comunidade .....	50
5 REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM.....	52
Referências .....	55
Anexos .....	56

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Está constituído pelo relato da realização de um projeto de intervenção voltado à qualificação da atenção à saúde de usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes residentes na área de cobertura da Estratégia Saúde da Família José Barbalho Pinto, localizada no município de Novo Aripuanã, Amazonas.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, independentes entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida em períodos distintos, porém próximos, sendo o primeiro na Unidade de Ambientação e o segundo ao final da na Unidade 1 do curso. Na segunda parte do volume, é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção, apresentando objetivos, metas, indicadores e metodologia que guiaram a realização da intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 12 semanas. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção por meio da análise das metas. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os referenciais bibliográficos e os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF José Barbalho Pinto**

O texto apresentado a seguir foi produzido em abril de 2013, a partir da solicitação de tarefa da Unidade de Ambientação do Curso. Teve como propósito mostrar um primeiro olhar, à época, da situação da ESF em que fui locada como médica do PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica.

O município de Novo Aripuanã, no Amazonas, encontra-se às margens do Rio Madeira, a uma distância de 469km de Manaus, por via fluvial ou de 230 km, por via aérea. Não há como chegar por via terrestre, assim aumentando o preço das mercadorias da cesta básica da população. O município vive de agricultura e do garimpo, com aproximadamente 90% da população na linha da pobreza. E menos de 1% com ensino superior.

O município possui um Hospital, com 02 médicos clínicos gerais e um cirurgião de sobreaviso, 03 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem, 02 farmacêuticos e 02 técnicos de laboratório, um técnico de radiologia e 02 parteiras. É um hospital de pequeno porte e caso exista necessidade de procedimentos mais complexos, o paciente é encaminhado para a capital Manaus, casos graves por via aérea e casos não graves, por via fluvial, ambos com acompanhantes.

Possui uma população de aproximadamente 21 mil habitantes, no entanto, na área urbana concentra-se aproximadamente 40% da população. Possui três Unidades Básicas de Saúde – UBS, na área urbana. Na UBS que me encontro, possui: doze agentes comunitários de saúde (ACS), duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, dois médicos, um dentista e uma fisioterapeuta.

A unidade funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h, possui um fluxo muito grande de usuários, sendo o atendimento diário de 30 usuários para cada médico, sete para cada enfermeiro, seis para a fisioterapeuta e sete para a odontologia.

Em relação às consultas médicas, 20 são destinadas à população da área geográfica da UBS e dez são destinados aos usuários que vêm das comunidades ribeirinhas. O mesmo acontece com as consultas de odontologia e de fisioterapia, em proporções diferentes.

Durante a semana dividem-se as consultas médicas por categorias. Segunda - feira puericultura, terça e quinta-feira visitas domiciliares, pela manhã, sexta-feira hipertensos e diabéticos e, nos horários restantes, consulta de clínica geral.

Na puericultura o que mais chama atenção são as verminoses e anemias carenciais. Por ser uma área de garimpo, há utilização demasiada de mercúrio, com aparecimento de hipertensão em crianças e leucemias. Sendo necessário maior atenção à aparecimento de lesões em corpo, linfonodos e febre de origem obscura.

Em relação às visitas domiciliares fora constatado 64 casos de usuários psiquiátricos e 382 casos de hipertensos e/ou diabéticos com seqüelas. Assim, há um trabalho multidisciplinar entre enfermeiros, médicos, técnicos e fisioterapeuta. O interessante é que, usuários portadores de seqüelas, otimizados no seu tratamento têm sobrevida longa, cerca de 90 anos, possuindo até centenários, lúcidos e orientados em tempo e espaço.

Nos dias de atendimento clínico geral, chama atenção é a síndrome metabólica. Mas também não se pode esquecer os casos de Leishmaniose no município, já que o mesmo é endêmico para a doença. Os casos são diagnosticados e tratados na UBS.

Vale ressaltar que os pré-natais são realizados em conjunto com os enfermeiros, três consultas de enfermagem e quatro consultas médicas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre e uma no puerpério. Com todos os exames solicitados pela UBS e realizados no município. Em caso de gravidez de risco, o médico solicita encaminhamento para a instituição de referência no município de Manaus.

E nas sextas-feiras, ocorre o atendimento a hipertensos e diabéticos. Na triagem já há um diferencial, pois os usuários são orientados de ir à UBS em jejum, para coleta e resultado do dextro. E assim o trabalho é realizado com maior sensibilidade.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Este relatório foi produzido a partir da realização das tarefas semanais da Unidade 1 do curso, as quais permitiram uma ampla visualização da situação da ESF.

O município de Novo Aripuanã, situa-se na região Sul no estado do Amazonas- AM, às margens do Rio Madeira, possui diversificadas flora e fauna. A população estimada para 2013 é de 23.486 habitantes.

Quanto a escolaridade da população, os crianças em 2010, 41,34% dos alunos entre 6 e 14 anos de Novo Aripuanã estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 16,05% e, em 1991, 6,99%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 13,82% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 5,60% e, em 1991, 0,00%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 2,21% estavam cursando o ensino superior em 2010, 0,00% em 2000 e 0,00% em 1991. Nota-se que, em 2010, 11,99% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 24,25%.

Quanto aos adultos, em 2010, 34,00% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 22,03% o ensino médio. Em Amazonas, 54,87% e 37,66% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 27,02% nas últimas duas décadas.

A renda per capita média de Novo Aripuanã cresceu 12,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$194,68 em 1991 para R\$206,15 em 2000 e R\$219,69 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 5,89% no primeiro período e 6,57% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 30,89% em 1991 para 34,92% em 2000 e para 31,00% em 2010.

Possui um Hospital pronto socorro, com 14 leitos, que realiza cirurgia de urgência, parto normal e cesárea e cirurgias de pequeno porte, possui cirurgião de plantão 24 horas. O único laboratório que usamos é o do Hospital municipal, o qual não possui exames complementares complexos. Quando se necessita destes exames encaminhamos o usuário à capital.

A atenção primária à saúde conta com apenas cinco Unidades Básicas de Saúde - UBS, sendo quatro em área urbana e uma em área rural, todas atendendo pelo modelo tradicional. Sendo assim, não existe uma equipe de NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, também não dispomos de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou de atenção médica especializada. A UBS José Barbalho Pinto está localizada em área rural, de vínculo exclusivo com o Sistema Único de Saúde - SUS, é a única modelo da Estratégia Saúde da Família - ESF, uma equipe com três enfermeiros, onde dois trabalhavam diretamente no atendimento e outro trabalhava na secretária de saúde, dentro da UBS, quando havia necessidade ele auxiliava os outros dois, e ainda 13 ACS, dois médicos, um dentista (de acordo com a estrutura física, só poderia haver 01 profissional odontólogo) e um fisioterapeuta, que também fazia parte da equipe. Apresentando assim duas equipes em uma unidade, essa distribuição de profissionais é para as duas equipes, que trabalhavam juntas.

Quanto à estrutura física, a cidade é geral de baixa renda, mas com a entrada da nova Administração da cidade, todas as unidades foram pintadas com as cores da nova prefeitura. O fluxo diário de usuários é muito grande, a recepção e a sala de espera estão sempre lotadas, as pessoas sentam-se em bancos desconfortáveis e o calor é sempre presente, pois não há climatização. Quando chove, damos conta que a estrutura do prédio é cheia de falhas, com goteiras e infiltrações. Possui consultórios pequenos, dois de enfermagem, dois médicos e um de odontologia, os consultórios possuem climatização do ambiente. Tem um banheiro unissex para funcionários, estando estruturalmente ao lado da cozinha e da lavanderia, todos em um ambiente pequeno, de aproximadamente três metros quadrados.

Já para os usuários existem um banheiro masculino e um feminino, contudo, sem estrutura para idosos e portadores de deficiência física (assim como em toda a unidade). Que periodicamente ali se fazem presentes, pois trabalhamos com fisioterapia de reabilitação, atendemos na clínica médica e odontológica os mesmos também. A estrutura física da Secretaria de Saúde do Município está junto com a ESF e os ACS não tem lugar específico, funciona dentro da UBS, na zona urbana.

Vemos um grande progresso na UBS em relação à postura dos funcionários, depois que implantamos as melhorias na qualidade do atendimento, depois da intervenção, a demanda aumentou. Entre estas melhorias estão: o tempo de espera, uma triagem bem feita, prontuário de todos usuários organizados, e ainda melhoria

na estrutura como, por exemplo, cadeira para todos se acomodarem, ventiladores na sala de espera, tudo isso implementado aos poucos, em torno de 04 meses. Os usuários de outras UBS se deslocam para que tenham o atendimento, aumentando a sobrecarga da mesma. Em relação aos ACS, com a implantação da folha de pontos, as faltas diminuíram, com a solicitação de fichas dos pacientes acamados e as frequências das visitas domiciliares, a credibilidade dos mesmos para com a população melhorou. Os atendimentos dão prioridade a idosos, mulheres grávidas e crianças de colo.

A população da área adstrita é de 8.912 pessoas, seu perfil demográfico é de 4.578 mulheres e 4.334 homens, o tamanho do serviço está aquém do desejado, mas a UBS é utilizada pela população apenas para tratamento. O foco é reestruturar e conscientizar a população da importância da prevenção e promoção da saúde.

