



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF N-01, Manaus/AM**

**Hernán Ponce Siles**

**Pelotas, 2015**

**Hernán Ponce Siles**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF N-01, Manaus/AM**

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

Orientador: Luciano de Paula Moura

Pelotas, 2015

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

S582m Siles, Hernan Ponce

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF N-01, Manaus/AM / Hernan Ponce Siles; Luciano de Paula Moura, orientador(a); Fabiana Vargas Ferreira, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Moura, Luciano de Paula, orient. II. Ferreira, Fabiana Vargas, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai, por seu esforço constante por a superação de seus filhos, minha mãe, por ser exemplo de sabedoria e apoio, e os meus irmãos por me dar forças para continuar.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica, especialmente ao Dr. Luciano de Paula Moura.

Agradeço também a minha esposa, Rubi Montecino Vargas, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e alegria.

Aos integrantes da equipe Básica de Saúde N-01, por seu apoio constante, incondicional.

## **Agradecimentos**

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, aos meus pais por me ensinarem que na vida podemos realizar nossos sonhos desde que tenhamos força de vontade e humildade para aprender.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro, um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética presentes nesta casa superior de estudos.

Ao meu orientador Luciano de Paula Moura, pela sua dedicação, apoio, incentivo constante, sem essas qualidades seria impossível chegar ate aqui.

Aos usuários e a comunidade com os quais convivo e aprendo dia a dia a arte do “Cuidar” durante toda a minha jornada acadêmica e trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e a ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria, se pudesse, um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída”*

**Mahatma Ghandi**

## Resumo

SILES, Hernán Ponce. **Melhoria da Atenção à saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF N-01, Manaus/AM. 2015.** 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* (DM) atuam como fatores de riscos para as doenças cardiovasculares que por sua vez vem apresentando alto índice de morbimortalidade. Somado a isso, a prevalência dessas doenças tende a aumentar, entre outros fatores, com o envelhecimento da população, tornando-se um problema de saúde pública a nível mundial. Dessa forma, o seguinte projeto de intervenção, realizado na UBS/EFS N-01, buscou melhorar a atenção a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus, de forma a associar ações que contemplasse quatro eixos, entre eles, monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção foi realizada entre dezembro de 2014 e março de 2015, contemplando 16 semanas. Atualmente existem 68 diabéticos cadastrados na unidade e 166, o que representa 26% hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 38% de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Entre os resultados encontrados, destacam, em relação a HAS, a alimentação e a manutenção atualizada das fichas de acompanhamento teve uma ampliação em seu percentual inicial, mês 1, de 76,1% (124), para 85,3% (139) nos meses 3 e 4; a realização de buscas ativas, apenas o mês 1 não atingiu os 100% alcançados nos outros três meses; o número de hipertensos com exames clínicos em dia, atingiu, no mês um, 75,5% (123), ampliando para 78,5% (128) no mês 2, 87,7% (143) no mês três e o maior percentual, 90,8% (148) no último mês de intervenção. Em relação a DM, os registros adequados das fichas de acompanhamento chegou a 76,6% (36) no mês 1, aumentando essa proporção para 78,7% (37) no mês 2 e, 91,5% (43) nos meses 3 e 4; em relação aos exames clínicos e complementares definidos em protocolos para o público em questão, a proporção de usuários acompanhados com exames clínicos em dia atingiu a proporção de 78,7% (37) no mês 1, 80,9% (38) no mês 2, 95,7% (45) no mês 3 e 97,9% (46) no mês 4. Todavia, hoje o que se busca é atenção especial e investimentos na prevenção, diminuindo as taxas de internações hospitalares e investimentos na área curativa, pois precisamos como profissionais da área da saúde nos engajar nesse desafio, e ser atores de transformações na área da saúde. Tendo a atenção básica como a primeira opção, ou seja, a porta de entrada para os serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. E que se caracterizam como responsabilidades dos profissionais que atuam na atenção primária e que visam reduzir danos à saúde da população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

## Lista de Figuras

- Figura 1 Rede Assistencial de Manaus, ano 2013. 16
- Figura 2 Total de Estabelecimentos de Saúde no ano de 2013, por Distrito Sanitário, Manaus, 2015. 17
- Figura 3 Total de laboratórios e postos de coletas, por especificidade. Manaus, 2015. 17
- Figura 4 Total de laboratórios e postos de coletas, por especificidade e Distrito Sanitário. Manaus, 2015. 18
- Figura 5 Total de aparelhos, por tipo e Distrito Sanitário. Manaus, 2015. 18
- Figura 6 Proporção da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 53
- Figura 7 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 54
- Figura 08 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 54
- Figura 09 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 55
- Figura 10 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 55
- Figura 11 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 56
- Figura 12 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 57
- Figura 13 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 58
- Figura 14 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 59
- Figura 15 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus. 59



- Figura 16 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 17 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 18 Proporção da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 19 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 20 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 21 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 22 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 23 Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 24 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 25 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 26 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 27 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 28 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.
- Figura 29 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DISA	Distrito Sanitário de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino a distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus
HPSC	Hospital Saúde da Criança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Micro área
NASF	Núcleo de Apoio A Saúde da Família
ORL	Otorrinolaringologia
PA	Pronto Atendimento
CNES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SEMUSA	Secretaria Municipal da Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

1. Análise Situacional	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional	29
2. Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa	30
2.2 Objetivos e Metas	34
2.2.1 Objetivo Geral	34
2.2.2 Objetivos Específicos	34
2.3 Metodologia	37
2.3.1 Detalhamento das Ações	37
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	48
3. Relatório de Intervenção	49
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	49
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	51
4. Avaliação da Intervenção	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discussão	69
5. Relatório da Intervenção para Gestores	72
6. Relatório da Intervenção para a Comunidade	75
7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Referências	79
Anexos	80

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade educação à distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes mellitus na UBS/ESF N0-1, Manaus/AM. Nesse sentido, o trabalho está dividido em cinco capítulos, complementares entre se, na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional – No qual esta inserida a avaliação da unidade básica de saúde, do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresentando-se o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Onde buscou descrever o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos nas unidades básicas de saúde. Apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresentando a análise e discussão dos resultados encontrados, subsidiando assim, os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, presentes nesse capítulo.

Capítulo 5 – Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem – Onde se apresenta a visão pessoal do autor sobre todo o processo de aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Finalizando o volume com os anexos com as fichas e instrumentos utilizados na coleta e sistematização dos dados.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família UBS/USF-N-01 está localizada no Distrito Norte de Manaus, Rede Manauara, Amazonas.

A equipe de saúde que faço parte é composta por um médico generalista, uma enfermeira; dois auxiliares de enfermagem; seis agentes comunitários de saúde; dois dentistas, sendo um com carga horária de 20 horas e a outro com carga horária de 40 horas; um auxiliar de saúde bucal. Com uma população aproximada, sob a sua responsabilidade, de 981 famílias cadastradas, totalizando, aproximadamente, 4.195 pessoas, sendo 2.003 do sexo masculino e 2.192 do sexo feminino.

Na prática o número supera o recomendado pelo Ministério da Saúde, uma vez que, somado os usuários da fora da área da cobertura totalizamos aproximadamente 5500 pessoas, o que repercute negativamente na atenção da área de abrangência. Como alternativa para tentar reverta à situação, se sugere aumento do número de trabalhador a partir da incorporação de uma segunda equipe que possa satisfazer de maneira permanente as dificuldades de atendimento, se constata na atualidade.

Quanto à estrutura física, é composta com recepção, sala de vacinação, sala de nebulização, um consultório médico, um consultório de enfermeira, um consultório odontológico, uma farmácia, sala de cadastro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Entre os atendimentos que realiza está o atendimento de puericulturas, planejamento familiar, atenção pré-natal, atenção à saúde da mulher, do homem, Hipertensão e/ou Diabetes, saúde da criança, saúde de adolescente e a saúde do usuário idoso. Realiza-se também atividades que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigida a populações da área de abrangência especialmente.