A ESF é referência do município, atendemos à demanda espontânea das comunidades ribeirinhas, cinco fichas por turno, mas todos os dias esta demanda excede, dificultando a qualidade do atendimento. Uma forma que diminuiria a demanda espontânea seria uma UBS fluvial.

Em uma reunião com o Secretário de Saúde do Município, ficou definido o atendimento aos ribeirinhos, então freta-se um barco de pequeno porte, para tal atendimento, cada equipe composta de todos os profissionais envolvidos da unidade de saúde, com rodízio dos mesmos, e o barco fica de sete a quinze dias embarcado, levando medicação e vacinas, quando o morador precisa de atendimento mais especializado é transferido.

Quando avaliamos a atenção à saúde da criança na área, a cobertura não chega a 50%. Adequamos um novo protocolo que ainda está em processo de adesão, e nele solicitamos exames de rotina para os mesmos. Trabalhamos com a caderneta da criança, do Ministério da Saúde - MS. Solicitamos que os faltosos sejam investigados pelo ACS de sua área, assim mostrando à comunidade o compromisso com a saúde.

Em parceria com a Secretaria de Educação, fomos às escolas, de ensino fundamental e médio e cadastramos todas as crianças lá presentes e as que precisavam de tratamento médico e odontológico, chamamos os pais e as tratamos com retorno ambulatorial na UBS. Monitoramos nossas ações com planilhas mensais. Também estão previstas palestras educativas nas escolas sobre



prevenção e promoção de saúde, com avaliação bucal na própria escola, se fosse o caso o aluno em questão era encaminhado para a unidade de saúde.

A saúde bucal está sobrecarregada, pois atende 20 pacientes por dia, numa capacidade de 14 usuários. Só os grupos escolares contêm aproximadamente 500 alunos ao total, a unidade possui registros destas atividades. Agendam-se os grupos de acordo com a gravidade do caso do paciente. A comunidade conhece esta organização através das palestras realizadas antes dos atendimentos para todos os pacientes da USB.

Realizamos consultas de pré-natal e puerpério de nossa área e das comunidades próximas. Os registros das pacientes ficam anexados nos prontuários e nas fichas individuais de pré-natal. Observou-se que apenas 69% das gestantes realizavam as consultas, e as mesmas possuíam dificuldades de dar continuidade às consultas em dia, perdendo a qualidade do acompanhamento, visto que o preconizado pelo MS são sete consultas.

O atendimento à saúde bucal das gestantes fora iniciado há três meses na ESF, contudo, nenhum prontuário continha registros deste atendimento. Mesmo assim, há qualidade na orientação ao aleitamento materno exclusivo, a solicitação dos exames na primeira consulta e a suplementação de ferro preconizado pelo MS, são realizadas. Faltando apenas o exame de toxoplasmose, não realizado no município.

O que não fora colocado nos indicadores de qualidade é bastante relevante à solicitação da Ultrassonografia - USG no primeiro trimestre de gestação, quando a idade gestacional é medida no comprimento cabeça-nádega, é consenso que a ultrassonografia do segundo trimestre, por volta de 20 semanas, é a mais importante, por ser responsável pela avaliação morfoanatômica e ainda não é tão tardia para a determinação da idade gestacional. Mas o município apresenta um aparelho ultrassonográfico, no hospital, somente está sendo utilizado em caso de emergência/urgência. Não solicitamos USG de rotina. A imunização das gestantes não é rotina, mas a equipe tem procurado informar e conscientizar a importância de tal ato, nas consultas ambulatoriais de rotina.

A área abrange aproximadamente 97% da população feminina já cadastrada entre 25 e 64 anos, o que possibilita uma melhor prevenção em relação ao câncer de colo do útero. Sendo considerado o melhor índice de cobertura da UBS. Observando o total de mulheres que se encontram na faixa etária entre 50 e 69

anos, rastreadas para o câncer de mama, observa-se também que a UBS abrangem uma grande quantidade da população, 96%, com maior possibilidade de uma prevenção de melhor qualidade.

Em relação ao câncer de colo do útero, solicitamos as buscas dos prontuários, nos dados das consultas mensais realizadas na ESF e o resultado dos exames citopatológicos, encontrados anexados aos prontuários. O câncer de mama também procurou dados nos prontuários, nas mamografias e nas USG solicitadas, quando necessário e encontradas anexadas aos prontuários.

Os indicadores de qualidade de prevenção do câncer de colo uterino avaliados no caderno de ação programática, 35% apresentam o exame citopatológico em dia, aproximadamente 55% das mulheres apresenta exames com pelo menos seis meses de atraso.

Um baixo percentual em relação a amostra satisfatória, mostrando que o profissional da saúde que realiza o procedimento tem pouca qualificação ao trabalho aplicado. Na ESF possui oito usuários com risco para câncer de colo. Os indicadores de qualidade de prevenção do câncer de mama avaliados no caderno de ações programáticas são ruins, pois a maioria das mamografias em dia foram feitas pelos usuários em particular. O município não possui mamógrafo e para fazer o exame periódico, o usuário tem que se locomover para a capital e a logística é cara para maioria da população assistida na UBS. Possuímos quatro mulheres encaminhadas à unidade de referência.

A fim de melhorar os indicadores de qualidade em relação ao câncer de colo uterino, estamos qualificando os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, em realizar o exame Papanicolau, citopatológico. Devido a grande quantidade de DST no município, fizemos o trabalho de conscientização dos profissionais à trabalhar com prevenção e promoção de saúde. Solicitando auxílio dos ACS para a busca ativa dos pacientes que nunca fizeram o exame e aos que possuem consultas em atraso. Na UBS, duas tardes são para realização do exame preventivo, por duas enfermeiras. Agora esperamos melhora, pois no município falta muitas vezes medicamentos e com a chegada da vacina contra o HPV, aproveitamos a oportunidade para realizar palestras e conscientizar também a população, fazendo a prevenção do HPV e de outras DSTs.

Com objetivo de melhorar os indicadores de qualidade, em relação ao câncer de mama, precisamos conscientizar os usuários, com palestras explicativas ao

autoexame, a importância da mamografia. O município acabou de ser contemplado com um mamógrafo, só faltando sua instalação.

Os usuários que apresentam exames alterados tanto para câncer de mama como para câncer de colo uterino, para dar seguimento ao estadiamento e ao tratamento adequado, o município auxilia no transporte e na hospedagem dos mesmos na capital. O usuário é transportado quando sua consulta está marcada na referência e quando o usuário retorna, já apresenta contra referência e retorno marcado.

Temos as manhãs de sextas-feiras para atendimentos relacionados ao Programa de Atenção à Hipertensos e Diabéticos. Assim fora bem prático e rápido o preenchimento do caderno de ações programáticas. Pois os prontuários destes atendimentos estavam atualizados.

A quantidade de usuários com 20 anos ou mais tratados na unidade é bem pequena é relação à população estimada, apenas 21%. O mesmo acontece com os usuários diabéticos, com apenas 17% dos estimados na área são acompanhados na UBS. O grupo de portadores de DM é um dos poucos grupos prioritários que apresentam a avaliação da saúde bucal, iniciado este ano, ainda assim, são apenas 53% dos usuários avaliados.

Os melhores indicadores são com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, realizado a partir da intervenção, com exames físicos dos pés nos últimos três meses, exames complementares periódicos em dia e com a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses.

Dificuldades também estão presentes, em relação atenção aos diabéticos, quando avaliados os atrasos nas consultas agendadas em mais de sete dias, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional para a alimentação saudável. Estes dados foram colhidos nos prontuários, todos com índice de 40% dos usuários atendidos na ESF.

Nos poucos indicadores de qualidade avaliados no caderno de ações programáticas da atenção aos portadores de HAS, após a intervenção, os melhores índices estão em relação à prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, com 75%, os exames complementares periódicos em dia, com 74% e o mais complicado de analisar nos prontuários, fora a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com 71%. Com um índice

de 26% estavam os acompanhados com atraso nas consultas agendados em mais de sete dias e sem avaliação na saúde bucal em dia.

Os processos de trabalho relacionados ao Programa de Atenção à Hipertensos e Diabéticos é aquele com melhores índices da ESF, procuramos fazer palestras sobre prevenção e tratamento das patologias associadas, com participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nos dias programados ao atendimento ambulatorial de DM e HAS, solicitamos que os usuários venham à consulta em jejum para, já na triagem, realizar o teste de glicemia capilar. A pressão arterial é aferida, o peso, a altura, o Índice de massa corpórea (IMC) e a circunferência abdominal também são verificados.

Os ACS são implicados para busca ativa dos usuários faltosos na consulta, para avaliação da pressão arterial e glicemia capilar, acompanhamento quando há troca de medicação e para rastreamento de pacientes com HAS e DM que não estão em tratamento. Todas estas ações só foram possíveis depois da intervenção da USB. A verificação da pressão arterial e glicemia capilar é pratica rotineira na região, já que estamos em uma área onde o trabalho qualificado é precário, assim possuímos os ACS que são as únicas referências em comunidades ribeirinhas

Um grande problema identificado é a falta de medicações de atenção básica, e o município não possui farmácia popular. Estamos avaliando uma forma para não faltar a medicação, pois sabemos que na ausência da droga, o paciente descompensa e as consequências são maiores índices de doenças cardiovasculares e piora qualidade de vida nos usuários crônicos.

A estimativa do número de idosos residentes na área de cobertura é aproximadamente 40%do programa saúde do idoso na área. Há falta a busca ativa destes usuários ausentes.

Os poucos indicadores de qualidade de atenção à saúde do idoso avaliada no caderno de ações programáticas, como não se usa a caderneta de saúde da pessoa idosa o índice fora de zero. Os melhores índices foram com acompanhamento em dia e com orientação de atividade física regular, ambas com 77% do total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, apresentando um índice alto aos usuários que vão às consultas na UBS.

Os idosos que apresentam avaliação da saúde bucal em dia são em atendimento particular e são eles com índice de 41% e acreditamos que este índice será melhorado, pois o consultório odontológico já está funcionando na UBS.

segundo lugar, em maiores índices, estão a avaliação de risco para morbidade, realização de avaliação multidimensional rápida e orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Promovendo palestras informativas e educacionais. Em terceiro lugar, são pacientes que apresenta HAS, com 38%. Em quarto é com acompanhamento mais de três meses em atraso, com 32%.

A investigação dos indicadores de fragilização na velhice apresentam os piores índices, estamos procurando melhorar com trabalhos de conscientização da população em parceria com a fisioterapeuta. O menor índice fora os usuários com DM, com apenas 15%.

Trabalharemos para que os ACS estejam aptos à aferir corretamente uma pressão arterial, colher uma glicemia capilar, busca ativa dos usuários idosos e listagem dos mesmos. Que os enfermeiros melhorem seus atendimentos, podendo analisar os fatores de risco aos idosos e possam encaminhar ao médico. Mais palestras educativas que conscientizem os usuários. Que a fisioterapia auxilie sobre a prevenção das doenças degenerativas de locomoção e não só no tratamento e reabilitação das mesmas.

Buscaremos realizar um atendimento médico ambulatorial de qualidade aos pacientes, catalogar tudo nos prontuários, para que tenhamos resultados de qualidade. Solicitaremos a caderneta do idoso, para adicionar em nossa consulta.

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

Esperávamos que a situação da saúde no município de Novo Aripuanã, em especial na Unidade básica de Saúde José Barbalho Pinto, estivesse com melhores condições, mas infelizmente a análise situacional nos relatou uma realidade carente e com muitas falhas. Fora a partir deste momento que saberíamos que nosso trabalho na comunidade seria árduo e estava apenas no começo.

No início estava muito assustada com tal realidade do município, mas com o decorrer do trabalho aprendi a acreditar e a ter esperanças que poderíamos mudar nossas vidas com trabalho e força de vontade.

Escolhemos por trabalhar com usuários hipertensos e diabéticos, pois percebíamos, ao longo da análise situacional, a grande carência nestas patologias apresentavam cada vez mais comorbidades e os usuários procuravam a Unidade Básica de Saúde para reabilitação e não para tratamento e prevenção. Nos sentimos

convictos que se abordássemos esta parte da população nossos índices melhorariam e trariam melhores resultados a nossa comunidade.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são duas das mais relevantes problemas de saúde pública do país, e no Brasil temos um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no plano nacional de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A unidade abrange uma comunidade de baixa renda com pessoas que não possuem o hábito de prevenção de saúde. Atualmente são 1.878 hipertensos e 537 diabéticos, porém minha cobertura abrange apenas 398 hipertensos e 91 diabéticos, com uma cobertura da área atual de 17% dos diabéticos e 21% dos hipertensos.

Sendo assim, a intervenção será de extrema importância para a população portadora destas doenças crônicas e residentes na área de cobertura da ESF José Barbalho Pinto. Os pontos negativos como o atendimento precário, falta de informações e más instalações da unidade, só vieram a melhorar depois da intervenção.

### **2.2 Objetivos e metas**

#### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

#### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário 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. Promover a saúde.

### **2.2.3 Metas**

As metas quantificam a proporção ideal de atendimento desta população, inicialmente estipula-se doze semanas de intervenção para o alcance destes valores, contudo, entende-se que o não alcance das metas neste prazo mínimo, implica na continuidade da intervenção até a qualificação plena dos indicadores e implementação das ações na rotina do serviço.

As metas estão enumeradas de acordo com os respectivos objetivos, previamente enumerados.

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.
  - Meta: Cadastrar 100% dos portadores de hipertensão e 100% dos portadores de diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
  - Meta: Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.
  - Metas:
    - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos cadastrados.
    - Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.
    - Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
4. Melhorar o registro das informações.
  - Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.



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

6. Promover a saúde.

- Metas:

- Garantir avaliação odontológica a 100% dos portadores hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa.

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos portadores hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa.

- Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos portadores hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa.

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos portadores hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

- Monitoramento e avaliação:

Para atingir a meta de cadastramento de 100% dos hipertensos e diabéticos no programa, no eixo de monitoramento e avaliação, com a intervenção iniciaremos com a capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre as orientações do Ministério da Saúde e com reuniões para estabelecer o papel de cada profissional na ação programática com o cadastramento de todos os pacientes da área adstrita no programa. Também para atingir a meta de busca dos faltosos as consultas, no eixo pedagógico de engajamento público, capacitaremos os ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.

Durante todo o trabalho, quinzenalmente, será realizado o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do programa, solicitando apoio para a captação de diabéticos e hipertensos para as demais estratégias que serão implementadas.

Para atingir a meta de manter a ficha de acompanhamento com preenchimento adequado, no eixo de monitoramento e avaliação, ao final da semana monitoraremos as informações da intervenção, através das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados (Anexo B), para garantir a qualidade das informações através de um prontuário específico, fichas de espelho, realizado nas consultas

ambulatoriais e anexados nos prontuários, busca ativa com lista digital dos usuários cadastrados e avaliadas mensalmente e priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco médico e odontológico.

Para a meta de ficha de acompanhamento atualizada, no eixo de monitoramento e avaliação, será elaborado prontuários específicos e uma planilha relacionada de todos os usuários e as datas de suas consultas agendadas. Estabelecendo sistema de alerta os exames complementares preconizados, no monitoramento semanal, na planilha de coleta de dados.

Para atingir a meta de acompanhamento das fichas, e na busca dos usuários faltosos, no eixo de monitoramento e avaliação será realizada a organização e a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos, as agendas e as visitas domiciliares para buscar os faltosos, um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, a agenda para o atendimento, agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, práticas coletivas para orientação de atividade física, alimentação saudável. Com auxílio dos ACS da área de abrangência.

- Organização da gestão do serviço:

Para atingir as metas de exames complementares, exames clínicos, estratificação de risco cardiovascular e orientação nutricional e avaliação odontológica, todos no eixo pedagógico de organização e gestão do serviço, serão realizadas as ações de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, consultas em dia, realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos e hipertensos com o dentista, orientação nutricional, sobre riscos do tabagismo, orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Ainda para atingir a meta de combate ao tabagismo, e de exames complementares, no eixo pedagógico de organização e gestão do serviço, será garantido junto ao gestor municipal, a solicitação dos exames complementares e

agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", parcerias institucionais para envolver nutricionistas e oferta de consultas com dentista.

Na realização de reuniões, nas três primeiras semanas da intervenção. Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Nas três igrejas da comunidade. Com reuniões quinzenais, no horário de trabalho, de duração de duas horas.

Manter as informações do SIAB atualizadas semanalmente, com a planilha de coleta de dados e encaminhando à secretaria de saúde do município.

- Engajamento público:

Para atingir a meta de orientação nutricional, prática a atividade física, orientar quanto aos riscos do tabagismo, no eixo de engajamento público será feito um rastreamento e a busca ativa dos usuários na comunidade terá auxílio dos agentes comunitários de saúde, na aferição da pressão artéria e na glicemia capilar será realizado nos quatro meses. Procuraremos, com o grupo de hipertensos e diabéticos, realizar palestras e educação em alimentação, atividade física e promoção de saúde, com participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, semanalmente, todas as 16 sextas- feiras pela manhã.

Para atingir a meta de estratificação do risco cardiovascular, no eixo de engajamento público. Será realizado nos dias programados ao atendimento ambulatorial de DM e HAS, solicitamos que os usuários venham à consulta no jejum para, já na triagem, realizarmos o teste de glicemia capilar. A pressão arterial é aferida, o peso, a altura, o Índice de massa corpórea (IMC) e a circunferência abdominal também são verificados, melhorando a qualidade no atendimento, além disto, os ACS serão implicados para busca ativa dos usuários faltosos às consultas clínicas.

Para atingir as metas de estratificação do risco cardiovascular e de exames complementares, no eixo do engajamento público, será orientado aos usuários e a comunidade em palestras semanais, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade e a periodicidade da realização de exames complementares, sobre

seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

E ainda dentro do mesmo eixo pedagógico, informar a comunidade; sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informar esclarecer e ouvir a comunidade sobre a importância de realização das consultas, com propagandas no carro de som da cidade, semanalmente e na própria UBS- com auxílio dos ACS; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, no rastreamento, e nas visitas domiciliares.