Entre os problemas enfrentados, o de maior impacto refere-se à gravidez na adolescência, desde a captação das gestantes até a manutenção da atenção a gravidez precoce. Entendendo que a gravidez na adolescência é muito frequente em na população, merece maiores e mais eficazes ações de saúde voltadas a promoção, prevenção, no entanto, um dos problemas está diretamente ligada à

dificuldade com a programação de atividades educativas e da instituição dos programas de saúde para essa faixa etária, o qual estamos organizando, a partir da atenção a saúde na escola, estratégias consideradas de grande importância na captação desse público.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Estado do Amazonas é o maior em área territorial do País, com 1.559.161,682 km<sup>2</sup>. O Estado detém um dos mais baixos índices de densidade demográfica do país, com 2,23 hab/km<sup>2</sup>, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A população do Estado, de acordo com o Censo 2010, era de 3.483,985 habitantes, dos quais 2.755,490 vivem na área urbana e 728.495 na área rural. A capital Manaus, um dos 62 municípios do Amazonas, é cidade mais populosa da Região Norte, com 1.802,525 habitantes.

Em relação ao perfil demográfico, o município de Manaus é integrante da região do entorno do Rio Negro, formando uma rede de 12 municípios, Autazes, Barcelos, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira.

O perfil epidemiológico está caracterizado por queda nas taxas de mortalidade infantil no período de 2000 a 2011. No ano de 2000 Manaus apresentava uma taxa de 30,1 óbitos por 1000 nascidos vivos e em 2011 uma taxa de 13,4 por 1000 nascidos vivos, o que representa uma queda de 55,5%. No entanto, no ano de 2012 observa-se um leve aumento de 1,2% em relação ao ano de 2011. Ao analisar a mortalidade infantil proporcional, percebe-se que as principais causas estão na seguinte ordem: afecções originadas no período perinatal – representativa de 48% do total de óbitos em menores de um ano em 2012, as más formações congênitas, doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas.

Dos 559 óbitos em menores de um ano 268 (48%) ocorreram no período neonatal precoce (menores de sete dias) e 86 óbitos (15%) no período neonatal tardio (7 a 27 dias). O período pós neonatal (crianças de 28 a 364 dias) registrou 205 óbitos (37%).

No que se refere a mortalidade, no ano de 2012 o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) captou 9280 óbitos em Manaus dos quais 60% foram indivíduos

do sexo masculino. O coeficiente de mortalidade geral de Manaus foi de cinco óbitos por mil habitantes. Quanto analisado os dados para a mortalidade proporcional, em 2012, os mesmos revelam uma concentração de 35% dos óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos. Comparando a mortalidade entre sexos, observa-se que proporcionalmente entre os homens a mortalidade é maior em faixas etárias mais jovens do que entre as mulheres. As causas mal definidas ainda representam 11,5% do total de óbitos avaliados.

O perfil assistencial de Manaus está formado por uma rede assistencial composta 57 unidades (média e alta complexidade), distribuídas conforme Figura 1.

TIPO	DISTRITOS				TOTAL
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	
CAIC	03	03	03	03	12
CAIMI	01	01	-	01	03
CAPS	01	-	-	-	01
POLICLÍNICA	01	03	02	-	06
SPA	01	01	02	03	06
SPA e POLICLÍNICA	01	-	-	01	02
HPSC INFANTIL	-	01	01	01	03
HPSC ADULTO	-	01	02	-	03
MATERNIDADE	02	02	01	01	06
HOSPITAL INFANTIL	-	02	-	-	02
HOSPITAL	-	-	01	01	02
HOSPITAL/MATERNIDADE/SPA	-	-	01	-	01
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	01	01	-	-	02
FUNDAÇÕES	01	02	-	03	06
LABORATÓRIO CENTRAL - LACEN	-	01	-	-	01
CENTRO DE ZOONOSES	-	01	-	-	01
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>57</b>

**Figura 1:** Rede Assistencial de Manaus, ano 2014

**Fonte:** Secretaria de Saúde.

A rede da atenção primária à saúde, é formada por unidades básicas de saúde com a estratégia de saúde da família, com uma cobertura, em dezembro de 2014, de 34,5%, de acordo com o site do Ministério da Saúde/ Departamento da Atenção Básica. Até o ano de 2014, existiam 166 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) na capital amazonense, com anúncio da construção de mais 107 novas UBSF's, também chamadas de "Casonas" da saúde, para o ano de 2015.

Todas terão o modelo ampliado de 130 metros quadrados. Havia também um projeto de ampliação de 160 Unidades Básicas de Saúde (UBS), conhecidas como “Casinhas” para o modelo “Casona”. Desde total, 70 estão localizadas na Zona Norte, 50 na Zona Leste, outras 30 na Zona Oeste e 10 na Zona Sul. As casinhas foram construídas com apenas 32 metros quadrados que limitavam o atendimento aos usuários.

Em relação as unidades básicas de saúde convencionais, o município apresenta 48 estabelecimentos, distribuídos em quatro Distritos Sanitários (Figura 2).

TIPO DE ESTABELECIMENTO	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	FLUVIAL	TOTAL
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS	2	16	13	13		44
UNIDADE DE SAÚDE AMBULATORIAL - USA	3		1			4
<b>TOTAL DE ESTABELECIMENTOS</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>13</b>		<b>48</b>

Fonte: SCNES/SEMSA/março/2013

**Figura 2:** Total de Estabelecimentos de Saúde no ano de 2013, por Distrito Sanitário, Manaus, 2015.

Fonte: SCNES, 2013

A rede laboratorial da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), esta caracterizada por laboratórios (12) e postos de coletas, fixos (36) e itinerantes (32), distribuídos quanto a sua especificidade na Figura 3.

SERVIÇO	TIPO	QUANTIDADE
Laboratórios distritais	III( automatizado)	04
Laboratório de urgência	II( semi-automatizado)	01
Laboratórios manuais	I( manual)	05
Laboratório de citopatologia	-	01
Laboratório de vigilância	-	01
Postos de coleta fixos	-	36
Postos de coleta Itinerantes	-	32

**Figura 3:** Total de laboratórios e postos de coletas, por especificidade. Manaus, 2015.

Fonte: SCNES, 2013

Quando comparado sua localização por Distrito Sanitário, a rede de laboratório do município funciona de forma descentralizada, em 05 distritos de saúde com laboratórios fixos, volantes e Postos de coleta, distribuídos conforme Figura 4.



DISTRITO	APOIO DIAGNÓSTICO	QUANTIDADE
NORTE	Postos de coleta fixo	07
	Postos de coleta rural	01
	Postos de Coleta Itinerante	24
	Laboratório Distrital	01
LESTE	Postos de coleta fixo	06
	Laboratório Tipo 1 - Manual	01
	Postos de Coleta Itinerante	02
	Laboratório Distrital	01
OESTE	Posto de coleta fixa	12
	Postos de urgência (semi- automatizado)	01
	Postos de Coleta Itinerante	5
	Laboratório Distrital	1
SUL	Posto de coleta fixa	11
	Laboratório Tipo 1 - Manual	03
	Laboratorio de Citopatologia	01
	Laboratório Distrital	01
FLUVIAL	Laboratório Tipo 1 - Manual	01

**Figura 4:** Total de laboratórios e postos de coletas, por especificidade e Distrito Sanitário. Manaus, 2015.

**Fonte:** SCNES, 2013

Em relação a rede de apoio e diagnóstico, o município oferta a população, os exames de Raio X, ultrassonografia, eletrocardiograma/telemedicina e mamografia (Figura 5).

TIPOS DE EXAMES	DISA NORTE	DISA SUL	DISA LESTE	DISA OESTE	UNIDADES MÓVEIS
Raio X	03	01	02	01	
Ultrassonografia	03	02	03	01	06
Eletrocardiograma/Telemedicina	05	03	03	03	
Mamografia	01	01	02	01	06

**Figura 5:** Total de aparelhos, por tipo e Distrito Sanitário. Manaus, 2015.

**Fonte:** SCNES, 2013

Quanto as características da UBS/ESF N-01, a mesma é urbana, não tem na atualidade capacidade formativa. O seu nome deve-se à sua localização e ao número de ordem em que foi construída. Está localizada na Rua Nossa Senhora Aparecida, no bairro Cidade de Deus, localizado na Zona Norte de Manaus e tem como bairros vizinhos a Cidade Nova e Jorge Teixeira. A Cidade de Deus é um bairro relativamente recente, tem aproximadamente 20 anos e seu surgimento é

produto da ocupação. A população do bairro é de aproximadamente 18,448 moradores.

O serviço está vinculado administrativamente à Gerência do Distrito Sanitário Norte e tem um horário de funcionamento de Segunda a Sexta-feira, das 7h às 17:30h. Os períodos dividem-se em Vacinação, Triagem, Consultas de Odontologia, Consultas Médicas, Enfermagem, solicitação de medicamentos ou marcação de exames.