- Qualificação da prática clínica:

Para atingir a meta sobre os riscos do tabagismo, orientação nutricional e incentivo a prática de atividade física, no eixo de qualificação da prática clínica, faremos uma melhoria no acolhimento para os usuários portadores de HAS, com consultas específicas, ambulatório em grupo com tira dúvidas e explicação para melhor adesão ao tratamento. Todas as sextas-feiras pela manhã, antes das consultas nas palestras. Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre a importância da alimentação saudável.

Para atingir as metas de estratificação do risco cardiovascular e de exames complementares, combate ao tabagismo e avaliação odontológica, no eixo de qualificação da prática clínica. Faremos a capacitação da equipe da unidade de saúde, na realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, metodologias de educação em saúde, realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, na avaliação e tratamento bucal, quanto à importância e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, no tratamento de pacientes tabagistas, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre a prática de alimentação saudável, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico.

Ainda dentro do mesmo contexto, e de acordo com manuais do Ministério da Saúde, disponíveis nas versões atualizadas e impressas na unidade de saúde,

capacitaremos os ACS para o cadastramento, orientação quanto a realizar as consultas e sua periodicidade de toda área de abrangência da unidade de saúde. Solicitando aos gestores o material adequado e nas três primeiras semanas de capacitação dos profissionais, realizando reuniões semanais de carga horária de duas horas, dentro do horário de trabalho, de acordo com o cronograma da intervenção e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, entre outros necessários).

### **2.3.2 Indicadores**

#### **1.1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na unidade de saúde.**

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

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

#### **2.1 - Proporção de [hipertensos] [diabéticos] faltosos com a consulta médica com busca ativa.**

- Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] faltosos à consulta médica com busca ativa.

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### **3.1 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

- Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] com exame clínico apropriado.

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

#### **3.2 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

- Numerador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] com exame complementar em dia.

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **3.3 - Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.**

-Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

- Denominador: Número de [hipertensos] [diabéticos] com prescrição de medicamentos.

### **4.1 – Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

- Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **5.1 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com estratificação de risco cardiovascular.**

- Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

- Denominador: Número total de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **6.1 -Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.**

- Numerador: Número de [hipertensos] [diabéticos] que realizaram avaliação odontológica.

- Denominador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **6.2 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

- Numerador: Número de pacientes [hipertensos] [diabéticos] que receberam orientação sobre alimentação saudável.

- Denominador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **6.3 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com orientação sobre prática de atividade física regular.**

- Numerador: Número de pacientes [hipertensos] [diabéticos] que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

- Denominador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

### **6.4 -Proporção de [hipertensos] [diabéticos] com orientação sobre os riscos do tabagismo.**

- Numerador: Número de pacientes [hipertensos] [diabéticos] que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Denominador: Número de [hipertensos] [diabéticos] cadastrados na unidade de saúde.

#### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus iremos adotar os Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 15) e Diabetes Mellitus (nº 16), ambos publicados pelo Ministério da Saúde em 2006. Utilizaremos a ficha dos pacientes específicas ao projeto e a ficha espelho disponíveis no município (Anexo A). Na ficha específica do projeto possuímos a coleta de informações sobre acompanhamento dos dados, colhidos da planilha tais como: estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, atraso nas consultas agendadas em mais de sete dias, orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal em dia, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos três meses com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso aos diabéticos.

Sendo ela elaborada com finalidade de coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar (Ficha fornecida pela faculdade a ser trabalhada junto com

o prontuário). Estimamos alcançar com a intervenção 939 hipertensos e 268 diabéticos.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das novas fichas-espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção serão utilizadas as planilhas eletrônicas de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o corpo clínico da ESF revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que compareceram ao serviço, pelo Programa, nos últimos três meses. Localizaremos os prontuários destes pacientes e transcreveremos todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizaremos o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico do Ministério da Saúde para a padronização das ações pelos membros da equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe, uma vez por semana. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com glicemia capilar acima de 150 g/dl e/ou pressão arterial acima de 135x 90 mmHg serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação precoce. Usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscarem consulta de rotina pelo Programa terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que três dias. Os usuários que comparecerem à consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas no tratamento não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa de pacientes faltosos serão reservadas 25 consultas por semana.





diabéticos faltosos às consultas												
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 1 - Cronograma de atividades.

### **3 RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

A intervenção, em um primeiro momento, foi confusa de ser colocar em prática, mas aos poucos, parecia que, por si só, progredia. Como se fosse um filho cuidamos, uma hora ele começou a andar só e cresceu muito, já que fora realizado no meio da floresta Amazônica, às margens do rio Madeira, em um município de aproximadamente vinte mil habitantes, no qual 60% deles vivem nas comunidades ribeirinhas.

O município de Novo Aripuanã é muito carente, e quando nos deparamos com a população que atendemos na Unidade Básica de Saúde José Barbalho Pinto, analisamos que muitos estavam abaixo da linha de pobreza, e isto nos fez refletir porque tanta falência no tratamento, e porquê estávamos fazendo mais trabalho de reabilitação do que prevenção e tratamento. Passei muito tempo analisando tal fato e buscando uma solução, infelizmente é muito difícil transformar questões culturais de pessoas que jamais pensaram em mudanças. Então, busquei primeiro me adequar aos seus costumes para que, num segundo momento analisasse de um outro ponto de vista, de uma forma que fosse prática e efetiva.

Ao analisar, me deparei em uma comunidade sem muitas expectativas de melhoras, pessoas pobres e muitas vezes depressivas com a situação em que se encontravam, este perfil era mais bem revelado nos idosos, muitas vezes portadores de sequelas decorrentes de doenças cardiovasculares. Então escolhi por hipertensão e diabetes, pensando na melhoria da vida desta comunidade.

As metas esperadas no projeto de intervenção eram bem otimistas e isto me deixou muito apreensiva durante todo o decorrer do trabalho, pois nas reuniões, sempre buscávamos superar nossas expectativas e todas as semanas isto ocorria, o que deixávamos mais entusiasmados para a semana seguinte, e, a cada semana que passava, mais trabalho tínhamos para fazer.

Esperamos que o trabalho continue, quando o projeto terminar, afinal a população espera que tenha continuidade. Mas sabemos que não será com o mesmo entusiasmo e nem com mesma força de vontade que dê certo, devido à falta de incentivo e às dificuldades encontradas de infraestrutura e à falta de pessoal qualificado. Mas devo acreditar que plantamos uma mudança em uma população tão carente, que é nítida a mudança nos usuários e a gratidão que eles sentem por tê-los ajudado de alguma forma, fazendo nossa obrigação, estabelecendo atendimento de qualidade a todos que procuram o Sistema Único de Saúde.

Da mesma forma que sentimos satisfação de que o trabalho está sendo cumprido e que o mérito do projeto ter sido implementado deve-se à toda a equipe da ESF José Barbalho Pinto.

A intervenção fora praticamente administrada de acordo com o cronograma proposto no projeto. A capacitação dos profissionais sobre os protocolos do Ministério da Saúde estava prevista para as três primeiras semanas do projeto e conseguimos ficar de acordo com o cronograma, porém, quando começamos a realizar o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, que estava previsto apenas para a primeira semana, fora diferente, precisamos de duas semanas para que os profissionais de saúde integrados no projeto se situassem em seu papel.

O mesmo ocorreu com a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos, que no cronograma, esperávamos realizar em duas semanas, mas realizamos em três, pois sentimos que os ACS estavam com muitas dúvidas, em relação a abordagem na comunidade, então sentimos a necessidade de mais uma reunião.

Mas o que mais atrasou fora o cadastramento de todos os pacientes da área adstrita no programa, que ocorreu nas doze semanas do projeto de intervenção, pois tivemos busca ativa em todas as semanas, sempre com auxílio dos agentes comunitários de saúde, e após o diagnóstico, eram cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensos e Diabéticos.

Estava previsto o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos apenas um em um dia da semana, porém o número de usuários aumentou drasticamente, necessitando, então do atendimento diário. Eram atendidos em torno de 60 pacientes portadores destas doenças crônicas ao dia.

Já na primeira semana o secretário de saúde do município autorizou-me a atender todos os dias os usuários do projeto e quantos usuários quisessem, mas sempre deixando bem claro que a obrigação do médico era apenas de vinte usuários por turno. E isto que proporcionou o aumento dos índices dos indicadores. Está previsto que os usuários serão atendidos em um dia da semana, nas sextas-feiras, associando-se a rotina do serviço.

Como a intervenção cresceu mais que esperávamos tínhamos em nosso cronograma apenas seis reuniões em contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação de diabéticos e hipertensos, para as demais estratégias que foram implementadas. Entretanto ocorreram dezoito contatos com a comunidade, até porque o projeto começou a ser implementado em todos os dias da semana e as reuniões com os líderes eram à noite nas igrejas da comunidade.

Nos encontros do grupo, realizados na própria unidade, na sala de espera, eram organizados pela médica, e foram utilizados recursos como palestras de educação em alimentação, atividade física e promoção de saúde. No início ocorreriam apenas em um dia na semana, mas começaram a ser executados todos os dias das doze semanas, ao final de cada turno, com duração de 45 minutos. Os convidados desses encontros eram apenas os usuários hipertensos e diabéticos. Isso fez com que o projeto ganhasse popularidade na comunidade e cada vez mais se tornando um alibi para nossa intervenção, e fora através dele, que muitas vezes, usuários iam para os atendimentos ambulatoriais e traziam novos usuários devido às informações colhidas em consultas anteriores.