O Distrito Sanitário (DISA) Norte, tem em sua extensão territorial 52 unidades de ESF; dois Unidades de Pronto Atendimento (UBS\PA); dois Policlínicas e um Centro Especializado em Odontologia (CEO). O bairro conta ainda com três escolas municipais, uma linha de ônibus (que realiza a conexão ao centro da cidade) e duas linhas locais (que realizam a ligação a Cidade Nova - terminal de ônibus três - e terminal Jorge Teixeira -terminal quatro).

A UBS/ESF N0-1 é composta por uma equipe de 13 trabalhadores distribuídos da seguinte maneira: um médico generalista; uma Enfermeira; dois Auxiliares de Enfermagem; seis Agentes Comunitários de Saúde; dois Dentistas, sendo um com carga horária de 20 horas e a outro com carga horária de 40 horas; um Auxiliar de saúde bucal; sendo responsáveis por uma população cadastrada de 4195 usuários.

Em relação a estrutura da unidade, a recepção é uma sala pequena onde, com muita dificuldade, recebe por dia uma média de 50 pessoas por período, sendo este o primeiro local no qual os usuários se dirigem quando chegam à unidade. A sala de espera conta com quatro cadeiras para acomodação dos usuários, não é confortável para os usuários e acompanhantes nem para o trabalhador. Tem uma dimensão que não permite receber mais de quatro usuários, sendo que o atendimento diário chega a 40 usuários por períodos.

A farmácia está localizada há menos de um metro da Sala de Tratamento e da Recepção, esta tem uma área aproximada de 2.07 m<sup>2</sup>, bastante inferior ao recomendado (10m<sup>2</sup>). Como não tem entrada independente, provoca uma aglomeração de usuários devido à exiguidade do espaço. Existe deficiência em termos de pessoal qualificado a nível farmacêutico, por isso, os ACS realizam a entrega dos medicamentos. O espaço conta com várias gavetas (sem chaves), ar condicionado, um computador portátil, não tem impressora nem refrigerador. O local de trabalho não tem características ergonômicas requeridas (inexiste um tampo

regulável, na altura da cintura - balcão, a cadeira com encosto e o porta-documentos.

A sala para os ACS possui uma área de 2,07m<sup>2</sup> e estão equipadas com uma impressora, um computador, um arquivador, uma bancada e três cadeiras, sendo uma delas sem encosto.

A Sala de utilidades está localizada atrás da sala dos ACS, verificando-se a existência de uma bancada, onde é realizada a preparação do material estéril.

Existe um banheiro para os funcionários, composto por um vaso sanitário, um lavatório e um chuveiro. E dois banheiros para os usuários composto por um vaso sanitário e um lavatório.

Na unidade ainda há um copa/cozinha localizada atrás da sala de esterilização e tem uma área aproximada de 3.66 m<sup>2</sup>. Existe uma mesa com quatro cadeiras, um frigorífico, uma pia, um armário, um fogão e um armário. Há também, um depósito de materiais de limpeza com 1.8 m<sup>2</sup> de área.

Em relação aos consultórios, o consultório médico está localizado no centro da unidade, sendo as áreas geográficas limitadas pela sala de vacinas (por atrás), e, por um corredor à esquerda, localizam-se as salas descritas anteriormente. Em frente existe a parede do consultório de Odontologia, e, na lateral direita, um corredor onde estão colocadas três cadeiras para o usuário se sentar. O consultório possui uma mesa de exame clínico (que não permite a realização do exame ginecológico), uma mesa menor, três cadeiras (uma das quais é regulável em altura), um armário com amostras de medicamentos e formulários, um lavatório com torneiras manuais, e, por fim, ar condicionado. O Consultório Médico ocupa uma área de 5m<sup>2</sup>.

Os outros consultórios são o de enfermagem, com uma área de cinco m<sup>2</sup>, onde são realizadas as consultas pré-natais, puérpero e os exames de citopatologia. Na sala observa-se uma mesa, três cadeiras, uma mesa ginecológica, um armário e uma escada de dois degraus. O consultório odontológico está equipado com duas cadeiras para tratamento dentário, uma bancada com pia, possui luz natural, com a área de maior dimensão na unidade, aproximadamente, 10m<sup>2</sup>. O compressor e bomba, das cadeiras odontológicas, estão localizados do lado de fora da unidade e a distância do compressor ao consultório é de seis metros.

A Sala de Procedimentos tem uma área aproximadamente de 4m<sup>2</sup>. Nesta sala realizam-se diversas atividades que vão desde a triagem dos usuários ao peso dos bebês e curativos.

A sala de vacinas ocupa uma área aproximada de 4m<sup>2</sup>, onde são realizadas as imunizações. A sala contém uma mesa com duas cadeiras, armários que se encontram por baixo da bancada (não existe computador), uma geladeira com termómetro, uma bancada com pia com torneiras manuais.

A sala de nebulização é uma área de aproximadamente 2m<sup>2</sup>. Tem uma central de nebulização com filtros, armários sob-bancada e recipiente para desinfecção das máscaras faciais.

Podemos ressaltar que a infraestrutura da UBS/ESF N0-1 não se adequa, minimamente, as recomendações do Manual de Estrutura do Ministério da Saúde (2008). A descrição física da UBS/ESF N-01 chama a atenção para a defasagem de um planejamento prévio, já que não está de acordo com as recomendações do Manual de estruturas do Ministério da Saúde. Não valoriza fatores importantes em um ambiente de UBS/ESF, como exemplo, o livre acesso e circulação de usuários cadeirantes, acomodação de usuários na sala de espera. Atualmente os usuários esperam por atendimento em corredores apertados, o que dificulta a movimentação tanto de usuários quanto de funcionários.

Podemos mencionar também a falta de Medicamentos, para o tratamento de uma hipertensão não controlada até à incapacidade de poder realizar uma sutura ou poder realizar uma observação nasal por falta de espéculo nasal, megatoscópio e aparelho de Otorrinolaringologia (ORL) com defeito.

Esta situação demanda que o usuário seja referenciado para o Pronto Atendimento sobrecarregando ainda mais o estabelecimento com situações clínicas que poderiam perfeitamente ser solucionadas ao nível da Atenção Básica.

A inexistência de uma fita métrica, para poder realizar o cálculo da altura uterina, ou de um computador que nos permita ter acesso aos serviços de tele saúde assim como acessar a plataformas médicas são situações de exemplo das dificuldades cotidianas que enfrentamos.

Ao olhar para as atribuições dos trabalhadores da equipe, podemos considerar como aspectos positivos, o conhecimento da realidade das famílias o que nos permite elaborar e programar estratégias para o melhoramento da saúde da população. Como aspectos negativos, a falta de participação da comunidade na

elaboração de um plano que permita abordar de maneira constante as dificuldades socioeconômicas que influenciam de maneira direta ou indireta sobre a saúde do indivíduo e a comunidade.

Pelo que podemos considerar como elemento fundamental o estímulo um maior entrosamento entre a equipe e a comunidade para poder atingir objetivos que permitam uma influência positiva sobre a problemática de saúde que afeta os membros da comunidade.

Em relação aos atendimentos à população, **Saúde da Criança** - é realizado do 0 aos 72 meses, um dia por semana em dois turnos de trabalho, no atendimento participam o médico, enfermeiro e o odontólogo. Ao terminar a consulta o responsável já tem conhecimento quando será efetuada a próxima consulta. Seria importante contar com os protocolos de atendimento situação que consideramos poder implantar em breve. Reconhecer a realização de diversas ações tais como: o diagnóstico e o tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e aleitamento materno só por citar algumas.

Existem 14 (19%) crianças cadastradas na atenção a puericultura na UBS e 10 fazem puericultura através do convênio particular. Em relação ao baixo peso, existem duas crianças. Não há informações sobre o número de crianças com sobrepeso. Podemos referir que não existe um registro específico, monitoramento a avaliação no que diz respeito à saúde da criança. Não obstante, a população manifesta satisfeita com a atenção ofertada pela equipe, que tem como ponto positivo ser a mesma e multidisciplinar e negativo a ausência de outras áreas de atuação, nomeadamente, Psicólogos, Nutricionistas.

O **pré-natal e puerpério**, na nossa unidade, é realizado em dois turnos pelo médico, pela enfermeira e odontologia. A taxa de cobertura alcançada pela equipe é de 90% (48) no pré-natal e 40% (30) para o puerpério.

Sempre ao finalizar a consulta é marcado o retorno, se a gestante apresentar um problema agudo de saúde é atendido. Não existe na unidade protocolo de atendimento, situação que consideramos passível de ser solucionada ao longo das semanas. Nas ações desempenhadas temos o diagnóstico e tratamento dos problemas clínicos em geral, imunizações, planejamento familiar, processo do aleitamento materno e saúde bucal. Todas as consultas efetuadas são registradas no prontuário clínico. Podemos mencionar que as ações desenvolvidas, estão entre elas, a realização de palestras que conta com boa aceitação pela parte de todos os

usuários. Em relação à cobertura, a equipe satisfaz a todas as gestantes e puerperal da área de cobertura encontrando alguma dificuldade para as de fora da área de cobertura para as quais disponibilizamos quatro atendimentos por jornada laboral. Na área de abrangência da equipe, há 48 gestantes que fazem o pré-natal na UBS.

O **controle do câncer de colo de útero e de mama**, tendo em vista as elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações são de grande importância na atenção primária à saúde. No entanto, mesmo com muita dificuldade, o sistema de registro, em relação à prevenção do câncer de colo de útero, é imprescindível para uma assistência de qualidade, o que requer uma implementação adequada do processo de atendimento médico, pesquisas, assim como fornecer uma garantia ideal para o trabalhador. Para tal, é necessário um maior empenho por parte da equipe de trabalho para realizar um atendimento de qualidade. Na UBS/ESF existe um número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de 751, só 314 são acompanhadas, 42% do total de mulheres. Não sendo, portanto, satisfatórios os índices de cobertura do exame de preventivo de câncer de colo de útero encontrados na UBS/UBS N- 01. Confirmando que um programa de prevenção de câncer de colo uterino feito de maneira desorganizado, com baixa cobertura, não é efetivo para causar impacto na população.

Em relação ao controle do câncer de mama, não temos um registro específico, nem mesmo há registrados nos prontuários os resultados dos exames feitos nos períodos anteriores. A avaliação que faço é regular, por que de 174 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, só 98 são acompanhadas na unidade para prevenção de câncer de mama, o que representa um 56% da população de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área. Assim, podemos concluir que o trabalho desempenhado pela equipe, e de forma geral positivo, já que o mesmo a permitido ofertar uma atenção integral a todas as mulheres da nossa área de cobertura permitindo uma adequada participação das mesmas nas ações de formação desenvolvidas.

A saúde do adulto, especificamente, sobre a **hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**, são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares, controle do peso corporal e a prática regular da atividade física assim como os malefícios do tabagismo e o álcool. O atendimento é realizado um dia da semana durante dois turnos, o mesmo é efetuado pelo o médico que ao concluir a consulta marca o retorno para o usuário. Não existe protocolo implantado na unidade, os

dados recolhidos são anotados no prontuário clínico. São realizadas imunizações, diagnóstico de problemas clínicos em geral, saúde mental, alcoolismo. Atualmente existem 68 diabéticos cadastrados na unidade e 166, o que representa 26% hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 38% de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Considero que a inclusão de um nutricionista e a realização de palestras educativas de forma a sensibilizar os usuários sobre a importância do seguimento das orientações médicas, para uma melhor qualidade de vida, evitando o aparecimento das complicações, seriam dois exemplos úteis para uma melhoria do processo de trabalho na minha UBS.

O fluxo das informações ocorre a partir do preenchimento da ficha de cadastro de usuário hipertenso. Os dados são digitados, sendo então possível a obtenção de diversos relatórios no sistema de cadastro informático na UBS entre elas, informações como o número de usuários com HAS, HAS associada à DM tipo um e associada a DM tipo 2, além do número de usuários obesos, tabagistas, sedentários, com dislipidemia ou com complicações crônicas, discriminadas por sexo e idade são possíveis de serem extraídas dos relatórios.

Para o gerenciamento do atendimento prestado na unidades de saúde foi instituída a planilha de acompanhamento do usuário com HAS e DM no HIPERDIA que permite monitorar os usuários cadastrados através dos exames laboratoriais realizados, de variações de prescrições e o aparecimento de complicações.

Em relação a **saúde do idoso**, o atendimento é realizado um dia por semana em dois turnos, o mesmo é efetuado pelo Médico e pelo odontólogo. Os dados são recolhidos no prontuário clínico, não existindo protocolo que nos permita aperfeiçoar o nosso trabalho. Em relação às ações desenvolvidas na unidade, realizamos as palestras sobre a importância de uma alimentação saudável, obesidade, saúde bucal e problemas clínicos em geral. O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 213, o que corresponde a 60% acompanhamento. Para uma adequada atenção ao idoso existem aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados tais como:

- O cadastramento domiciliar;
- A melhoria das relações com as instituições da nossa área de abrangência para o desenvolvimento de parcerias que permitam melhorar as condições de

vida da comunidade idosa tais como: oferta de alimentos para os idosos que moram sós e que são dependentes;

- Fortalecer a participação social;
- Criar as condições para o envolvimento da família e a comunidade no cuidado do idoso;
- Realizar ações de promoção para o envelhecimento ativo e saudável;
- Elaborar protocolos para o atendimento do idoso na unidade.

Em relação a atenção à demanda espontânea, considero que em relação ao número e tamanho das equipes verifica-se o cumprimento do estipulado para a Estratégia satisfazendo as necessidades da população associada à Unidade.

Da mesma forma, podemos definir o acolhimento, como o vínculo que se estabelece entre a equipe e os usuários o que aumenta a capacidade de escuta e a capacidade de resposta aos mesmos. Na unidade onde trabalho, o primeiro contato do usuário ocorre na recepção, onde é realizada uma escuta com atenção e responsabilidade, evitando que a mesma seja considerada uma triagem para uma consulta médica. Esta escuta inicial é realizada pelo ACS e acontece na recepção. O objetivo é conseguir um acolhimento representativo e um espaço que possibilite o reconhecimento do risco e permita a atuação da equipe na resolução dos mesmos.

Dessa forma, a organização do acolhimento está relacionado logo após uma análise dos motivos do fluxo de usuários. Assim, chegamos à conclusão que não recebemos um número elevado de casos agudos durante o agendamento, mantemos então a prioridade em relação às consultas programadas para diabéticos, hipertensos, puericultura, etc. Assim, é deixado um número de consultas livres para a realização deste atendimento em condições que possamos diminuir o tempo de espera do usuário. Se, hipoteticamente, existir um aumento da demanda dos casos agudos, os mesmos serão sempre atendidos já que a agenda não é uma agenda fechada, isto é, sempre existem vagas para tais casos. É importante assinalar que não existe uma escala para o acolhimento dos casos agudos, sendo os mesmos acolhidos com a prontidão que a patologia requer.

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



A situação da USB/ESF mantém dentro do possível um trabalho direcionado a resolução dos problemas do indivíduo e da família. Uma vez que, as dificuldades em relação a estrutura física, observado durante a realização do texto inicial e confirmada ao ser analisada com base nas diretrizes do Ministério da Saúde durante a análise situacional, não proporciona uma estadia adequada aos usuários e o desenvolvimento adequado de algumas atribuições dos trabalhadores, a exemplo, do exame ginecológico no consultório médico. Todavia, nós trabalhadores buscamos ofertar uma atenção qualificada e resolutiva.

Ao ser comparado o primeiro texto e o relatório da análise situacional, é possível concluir que no nosso local de trabalho são visíveis a carência dos serviços públicos quando analisado a abrangência das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, principalmente quando se trata de uma população com baixo nível econômico, problemas associados ao consumo de drogas e ao abandono escolar. Sendo este último efetuado, em sua grande maioria, devido a gravidez na adolescência, constituindo assim, verdadeiros desafios para a equipe.

Dessa forma, evitar tais situações como as mencionadas anteriormente, leva a equipe, diariamente, a refletir e planejar diversas ações/atividades, cujo objetivo principal é sensibilizar e consciencializar a população deixando claro que o modo de vida interfere na saúde da mesma forma que a manutenção do estado saudável é também de responsabilidade do mesmo, ou seja, corresponsabilidade.