Em relação a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, eram realizadas todos os dias pelos agentes comunitários de saúde. Havia um dia na semana, todas as quartas-feiras, em que um médico, um enfermeiro e um dentista iam às vistas domiciliares, no período da manhã e da tarde. Confesso que este era o dia em que buscava ver, nos cartões de visita dos ACS e nas casas, se estava ocorrendo visita pelos ACS e conversava com a comunidade, para que procurassem mais a UBS para o rastreamento da diabetes e da hipertensão arterial sistêmica.

O monitoramento da intervenção fora feito de acordo com o cronograma previsto, era realizado todas as sextas-feiras da semana, com auxílio da enfermeira,

conseguimos todas as semanas após a reunião com os profissionais de saúde da UBS.

A participação e o apoio da gestão foram essenciais para que o projeto fosse adiante, incentivando a equipe envolvida e estimulando uma busca de melhoria contínua do atendimento aos usuários.

## 4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

Na Área adstrita estima-se que existam 1.878 hipertensos e 537 diabéticos, antes das doze semanas de intervenção, o Programa estava com 398 hipertensos e 91 diabéticos sendo cadastrados na unidade, pois as pessoas estão espalhadas por as comunidades ribeirinhas, longe da área urbana, a diferença no cadastramento se da devido a que nem todos os usuários serem encontrados.

A meta de cobertura para o primeiro objetivo era de cadastrar 100% dos portadores de hipertensão e 100% dos portadores de diabetes, contudo não foram devidamente atingidas no decorrer destas doze semanas, pois, dos 1.878 hipertensos, foram cadastrados 585 (31,2%) e 122, dos 537 diabéticos, (22,7%).

A Figura 2 mostra o gráfico de distribuição da cobertura dos hipertensos no decorrer dos 3 meses. No primeiro mês foram cadastrados 19,2% (361), no segundo foram 26,4% (495), finalizando 31,2% (585) no último mês.

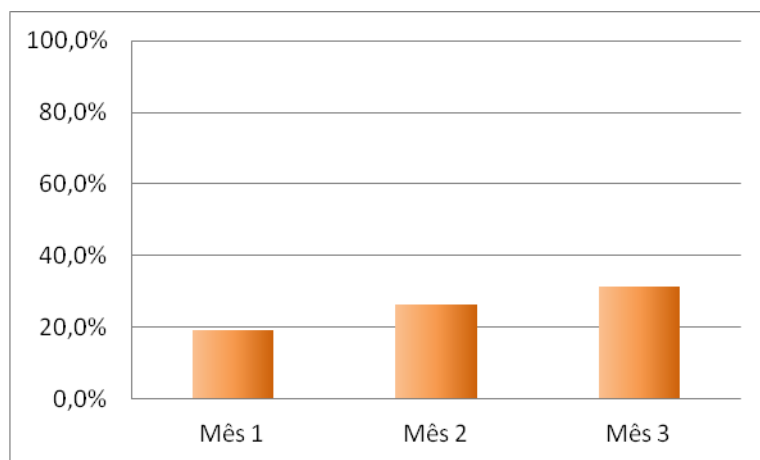


Figura 2 - Gráfico da cobertura de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

A Figura 3 mostra o crescimento da cobertura para os diabéticos, sendo 16,9% (91) foram cadastrados no primeiro mês, 19,7% (106) no segundo e 22,7% (122) no terceiro mês.

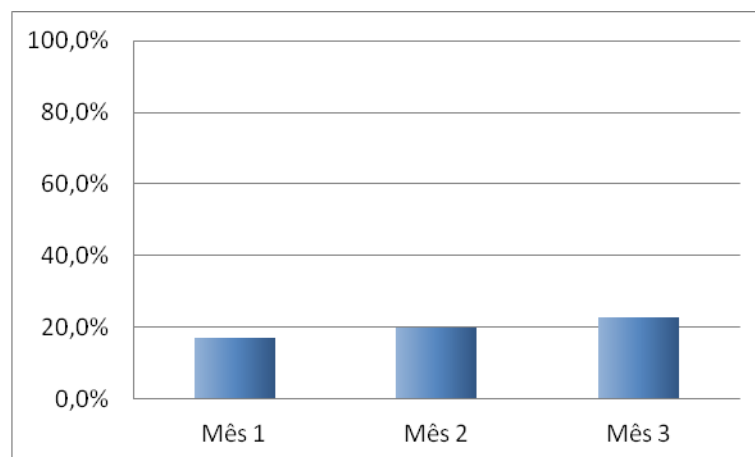


Figura 3 - Gráfico da cobertura de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

As ações que mais auxiliaram na captação foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos portadores de hipertensão e de diabetes e o rastreamento por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam visitas domiciliares para chamá-los para a consulta.

Mas um grupo preocupa, pois trata-se da população ribeirinha que fica pouco assistida e quando temos o primeiro contato com estes pacientes já apresentam comorbidades e às vezes até sequelas de complicações das patologias. A dificuldade de locomoção para chegar até estes pacientes é somente um dos fatores, faltam também qualificação de pessoal e interesse em trabalhar nas áreas ribeirinhas.

A meta para o segundo objetivo, de melhorar a adesão, previa realizar busca-ativa à todos os hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada pelo protocolo adotado.

Para os hipertensos, no primeiro mês, dos 90 faltosos, 53 foram visitados pelos ACS, totalizando 58,9%, no segundo, de 126, foram visitados 86 (69,9%) e, no último mês, a proporção manteve-se similar, de modo que de 129 faltosos, 90 haviam recebido a visita para busca-ativa (Figura 4).



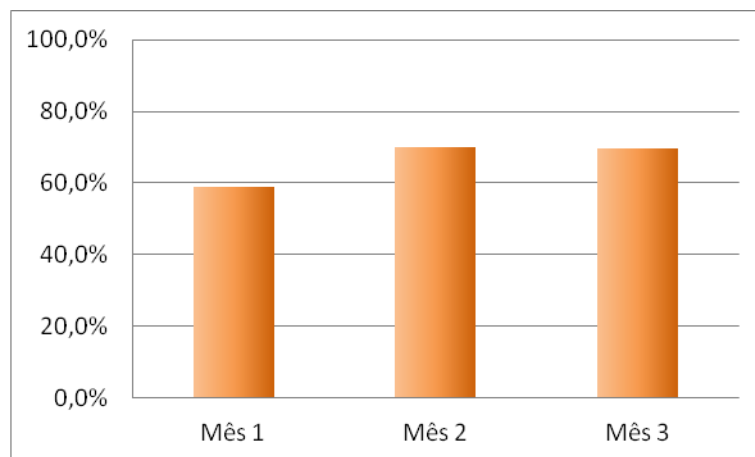


Figura 4 - Gráfico da proporção de hipertensos faltosos que receberam busca-ativa. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Para os portadores de diabetes, antes do início das ações específicas à intervenção, a taxa de busca-ativa à faltosos era de 13,8%(em torno de cinco visitas para 36 faltosos). Ao final do primeiro mês conseguimos realizar apenas uma visita, para estes mesmos 36, a taxa foi de 16,7%, no segundo mês foi possível realizar doze visitas nos 42 faltosos, a taxa ficou em 26,2%, no terceiro mês aumentamos para 30,2%buscados, 13 de 43 usuários faltosos à consulta (Figura 5).

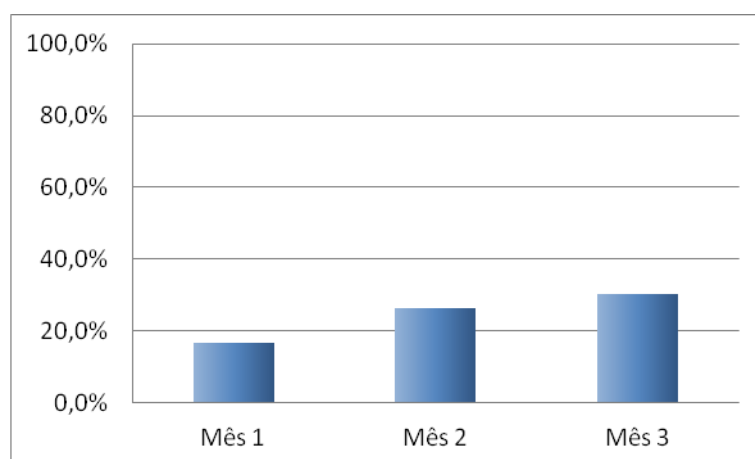


Figura 5 - Gráfico da proporção de diabéticos faltosos que receberam busca-ativa. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2014.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

A dificuldade de acesso teve muito importância, porque mesmo com os ACS não tínhamos aparelhos de dextro para eles, e a busca ativa realizada não foi em todas as comunidades ribeirinhas, pois quando baixamos o Rio Madeira, não tinha mais fita para realizar o dextro. A meta, para ambos grupos, não foi atingida, contudo, espera-se que com a manutenção dos atendimentos e com a crescente

qualificação das ações, o número de faltosos diminua, facilitando assim a busca destes indivíduos pelos ACS.