Alguns exemplos de atuação que já introduzimos no cotidiano do nosso trabalho, está relacionado com as atividades educativas, nas quais, abordamos temas como os efeitos negativos do consumo de drogas sobre o organismo, os riscos de uma gravidez na adolescência, a importância do estudo como ferramenta principal para ter uma melhor qualidade de vida, possibilitando assim, transmitir uma proposta de modelo para os moradores da comunidade. Nas nossas atividades há ainda a discussão da importância de uma alimentação saudável associada à prática diária de exercício físico como forma de evitar o aparecimento de certas doenças, a exemplo, da obesidade, diabetes e a hipertensão, relacionadas principalmente com os maus hábitos alimentares e o sedentarismo.

Portanto, é de grande importância referir que a relação com a comunidade, realizada principalmente durante as visitas domiciliares e também quando os usuários se dirigem à Unidade, teve o vínculo fortalecido com a equipe. Ponto que

foi levantado e discutido durante todo o momento de realização da análise situacional.

Conclui-se portanto, que o texto inicial levantou questões iniciais que levaram, durante a realização da análise situacional, a confirmação dos problemas e dificuldades que só tínhamos de maneira observacional e que agora passaram a ter fundamento com as discussões, reflexões e instrumentos de comparação e detecção de dados que utilizamos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) atuam como fatores de riscos para as doenças cardiovasculares, que por sua vez, vem apresentando alto índice de morbimortalidade. Além disso, a prevalência dessas doenças tende a aumentar, entre outros fatores, com o envelhecimento da população, tornando-se um problema de saúde pública à nível mundial, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Ainda, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Dessa forma, não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas e acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam. Hoje, o que se busca é atenção especial e investimentos na prevenção, diminuindo as taxas de internações hospitalares e investimentos na área curativa, pois precisamos como profissionais da área da saúde nos engajar nesse desafio, e ser atores de transformações na área da saúde. Tendo a atenção básica como a primeira opção, ou seja, a porta de entrada para os serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. E que se caracterizam como responsabilidades dos profissionais que atuam na atenção primária e que visam reduzir danos à saúde da população.

A UBS/ESF N-01, no que se refere a sua estrutura física, é composta por uma recepção/arquivo de Prontuários; uma sala de espera; uma farmácia; uma sala para ACS; uma sala de utilidades; um banheiro para funcionários; um depósito de materiais de limpeza; uma sala de vacinas, uma sala de nebulização, um compressor e bomba, um consultório médico, de enfermagem e um consultório odontológico. Onde abriga uma equipe composta por 18 trabalhadores, distribuídos da seguinte maneira: um médico generalista; uma enfermeira; dois auxiliares de enfermagem; seis ACS; dois dentistas e um auxiliar de consultório dentário. Responsáveis por uma população cadastrada de 4195 pessoas.

Na área de trabalho da Unidade existem 166 hipertensos e 68 diabéticos cadastrados, o que representa 26% hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 38% de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, dados obtidos do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB). O que nos leva a considerar como muito baixa a adesão da população alvo atendida, quando consideramos os dados obtidos pela verificação em consultas dos prontuários médicos. Da mesma forma, consideramos que ao avaliar os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas para nosso foco de intervenção, o mesmo apresenta-se regular.

Assim, trabalhamos para promover a informação sobre a importância da prática do exercício físico, alimentação saudável, os malefícios do tabaco e o consumo do álcool, promoção, prevenção, reabilitação das complicações da hipertensão. Mantendo sempre o foco no controle se o usuário hipertenso e/ou diabético, está tomando com regularidade os medicamentos e cumprindo as orientações da dieta, atividade física, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas. Assim, consideramos que a intervenção é importante porque, ao utilizar o escore de *Framingham*, podemos definir quais são os usuários que necessitam maior atenção por parte da equipe de saúde (risco baixo, moderado e alto de doença cardiovascular) para evitar complicações do diabetes e hipertensão na população.

No entanto, entre as principais dificuldades e limitações existentes, pode-se dizer que parte vem da responsabilidade dos usuários, que persistem com hábitos e estilo de vida prejudiciais a saúde, a exemplo, do autocuidado, alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade, debilidades físicas e não adesão ao tratamento e aceitação do diagnóstico, não querem ser “dependentes” de medicação. Parte da própria gestão, em razão da falta de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais; dificuldade de garantia de acesso ao serviço de saúde; falta de incentivo para atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e oferta insuficiente de cotas de exames e de consultas especializadas para atendimento conforme protocolo.

Por fim, da própria equipe, que insiste na ausência de atividades educativas abordando a temática da adesão ao tratamento dos hipertensos e diabéticos; falta de programação na agenda da equipe para atendimento relacionado ao processo de

trabalho, de planejamento das ações em saúde e o não cumprimento dos protocolos para hipertensão e diabetes.

Já os aspectos que viabilizam a intervenção, estão relacionados a redução das complicações agudas e crônicas provenientes da HAS e DM. Consideramos assim, que ao implantar o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde ofertaremos uma atenção integral a os usuários portadores destas doenças.

Visto que, a grandeza dos problemas causados pela HAS e DM nos leva a refletir sobre a importância do tratamento da doença, bem como da adoção de medidas preventivas, com a finalidade de minimizar o número de pessoas acometidas pela doença, e conseqüentemente os custos gerados e o número de mortes. Contribuindo com a identificação dos fatores de risco relacionados a HAS e DM e colaborar com os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas profiláticas e de tratamento de níveis pressóricos elevados.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF N-01. Amazonas, Manaus.

### **2.2.3 Objetivos específicos e metas**

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações;

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos Unidade Básica de Saúde da Família N-01, localizada no município de Manaus-AM**

#### **Metas:**

1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-**

#### **Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

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

- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
- 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM**

**Metas:**

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

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM**

**Metas:**

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM**

**Metas:**

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

**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos Unidade Básica de Saúde da Família N-01, localizada no município de Manaus-AM**

**Metas:**

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;
- 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;
- 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;
- 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;
- 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos;
- 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.



## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS/USF N-01, no Município de Manaus/Amazônia. Participarão da intervenção 13 trabalhadores distribuídos da seguinte maneira: um Médico generalista; uma Enfermeira; dois Auxiliares de Enfermagem; seis Agentes Comunitários de Saúde; dois Dentistas, sendo um com carga horária de 20 horas e outro com carga horária de 40 horas; um Auxiliar de saúde bucal.

### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos Unidade Básica de Saúde da Família N-01, localizada no município de Manaus-AM**

#### **Metas:**

1.3 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.4 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

#### **Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

#### **AÇÃO:**

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM;

- Cadastrar todos os usuários com HAS e DM da área de cobertura da unidade de saúde.

- Alimentar ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa;

- Alimentar planilha de usuários cadastrados na unidade para controle de inscritos no programa;

- Realizar reunião da equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

• **Detalhamento das ações:**

- Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes;
- A enfermeira e a médica da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados;
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.
- Capacitar os funcionários da equipe para acolher adequadamente os usuários com HAS e DM.
- Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial será observado a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, além de solicitado a gestão a reposição dos aparelhos danificados da unidade de saúde.
- Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão a reposição do estoque da unidade de saúde.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, semestralmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

- **Detalhamento das ações:**

- Realizar palestras educativas pela enfermeira respeito á importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre todas as atividades desenvolvidas no programa.
- conscientizar os familiares dos mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes;
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes principalmente aos usuários de maior risco.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- **Detalhamento das ações:**

- A médica e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não cadastrados;

- Nas reuniões semanais de equipe a médica e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste;
- A médica e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos  
Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-**

**Metas:**

- 2.9 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- 2.10 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

**Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:**

**EIXO: Monitoramento e avaliação.**

**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- **Detalhamento das ações:**
  - Revisão dos prontuários e atualização de acordo ao protocolo do Ministério de saúde dos usuários com HAS e/ou DM;
  - Preenchimento de formulário de avaliação de usuários complicados com úlcera do pé diabético, sensibilidade, gerado pela secretaria municipal de saúde de Manaus (anexo C).
  - Alimentar ficha espelho individual dos usuários para registro e monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM da área.
  - Alimentar planilha de usuários cadastrados na unidade com registro de exame clínico apropriado dos usuários.
  - Realizar reunião da equipe para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento e avaliação retrospectiva.

**EIXO: Organização e gestão do serviço.**

**AÇÃO:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

• **Detalhamento das ações:**

- Definir atribuições em reunião de equipe de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Alimentação permanente do formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados no HIPERDIA para registro das atividades realizadas por estes (anexo três).
- A enfermeira e a médica da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados sobre avaliação clínica dos usuários cadastrados.
- Envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas à avaliação clínica dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.

**EIXO: Engajamento público.**

**AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto importância da avaliação clínica, para evitar complicações de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à vantagem da prática de hábitos alimentícios saudáveis.

- **Detalhamento das ações:**

- Fixar na UBS cartazes e orientativo a respeito da importância da avaliação clínica, para evitar complicações de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da patologia de base.
- Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento de complicações agudas e crônicas da patologia de base, junto aos usuários na sala de espera da UBS pela enfermeira e os agentes comunitários.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar os ACS na busca ativa de sinais e sintomas precoce de complicações agudas e crônicas de hipertensão arterial e diabetes.
- Capacitar os ACS para pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.
- Capacitar à equipe da unidade sobre sinais e sintomas precoces de complicações agudas e crônicas de hipertensão arterial e diabetes, incluindo adequada tomada de tensão arterial.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde na identificação de fatores de risco de diabetes Mellitus e hipertensão arterial.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

• **Detalhamento das ações:**

- Revisão dos prontuários e atualização de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde pela equipe de trabalho.
- Análise da ficha espelho individual dos usuários.
- Realizar reunião da equipe para avaliação retrospectiva dos resultados.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

• **Detalhamento das ações:**

- Garantir a solicitação dos exames laboratoriais preconizados no atendimento clínico pela médica responsável e enfermeiro da unidade de saúde.

- Buscar a oferta com o gestor de 10 vagas semanais para realização dos exames complementares solicitados preconizados.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados mediante comunicação permanente da equipe de trabalho da unidade básica de saúde.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Informar a população por meio de palestras e orientações nas visitas e atendimentos sobre a periodicidade necessária para realização dos exames complementares.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar a enfermeira sobre os exames que são precisos solicitar para os usuários com Hipertensão e Diabetes segundo o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Capacitar a funcionária administrativa de nossa unidade para disponibilizar todas as segundas feiras 10 vagas para realização da coleta dos usuários com Hipertensão e Diabetes segundo o protocolo adotado na unidade de saúde.



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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- **Detalhamento das ações:**
- Revisão na farmácia da disponibilização do medicamento na unidade para os usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados na nossa área.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Detalhamento das ações:**
- Fazer um controle semanal da validade dos medicamentos da farmácia de nossa unidade.
- Manter atualizado o cadastro dos usuários Hipertensos e Diabéticos com suas necessidades medicamentosas.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- **Detalhamento das ações:**

- Comunicar aos usuários da nossa área em que farmácias estão disponíveis os medicamentos mediante panfletos.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar aos profissionais na atualização com os protocolos do ministério da saúde para um tratamento atualizado.
- Distribuir panfletos com as farmácias e medicamentos disponíveis pelo governo.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos na unidade de saúde.

**Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

- **Detalhamento das ações:**

- Revisão dos prontuários de cada usuário que realizou a avaliação com o dentista.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

- **Detalhamento das ações:**

- Disponibilizar na consulta do dentista uma agenda para os usuários Hipertensos e Diabéticos.
- Capacitar a equipe de saúde para dar prioridade aos usuários com maior risco odontológico.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.

- **Detalhamento das ações:**

- Aproximar os gestores municipais para reforçar o apoio nas atividades de saúde do dentista e informar a importância das mesmas.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para a avaliação bucal do usuário hipertenso e diabético.

- **Detalhamento das ações:**

- A Dentista será quem irá capacitar a equipe para avaliação bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM.**

**Metas:**

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de usuários Diabéticos e com Hipertensão Arterial.

- **Detalhamento das ações:**

- Em cada consulta médica e com a enfermeira se observará o prontuário de cada usuário para a atualização de acordo com o protocolo.
- A médica e a enfermeira realizarão um levantamento anual de todos os usuários hipertensos e diabéticos para atualização das consultas dos usuários faltosos.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

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

- **Detalhamento das ações:**

- Cada agente comunitário fará as visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos da sua respectiva micro área.
- Cada agente comunitário organizará as visitas domiciliares de acordo a sua agenda.
- Os usuários faltosos serão agendados nas consultas do programa de hipertensos e diabéticos.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

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

• **Detalhamento das ações:**

- Antes de iniciar cada consulta será realizada uma palestra aos usuários para conscientizar a importância de não faltar às consultas médicas e manter sua frequência.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento das ações:**

- A enfermeira será quem vai treinar aos ACS para dar orientações aos hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade das consultas.

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM.**

**Metas:**

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- **Detalhamento das ações:**

- A médica e a enfermeira farão um acompanhamento integral em cada consulta de cada usuário hipertenso e diabético e registrarão todos os aspectos realizados na consulta.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar 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.

- **Detalhamento das ações:**

- A funcionária administrativa será quem fará a atualização do SIAB.
- Também se abrirá um livro com registros dos usuários hipertensos e diabéticos por micro área de cada ACS, sendo estes responsáveis pela atualização.

- Mediante as planilhas dos usuários hipertensos e diabéticos se fará um melhor controle das doenças destes usuários.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- **Detalhamento das ações:**

- Os ACS informarão os usuários sobre seus direitos e acesso a segunda via de seus registros de saúde, caso necessário.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**ACÕES**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento das ações:**

- A enfermeira e a médica capacitarão à equipe para o preenchimento adequado os registros dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na Unidade Básica de Saúde da Família N0-1, localizada no município de Manaus-AM.**

**Metas:**

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- **Detalhamento das ações:**

- Mediante as fichas espelhos de cada usuário serão monitoradas em cada consulta da enfermeira ou médica o registro de pelo menos uma estratificação de risco por ano.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- **Detalhamento das ações:**

- Os usuários avaliados como alto risco serão de prioridade no agendamento no programa do hipertenso e diabético.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- **Detalhamento das ações:**



- Além das palestras aos usuários hipertensos e diabéticos, também se prestará informação em cada consulta de acordo a condição de cada usuário sobre a importância de seu controle e o nível de risco de sua doença e cuidados necessários.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés dos diabéticos.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento das ações:**

- A médica fará a capacitação da equipe sobre a importância da estratificação de risco segundo o escore de Framingham para os usuários hipertensos e diabéticos, que será realizado pela médica e enfermeira.

**Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos Unidade Básica de Saúde da Família N-01, localizada no município de Manaus-AM**

**Metas:**

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Solicitar ao distrito uma parceria de uma nutricionista para todos os nossos usuários.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- **Detalhamento das ações:**

- Organizar uma atividade para uma prática sobre quais são os alimentos mais saudáveis para a saúde com os usuários da nossa unidade.
- Será feita uma solicitação ao DISA para uma parceira com nosso projeto de um nutricionista para desenvolver atividades nutricionais na unidade.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- **Detalhamento das ações:**

- Conscientizar os familiares sobre a importância de boas práticas alimentares e da importância de se ter consultas de acompanhamento.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento das ações:**

- A médica e a enfermeira capacitarão à equipe e as técnicas sobre dicas de orientação para a alimentação saudável.

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- **Detalhamento das ações:**

- Fomentar nos nossos usuários práticas de atividade física e sua importância para a saúde dos mesmos, mediante palestras e algumas práticas de exercícios físicos.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- **Detalhamento das ações:**

- Fazer solicitação ao distrito para estabelecer parceria com um educador físico para nossos usuários.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Treinar a equipe para a orientação dos usuários sobre a importância da atividade física para a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento das ações:**

- O treinamento da equipe para a prática de atividade e educação e suas metodologia será de responsabilidade da médica.

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

- **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde será responsável sobre o monitoramento da orientação sobre os fatores de risco do tabagismo para os usuários hipertensos e diabéticos.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

- **Detalhamento das ações:**

- Solicitar ao Distrito tratamento para os usuários tabagistas e a continuidade dos mesmos.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- **Detalhamento das ações:**

- Capacitar à equipe para transmitir a informação para nossos usuários sobre a existência do tratamento para usuários tabagistas.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento das ações:**

- A médica da unidade fará uma capacitação á equipe para dar orientação aos usuários tabagistas sobre algumas formas de tratamento e metodologias de educação.

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

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

**Ações a serem desenvolvidas nos 4 Eixos Pedagógicos:**

**EIXO:** Monitoramento e avaliação.

**AÇÃO:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a os usuários hipertensos e diabéticos.

• **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde será responsável sobre o monitoramento da orientação saúde bucal de nossos usuários.