O terceiro objetivo visava a melhoria da qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos, estipulou-se para a meta 3.1, realizar exame clínico apropriado para 100% dos hipertensos e o mesmo para os diabéticos. Ao final do primeiro mês de qualificação das ações, identificamos que, existiam 112 usuários hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, totalizando 31%. No segundo mês, conseguimos a meta estipulada e alcançar a totalidade dos 495 pacientes hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, mantendo-se a mesma taxa ao final da 12ª semana, como os 585 usuários hipertensos cadastrados atendidos (Figura 6).

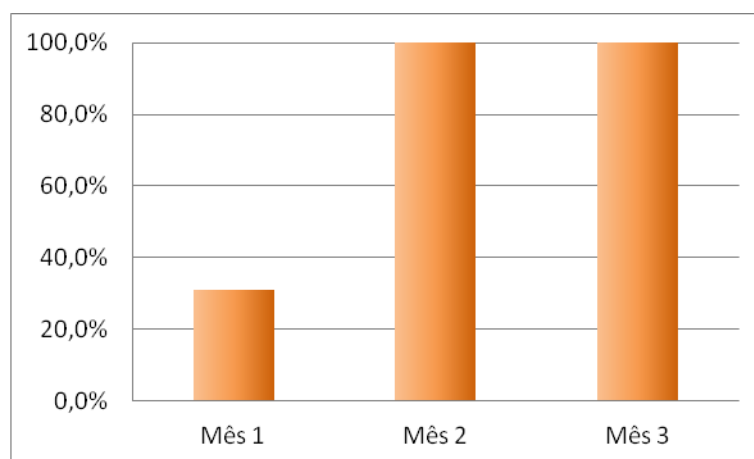


Figura 6 - Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia, de acordo com protocolo. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Para os diabéticos acompanhados, no primeiro mês existiam 36 usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, totalizando 39,6% dos 91 cadastrados. No mês 2, obteve-se o alcance da meta ao atingir todos os 106 diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. No último mês, manteve a excelente taxa com o atendimento dos 122 portadores de diabetes atendidos (Figura 7).

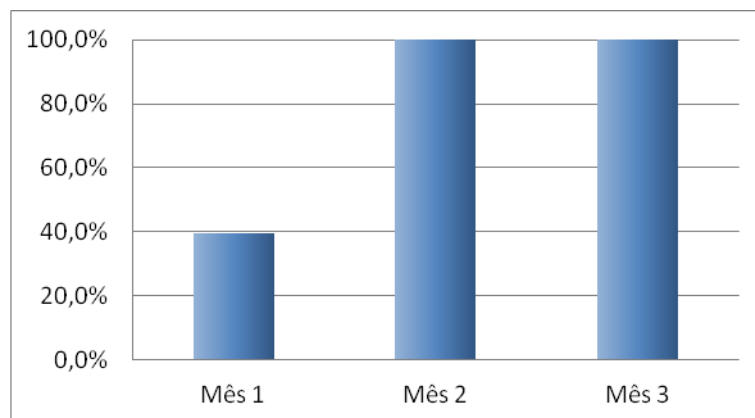


Figura 7 - Gráfico da proporção de diabéticos com exame clínico em dia, de acordo com protocolo. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

O atendimento foi exaustivo, devido na unidade de saúde existir apenas um médico cargo este a mim designado. Tinha que fazer o trabalho burocrático e ainda atender aos usuários, houve dias de atendimento a 40 usuários, além do trabalho diário, ainda ficava horas a mais todos os dias, a realização do trabalho só teve êxito por causa da dedicação pessoal e profissional e do apoio da comunidade.

A meta 3.2, garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, foi plenamente alcançada ao final da 12<sup>a</sup> semana.

Para os hipertensos, no primeiro mês conseguimos que 300 hipertensos estivessem com os exames complementares em dia, totalizando 83,1%, no segundo mês aumentamos para 90,1% (446 hipertensos), e no terceiro mês conseguimos que os 585 usuários estivessem com seus exames complementares em dia. Todos os usuários que foram encontrados e cadastrados fizeram os exames complementares.

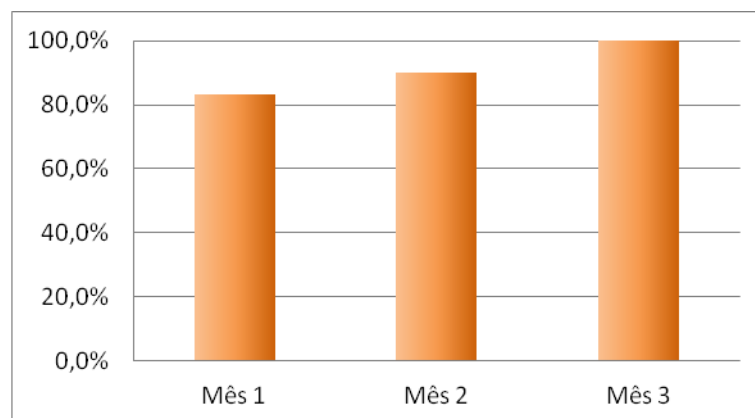


Figura 8 - Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Para os diabéticos, no primeiro mês, 55 usuários estavam com os exames complementares em dia, o que correspondia a uma taxa de 60,4%, no segundo mês aumentamos para 65, e por ter aumentado a cobertura, a taxa permaneceu similar, em 61,3% diabéticos 61,3%. Foram nas últimas quatro semanas que totalizamos os 122 usuários com os exames complementares (Figura 9).

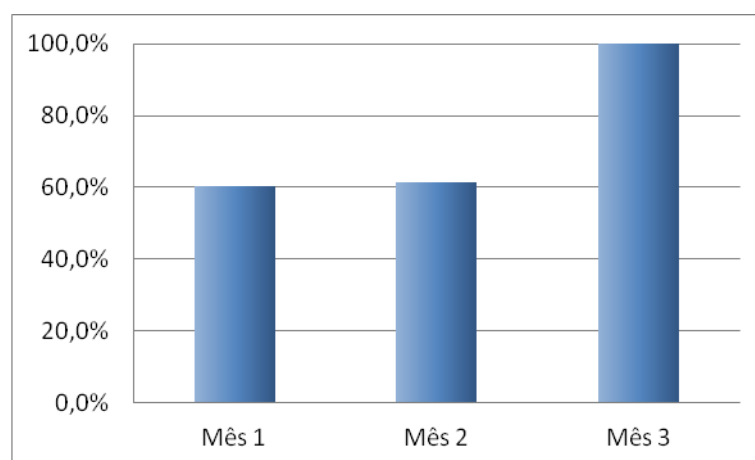


Figura 9 - Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Em relação aos exames. Como por exemplo, o ECG, este dava mais trabalho, pois o exame era realizado na comunidade e encaminhado pela telemedicina para a cidade de Manaus, e consegui através da faculdade Estadual pela qual me formei.

A meta 3.3 previa garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no início da intervenção esta proporção era desconhecida, pois a

informação não existia nos prontuários revisados, contudo, foi plenamente atingida em todos os meses, pois todos os hipertensos e diabéticos receberam prescrições medicamentosas com produtos disponibilizados pela farmácia popular.

O quarto objetivo era o de melhorar o registro das informações, estipulado pela meta 4.1, com previsão de manter a atualização das fichas de acompanhamento para 100% dos usuários atendidos no programa. Antes da intervenção, dos 398 hipertensos acompanhados, existiam apenas 103 hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento (25,8%) e, dos 91 diabéticos, 36 estavam com seus respectivos registros atualizados (39,5%). Já ao final do primeiro mês, para todos os cadastrados foi possível atualizar e/ou manter atualizado o registro dos atendimentos, o mesmo ocorreu nos meses consecutivos.

O objetivo 5, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, em sua única meta, almejava estratificar 100% dos cadastrados em 3 meses. A meta foi plenamente alcançada desde o início da intervenção.

O último objetivo trata da promoção da saúde, e suas quatro metas almejavam que todos os cadastrados recebessem (meta 6.1) avaliação odontológica, (6.2) orientação nutricional para alimentação saudável, (6.3) orientações para a prática de atividade física regular e (6.4) orientação quanto aos riscos do tabagismo.

No primeiro mês, a meta atingiu 90% (103) dos hipertensos cadastrados no período, no segundo e terceiro meses a avaliação conseguiu 100% de atendimentos odontológicos (Figura 10).

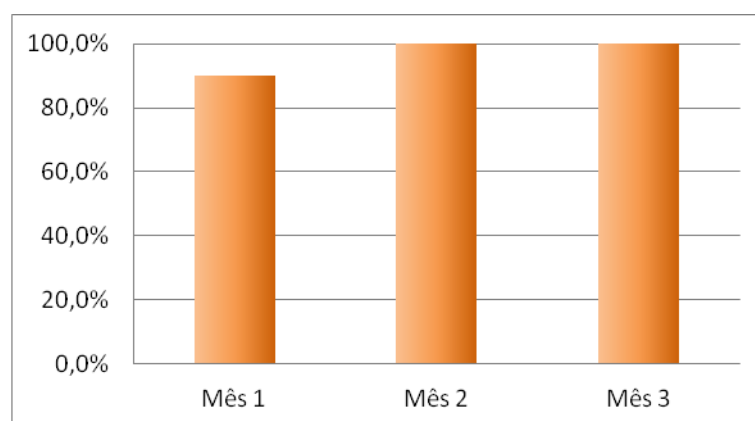


Figura 10 - Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação odontológica. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Para os portadores de diabetes, no primeiro mês atingimos 60,4% (55) dos cadastrados, da mesma forma que para o outro grupo, nos meses consecutivos, todos os diabéticos foram avaliados quanto à sua saúde bucal (Figura 11).