**EIXO:** Organização e gestão do serviço.

**AÇÃO:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de sobre higiene bucal.
- Demandar junto ao dentista ações sobre higiene bucal.

• **Detalhamento das ações:**

- A equipe de saúde bucal fará práticas coletivas sobre higiene bucal.

**EIXO:** Engajamento público.

**AÇÃO:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância de higiene bucal regular.

- **Detalhamento das ações:**

- Fazer palestras sobre a importância da higiene bucal.

**EIXO:** Qualificação da prática clínica.

**AÇÃO:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de higiene bucal regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde bucal com apoio de cirurgião dentista e técnico em saúde bucal.

**Detalhamento das ações:**

- Fazer treinamento da equipe de saúde sobre as metodologias de educação e práticas de higiene bucal

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

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

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

**Meta 1.2** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde**

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.**

**Indicador 2.2.1** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

**Indicador 2.4.1** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

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

**Indicador 2.5.1** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.



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

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

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

**Indicador 2.6.1** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.1** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8.1** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

**Objetivo3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

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

**Indicador 3.1.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

**Indicador 3.2.1** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

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

**Indicador 4.1.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

**Indicador 4.2.1** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

**Indicador 5.1.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

**Indicador 5.2.1** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Objetivo 6: Promoção da saúde**

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

**Indicador 6.1.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.2.1** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.3.1** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta

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

**Indicador 6.4.1** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.5.1** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.6.1** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.7.1** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.8.1** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção e melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM a logística começará pela junção e adoção dos itens básicos na estruturação da intervenção de uma ação programática, para isso, será realizada busca por Protocolos ou Manual Técnicos elaborado pelo Ministério da Saúde, registros que subsidiem as informações necessárias sobre o tema e produção literária, a exemplo, Cadernos de Atenção Básica nº 37 e 38, respectivamente, Estratégia par o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus.

Para a realização do trabalho serão utilizados como fonte de dados e coleta de informações os prontuários e as fichas do SIAB, Ficha B - HAS e Ficha B – DIA dos usuários da UBS/ESF N0-1. Bem como, ficha específica elaborada para a intervenção, ficha espelho (Anexo I), por entender que nem todos os instrumentos contém todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores, sendo preciso acrescentá-los. A periodicidade da alimentação será a cada término da consulta a fim de contribuir com a alimentação dos indicadores. Dessa forma, a coleta de dados será realizada através da análise desses instrumentos, a partir da inclusão ou não, daqueles usuários que preenchem os critérios estabelecidos, entendendo estes como aqueles referentes ao fato dos mesmos apresentarem uma das enfermidades, ser residente da área e acompanhado pela unidade.

É importante ressaltar a necessidade da incorporação de toda a equipe no desenvolvimento, monitoramento e avaliação dos objetivos e metas a serem alcançados. A começar pelo processo de qualificação dos trabalhadores, reflexão e organização dos processos de trabalho, sob coordenação do médico e enfermeira, incluindo desde o acolhimento, consultas, atividades educativas, revisão dos instrumentos a serem utilizados à participação da comunidade.

No que se refere à participação da comunidade nas ações previstas nesse projeto, bem como na presença e efetividade das ações, inicialmente será levantado locais que possam abrigar a realização das atividades educativas, lideranças comunitárias para auxiliar na busca e articulação com a comunidade, a cargo dos ACS durante às visitas. Outras estratégias que também serão utilizadas para conseguirmos essa articulação e presença nas atividades serão o reforço da busca

e convite a partir das visitas dos outros trabalhadores, como também, durante as consultas e salas de espera da unidade.

A partir deste projeto será possível conhecer o perfil epidemiológico da população no âmbito das doenças HAS e DM, tendo em vista a grande morbimortalidade que estas apresentam, abrir oportunidade para que sejam criados projetos sociais onde a prevenção destas esteja em foco, aumentando a sobrevivência destes usuários, bem como conscientizando sobre os meios de tratamento que também colaboram para uma melhor qualidade de vida.

Para a sistematização dos dados e posterior análise dos resultados será utilizada planilha de coleta de dados disponibilizado pela UFPEL/UNASUS (Anexo II), de forma a padronizar os resultados encontrados por meio de objetivos e indicadores selecionados.

O material a ser utilizado no desenvolvimento das ações envolverá a aquisição de bloco de papel A4, tinta de impressora, cartucho de tintas, impressão, reprodução dos instrumentos (xerox) e encadernação, que ficarão a cargo do especializando.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Apresentação do projeto de intervenção para a equipe e comunidade																
Contato com lideranças comunitárias																
Levantamento de locais para a realização das atividades																
Capacitação dos profissionais de saúde da U.B.S sobre o protocolo de atenção a hipertensos e diabéticos.																
Capacitação de A.C.S para a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.																
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.																
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa.																
Atividades educativas com a comunidade																
Atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos.																
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas.																
Formação de grupos de hipertensos e diabéticos																
Monitoramento da intervenção																
Avaliação da intervenção																



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Entre as ações previstas e realizadas em sua integralidade estão àquelas relacionadas a qualificação dos trabalhadores. Foram realizadas durante as reuniões da equipe, a partir da leitura e reflexão sobre a temática definida, entre elas, a Portaria nº 2.488/2011, Protocolos Ministeriais e Caderno da Atenção Básica voltados a HAS e DM. Entre as facilidades encontradas estão a participação, em sua maioria, de todos os trabalhadores da equipe e a receptividade na realização das mesmas, da mesma forma pode-se dizer dos esclarecimentos quanto ao tema e o papel, responsabilidade de cada membro da equipe. Como dificuldade destaca-se a dificuldade de alguns trabalhadores em participarem ativamente das discussões, sejam pela realização de cursos ou pela demanda dos serviços, entre eles alguns ACS e técnicos de enfermagem.

Quanto a apresentação do projeto tanto para a equipe quanto para a comunidade, a primeira foi realizada de maneira mais efetiva dado a participação de todos, no entanto, a segunda, apresentada durante atividade realizada na comunidade, na igreja Casa de Oração, local identificado durante o levantamento de locais disponíveis para a realização das atividades, teve pouca participação e efetividade nas discussões, o que pode ser considerado como uma dificuldade.

Uma outra atividade realizada e com grande peso no desenvolvimento da intervenção refere-se ao contato e o auxílio das lideranças na identificação e articulação com a comunidade, que embora tenha participado de maneira tímida em algumas atividades, apareceu em peso em muitas outras, onde discutimos temas importantes sobre o foco, a saber, alimentação, modo de vida, tabagismo, alcoolismo, necessidade do acompanhamento e medicação, nos casos necessário.

Pode-se dizer que o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizado de maneira parcial, esbarrou na dificuldade tanto da ausência de conhecimento referente à aplicação dos questionários por parte dos principais intervenientes do processo, os ACS, quanto na insegurança dos mesmos em razão da violência existente no território, o que levou a dificuldade de adentrar no mesmo. Essas dificuldades repercutiram também na realização da busca ativa que teve sua realização comprometida, no entanto, foram realizadas parcialmente. O que aponta

para a necessidade de qualificação dos mesmos e em uma conversa com os gestores.

Um outro ponto que pode ser considerado com obstáculo para o não cumprimento da atividade em sua integralidade está relacionado com as diversas solicitações que há umas semanas atrás não existiam, tais como, o Programa de saúde na escola o que implicou na realocação de recursos para a atividade.

Por considerar uma das ações de promoção importantes, o grupo de hipertensos e diabéticos, mesmo em processo de consolidação foram realizadas atividades, a exemplo, das caminhadas pelas microáreas e atividades educativas sobre alimentação saudável e tabagismo.

No que se refere à realização das consultas clínicas, àquelas relacionadas com as consultas dos trabalhadores médicos e de enfermagem foram realizadas em sua totalidade, a partir da organização do acolhimento e agenda dos profissionais. Entre as dificuldades encontradas, a ausência dos usuários dificultou o alcance de um maior número dos mesmos. As consultas odontológicas serão descritas no item das atividades que não foram desenvolvidas, já que tivemos problemas estruturais que dificultaram a realização e continuidade das mesmas.

Já em relação ao monitoramento das atividades previstas, a realização da mesma foi dada durante as reuniões de equipe e análise, ao longo da intervenção, com base nos resultados que já se apontavam a partir da análise da planilha de acompanhamento.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

Entre as ações previstas e não realizadas destaca-se o acesso às consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, não sendo possível desenvolver em sua totalidade em razão do furto do compressor de ar (importante para o funcionamento do equipamento), com promessa pela prefeitura de reposição, no entanto, ainda estamos aguardando.