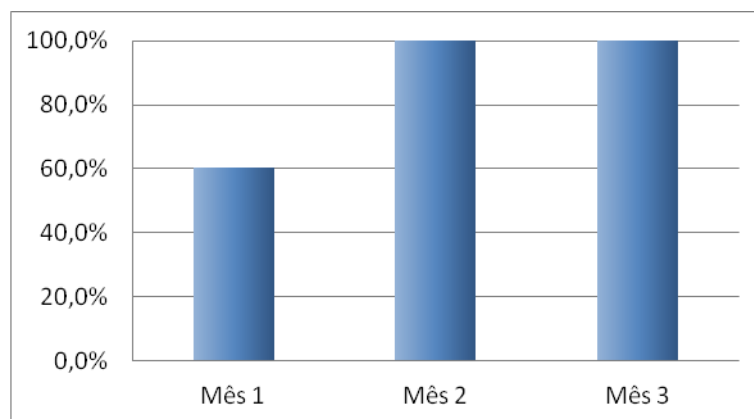


Figura 11- Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação odontológica. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

Em relação ao Dentista, o Secretário fez com que os três dentistas tivessem 05 vagas extras para os usuários da unidade, e no segundo mês de intervenção, consegui que o dentista trabalhasse mais 02 meses só com meus usuários. E ainda haviam dentista particulares, que os pacientes que tinham condições pagavam e eu anexava no meu projeto, e ainda no município tinha um Bioquímico facilitando assim o trabalho, pois precisava que os exames ficassem prontos rapidamente para a intervenção dos dentistas. A meta 6.2 apresentou plena cobertura desde o primeiro mês, para ambos grupos. Estas orientações eram fornecidas durante os atendimentos na unidade.

A meta 6.3, mesmo com uma proporção significativa, não foi plenamente atingida ao final do terceiro mês. A figura abaixo mostra a proporção de hipertensos que receberam orientações sobre atividade física regular no decorrer dos três meses, sendo que no primeiro mês tínhamos 353 usuários devidamente orientados (97,8%), no segundo mês aumentamos para 487 (98,4%) e no terceiro mês totalizou 557 hipertensos (98,6%) - Figura 12.

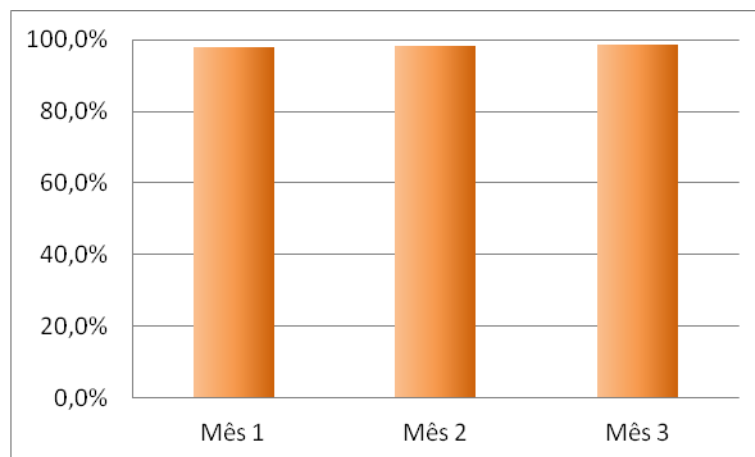


Figura 12- Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

A figura abaixo mostra a proporção de diabéticos que receberam orientações sobre a prática de atividade física regular, sendo que no primeiro mês tínhamos 83 diabéticos (91,2%) com orientações recebidas, no segundo mês aumentamos para 98 (92,5%), e no terceiro mês aumentamos para 114, totalizando 93,4% dos diabéticos devidamente orientados.

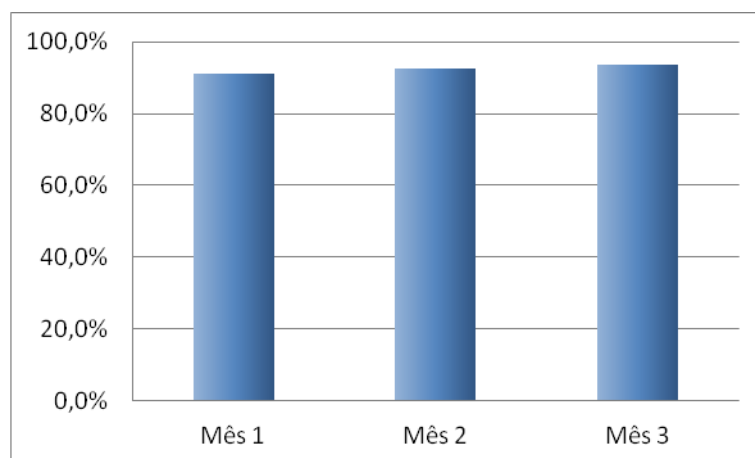


Figura 13- Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. ESF José Barbalho Pinto. Novo Aripuanã, AM. 2013.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados e Indicadores.

O desenvolvimento das atividades de orientação foi realizado, porém nos dias de palestra ao tabagismo, os usuários acabavam chegando atrasados para as consultas. A meta 6.4, para as ações de orientação sobre os riscos do tabagismo, foi plenamente alcançada nos dois grupos nos três meses avaliados.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada nestas doze semanas de intervenção, na unidade da Estratégia Saúde da Família José Barbalho Pinto, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos na comunidade, promoveu maior participação da equipe, melhorou registros, e, principalmente, qualificou a atenção à saúde integral destes usuários.

No início tínhamos 398 hipertensos e 91 diabéticos cadastrados, passando, após a intervenção ao final do terceiro mês registraram o cadastramento de 585 hipertensos e 122 diabéticos, todos devidamente acompanhados. Tendo um alcance ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 31,2% dos hipertensos e 22,7% dos diabéticos.

Ao final do primeiro mês foram cadastrados 361 hipertensos, menos do que havia antes 398, pois quando cataloguei, só havia 361 devido aos outros serem cadastrados nas áreas ribeirinhas, então no primeiro mês não tive o contato com eles, já no segundo mês solicitei dos agentes comunitários de saúde que os informassem que eu estava à procura deles.

A Intervenção do projeto exigiu que a equipe de saúde se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e do diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, do odontólogo, do fisioterapeuta, da auxiliar de enfermagem, da recepcionista e dos ACS. Sendo assim realizamos reuniões semanais, nas quais, as três primeiras foram exclusivamente para capacitação dos profissionais, com abordagem dos manuais do MS e a definição de função para cada profissional durante a intervenção. Aos agentes comunitários foi reforçada a maneira de abordagem destes usuários. Aos auxiliares de enfermagem, foi esclarecida a triagem específica aos hipertensos e diabéticos. À equipe de enfermagem como seriam abordados estes usuários e quais seriam as causas dos seus diagnósticos. Todos os profissionais se prontificaram a aprender e foram receptivos à por em prática a intervenção do projeto.

Encontramos melhoria dos registros, com prontuários específicos para cada patologia, e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, para a classificação de risco e para promoção de saúde de ambos os grupos. Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e ao



diabetes eram concentradas na médica e diziam respeito apenas ao que indicava tratamento e reabilitação das seqüelas, a reorganização do processo de trabalho da equipe viabilizou a atenção a um maior número de pessoas.

Com aumento da demanda, fomos autorizados pela secretaria do município a atender especialmente todos os dias os pacientes hipertensos e diabéticos. Isto foi possível com a contratação de três médicos cubanos do Programa Mais Médicos, aumentando o número dos profissionais de saúde, auxiliando no tratamento de todos os usuários da USB.

A classificação de risco para hipertensão e diabetes foi fundamental para apoiar a priorização do atendimento à estes usuários. Para o início desta classificação foram feitas leituras dos prontuários auxiliadas pelo conhecimento dos agentes comunitários de saúde, que identificavam os moradores de suas áreas que apresentavam falha no tratamento e até mesmo estavam sem tratamento. Na leitura dos prontuários, foi notada a falta de algumas informações nos registros, o que acabou prejudicando a coleta de alguns indicadores, e lembrando que não possuímos farmácia popular no município, tivemos que pegar a lista de medicamentos da farmácia popular para comparara com os medicamentos utilizados pelos usuários como os prontuários com informações mínimas, sem relatos de promoção de saúde. Vamos Adequar a ficha e os prontuários dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. E felizmente conseguimos.

O município de Novo Aripuanã é pequeno, e por isso o impacto da intervenção é percebido pela comunidade e admirado por muitos usuários. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade e melhora da qualidade no atendimento, sendo a intervenção bem aceita pela comunidade.

Como o projeto não foi bem aceito com os médicos estrangeiros, pois os usuários apresentam um grau de insatisfação durante o atendimento dos médicos cubanos e negaram o atendimento pelos mesmos. Porque os médicos que me ajudavam a articular e implementar o projeto, tinham sido demitidos por isso vieram os médicos cubanos. E isto faz com que acreditemos que ao término do projeto, o serviço provavelmente terá uma piora na qualidade e na prioridade do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, fazendo com que consideremos a possível diminuição dos índices na ação programática.

A Intervenção será incorporada a rotina do serviço, no início seria apenas nas sextas feiras, mas depois fomos autorizados a trabalhar todos os dias no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, pois são os com mais fatores de risco para obterem sequelas e conseqüentemente piora na qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Pois, esperamos que na área de abrangência do projeto tenham 1355 (22,7% da população com 20 anos ou mais com HAS) hipertensos e 334 (5,6% da população com 20 anos ou mais com DM) diabéticos, essa era a meta que esperávamos encontrar, porém minha cobertura no final da intervenção fora 585 hipertensos e 122 diabéticos.

Hoje percebo que a intervenção poderia ter sido facilitada se, desde a análise situacional, se eu tivesse discutido mais com a equipe sobre procedimentos de abordagem, mas nem dei conta de tal importância e de como melhoraria a abordagem com os profissionais da minha unidade básica de saúde. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Apesar das dificuldades encontradas agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar os obstáculos que possam surgir.

Com o termino do projeto chegando, infelizmente não somos otimistas em relação ao encaminhamento da intervenção. Mas esperamos que o próximo aluno do PROVAB, se vier à esta comunidade, dar andamento ao projeto iniciado, visto que os médicos do Programa Mais Médicos se recusaram à dar andamento, pois estão sendo rejeitados pela comunidade. Entretanto sabemos que todos profissionais da saúde da UBS estão qualificados para dar andamento ao projeto, e estamos readequando à enfermeira para que ela fique responsável para o andamento da intervenção. E esta é a nossa esperança concreta para que o projeto não pare. E isto nos faz sentirmos impotentes e nos deixa tristes, que trabalhamos tanto para que a intervenção crescesse para depois pensarmos que temos a possibilidade de não ter andamento e melhoria para a comunidade, assim nos

fazendo acreditar que nosso trabalho ainda não terminou e pode regredir ou até mesmo cessar.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

O município de Novo Aripuanã, ao aderir ao programa PROVAB em fevereiro de 2013. Foi iniciado um trabalho inovador jamais visto nesta comunidade. Com projeto e pesquisas a serem postas em prática. O pensamento era que o trabalho não fosse bem aceito pelos gestores do Município.

Mas infelizmente não foi isto que ocorreu, o aprendizado foi que unidos com a gestão, o projeto andaria bem mais depressa. E foi isso que ocorreu, o sucesso de nosso projeto tem muitas dividas ao apoio da prefeitura e da secretaria de Novo Aripuanã.

Não se deve esquecer o quão fora importante o apoio dos gestores, que acreditaram que nosso projeto iria mudar os índices baixíssimos do município, e fora oque aconteceu, não mediram esforços para nos auxiliar, tanto com materiais. Nossos prontuários, nossas fichas de espelho, os esfignanômetros aos ACS, as fitas de glicemia capilar e os apoios dos cafés da manhã aos usuários, nos dias determinados e até a divulgação na rádio conseguimos. Sentimos vitoriosos com tais atos. E quando imaginei em desistir, pela logística do município e principalmente pela falta de internet do município fora quando pude perceber o total apoio da comunidade, quando o prefeito, o vice-prefeito e os vereadores me ajudaram com a liberação, para retorna “a capital”, a fim de enviar via internet.

O maior objetivo é que as mudanças virem rotina em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, e sabemos que será uma grande caminhada, mas já começamos e devemos dar continuidade.

Como o trabalho foi multidisciplinar, todos os trabalhadores da área de saúde inseridos no projeto sabem seus objetivos e como o trabalho funciona, infelizmente, com minha ausência, ficaremos sem médicos do PROVAB em Novo Aripuanã. Mas a mudança já começou e é de total responsabilidade que os gestores apoiem que a melhoria da saúde da comunidade seja realizada.

### **4.4 Relatório da intervenção para comunidade**

Cara comunidade, neste um ano trabalhando no município de Novo Aripuanã, o que posso relatar é que no inicio foi muito difícil, pois sabemos que a comunidade

é muito carente. Trabalhei na unidade básica de saúde José Barbalho Pinto, a mais abrangente da comunidade. É de conhecimento de todos, que quando cheguei acompanhada de uma amiga, pelo projeto do PROVAB, éramos duas médicas, confesso que era mais fácil realizar as tarefas.

Porém quando minha colega desistiu, também pensei em desistir, pois o trabalho ficou maior, e o fluxo da ESF sempre fora grande e ainda tínhamos o problema que os médicos ficavam sempre menos de três meses no município e acabavam pedindo demissão, por não se habituarem a vida no município.

Então, começamos com a análise situacional da ESF, e percebemos grandes problemas, como o número de usuários que estavam cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e ao Diabético, era muito baixo começamos a procura de todos os prontuários, e análise, para que pudéssemos rastrear os usuários que não estavam com diagnóstico e conseqüentemente sem tratamento adequado.

Agradeço a ajuda de vocês (comunidade), que acreditaram em nosso projeto, pois sem este apoio tão receptivo, não teríamos conseguido e, fez com que o projeto se desenvolvesse, tornando-se um evento.

Os agentes comunitários de saúde foram essenciais, para que nosso projeto fosse aceito por vocês, pois eles começaram a iniciar o rastreamento na área de abrangência da UBS e a explicar para a população a importância do diagnóstico precoce.

Olhando e analisando por tudo que passei, neste primeiro ano de minha vida como médica sinto-me realizada e com a certeza do dever cumprido, plantei uma semente na comunidade onde não tinha nada em acreditar, mesmo atuando em um município carente, mas de enorme cultura e de ensinamentos pessoais aprendidos, apesar de todas as muitas dificuldades. Mas conseguimos e mostramos que para mudar, só precisamos de atitude e que projetos como este ajuda as pessoas a acreditar cada vez mais que o Brasil está mudando.

Confesso que sentirei saudades, e acredito que estamos no começo, temos pessoas qualificadas dentro de nossa UBS, que mesmo com dificuldades, temos a certeza que o projeto não irá parar. Infelizmente sabemos que não tivemos médicos inscritos para o município e que o programa mais médicos não quiseram se adequar ao projeto. E para piorar a situação, estamos sem médicos brasileiros nas Unidades Básicas de Saúde do município.

O município me chamou para ser contratada, mas recusei porque infelizmente agora, meus objetivos são outros, espero que a comunidade possa me entender, e afirmo que jamais esquecerei este povo amazônico, que apresentam tantas características distintas e sem encontram em inúmeras dificuldades, mas jamais perdem o sorriso no rosto e as esperanças que um dia tudo irá melhorar.

Só tenho a agradecer a toda comunidade em geral, que acreditou no meu projeto, me acolheu e me incentivou quando acreditei que não conseguiria ir adiante. Obrigado população Novo Aripuanense.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

O desenvolvimento do trabalho teve grandes dificuldades, e no início começamos com poucas expectativas em relação ao projeto de intervenção, pois a comunidade apresentava-se praticamente esquecida e para termos resultados deveríamos ter muito empenho. Trabalhamos na maior Unidade Básica de Saúde do município, e que também abrange a população ribeirinha, da qual não possuíamos nenhum dado. Mas o inesperado aconteceu, nos empenhamos e começamos a acreditar que teríamos resultados positivos.

Quanto mais trabalho fazíamos, mais usuários apareciam. E o ocorrido fora bastante gratificante e a vontade de trabalhar a cada dia aumentava mais, por todos os profissionais de saúde da UBS José Barbalho Pinto, devido os resultados inesperadamente bons e agora o que era apenas um sonho, tornou-se realidade, os dados aumentavam dia a dia e indicavam visivelmente as melhorias.

E isto teve um grande significado profissional, afinal nada é melhor que perceber que seu trabalho está sendo aceito e a está mudando a realidade da comunidade. Aprendemos que precisamos de trabalho multidisciplinar para obtermos resultados promissores, e a equipe só é completa se todos se prontificarem a realizarem seus trabalhos adequadamente. Fora o que realmente aconteceu.

Quando saímos da faculdade, literalmente estamos sem experiência alguma. Este programa PROVAB, elaborado pelo ministério da saúde, no primeiro momento, entramos para participar, pela porcentagem na prova de residência que nos dá após o término de um ano. Mas ganhei muito mais, experiência de vida, algo que a faculdade jamais poderia ter dado.

O respeito pelo povo brasileiro, que mesmo com tantas dificuldades e muitas vezes em condições abaixo da linha de pobreza, apresenta grande gratidão quando

são tratados pelo serviço de saúde público com o respeito e a qualidade que todos os cidadãos têm direito, colocando a universalidade em prática em nosso país.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o diagnóstico das lesões palpáveis da mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**.

IV Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Hipertensão** 2002; 5:123-63. Disponível em [www.sbh.org.br/documentos/index.asp](http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp).

IV Diretriz para **uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial** / II Diretriz para o uso da monitorização residencial da pressão arterial. ArqBrasCardiol 2005; 85,(supl. II): 5-18.

Fuchs FD. **Hipertensão arterial sistêmica**. Em: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani E, eds. 3.ed. Medicina Ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.



## **ANEXOS**