Da mesma forma que a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos não teve sua realização de maneira satisfatória, ora por não contar apoio NASF ou trabalhador nessa área específica, para trabalhar assuntos mais específicos, como por exemplo, elaborar dietas individualizadas, ora pela dificuldade de deslocamento e a demora em conseguir uma vaga para consulta. O

que implica em demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, uma alternativa foi tentarmos coordenar com Centro de Convivência do Idoso, mais tivemos dificuldade com deslocamento, pois o mesmo fica a cinco km da nossa área de abrangência.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Quanto a planilha seu preenchimento se mostrou de fácil realização, mas tivemos problemas em relação a consolidação dos mesmos ao serem formados gráficos. Problema que foi resolvido com a ajuda curso que viabilizou a correção dos problemas técnicos e orientação no preenchimento.

Já em relação aos dados relacionados ao número de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, o grande dificultador na coleta e acompanhamento dos dados foi o acesso no território, dado a violência no bairro e a resistência de alguns dos ACS no monitoramento das informações.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Em relação a incorporação das ações na rotina do serviço pode-se dizer que muitas das ações serão aproveitadas tanto na continuidade da atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, quanto para futuras intervenções que vierem a existir.

A participação da equipe desde o início da elaboração do projeto auxiliará para a reprodução e elaboração de melhorias de outras ações programáticas. Dessa forma, entende-se que a intervenção poderá ser incorporada à rotina do serviço. Para isto, teremos que 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.

Da mesma forma que todo o processo ocorrido na unidade, análise, organização do processo de trabalho e acolhimento, formação de grupo e a realização de atividades educativas serviram para demonstrar o quanto é importante um trabalho integral e multidisciplinar na intervenção de certos agravos.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A Unidade Básica de Saúde N-01 está localizada no distrito norte de Manaus. Sob a responsabilidade da equipe, uma população total de 4195 pessoas, distribuídas pelo território de abrangência da unidade. Segundo estimativa, para pessoal com 20 anos ou mais (67% do total), o território possui 2810 pessoas nessa faixa etária, das quais, são estimados 22,7% hipertensos, 638 pessoas, e 5,6%, 157 diabéticos, foco desse estudo.

No entanto, ao serem analisadas as fichas com dados específicos dos usuários das unidades, dentro do grupo pretendido para a intervenção, constatou-se que o número de hipertensos residentes na área foi de 629 (22,4%) e diabéticos 180 (6,4%). Números estes que serão utilizados para embasar as ações da intervenção.

Os resultados encontrados serão descritos separadamente para hipertensos e diabéticos, de forma a contribuir com uma melhor visualização e compreensão do que se quer demonstrar: o alcance das metas previstas/pactuadas para intervir e melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

### **Resultados encontrados para a hipertensão**

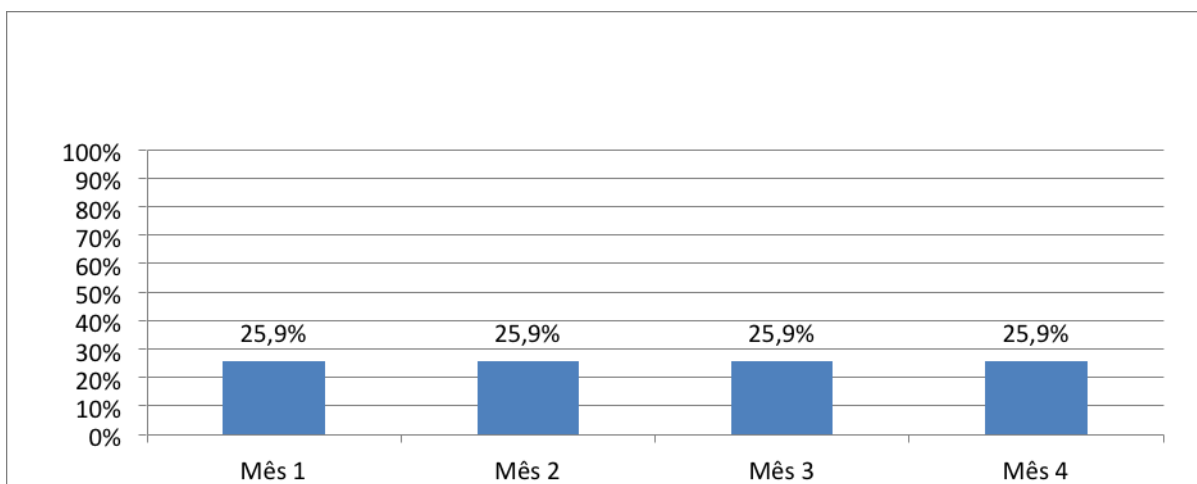
Tendo em vista que a hipertensão está entre as principais causas de morte no mundo, dado ao favorecimento de uma série de outras doenças. A equipe buscou qualificar a melhoria da atenção a saúde dos hipertensos, propondo uma série de ações, expressas em indicadores, como forma de acompanhar e monitorar os casos existentes entre os usuários com 20 anos ou mais, residentes no território de abrangência da UBS/ESF N0-1.

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos**

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Conforme Figura 6, é possível ver que a cobertura correspondeu a 25,9% (163) do total de 629 hipertensos ao longo dos quatro meses de intervenção, bem abaixo daquilo que foi pactuado. A constância no número de hipertensos cadastrados se deu em razão da dificuldade de acesso ao território, violência que

afasta e impede o trabalho efetivo dos ACS somado a ausência de ACS por razões de adoecimento, o que impediu uma efetiva busca ativa e cadastramento dos usuários. Mantendo assim, os usuários que iniciaram desde o mês 1.



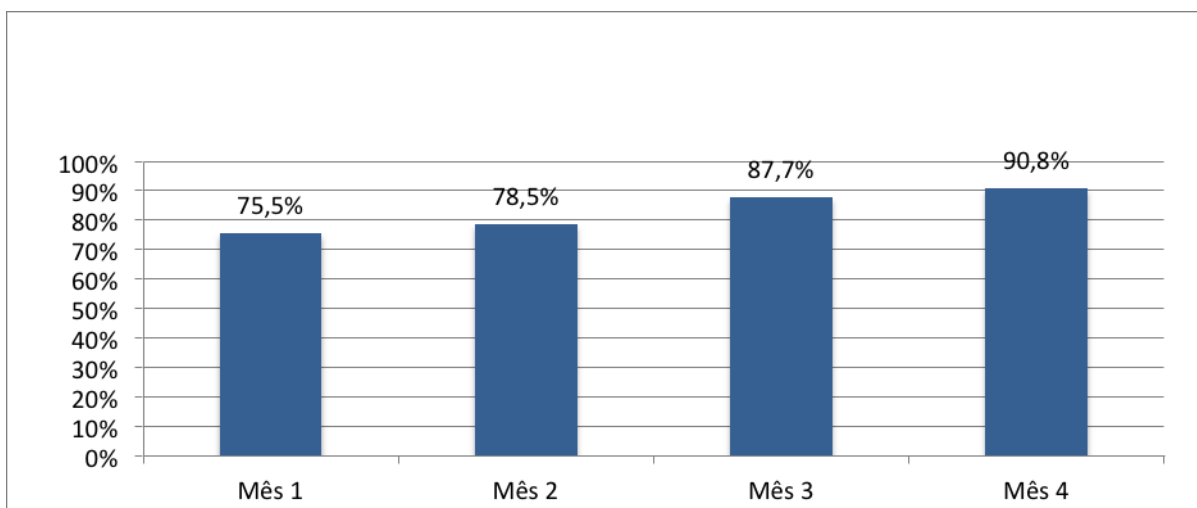
**Figura 6:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso realizado na unidade de saúde**

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ao serem analisados a situação dos hipertensos com exames clínicos e complementares em dia conforme protocolo. A Figura 7, ao referir o percentual de hipertensos com exames clínicos em dia, apesar de não ter atingindo aquilo que foi pactuado, 100%, demonstra uma tendência de crescimento ao longo da intervenção, sendo no mês um, 75,5% (123), ampliando para 78,5% (128) no mês dois, 87,7% (143) no mês três e o maior percentual, 90,8% (148) no último mês de intervenção. A maior dificuldade esta no acesso aos exames na rede municipal.



**Figura 7:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

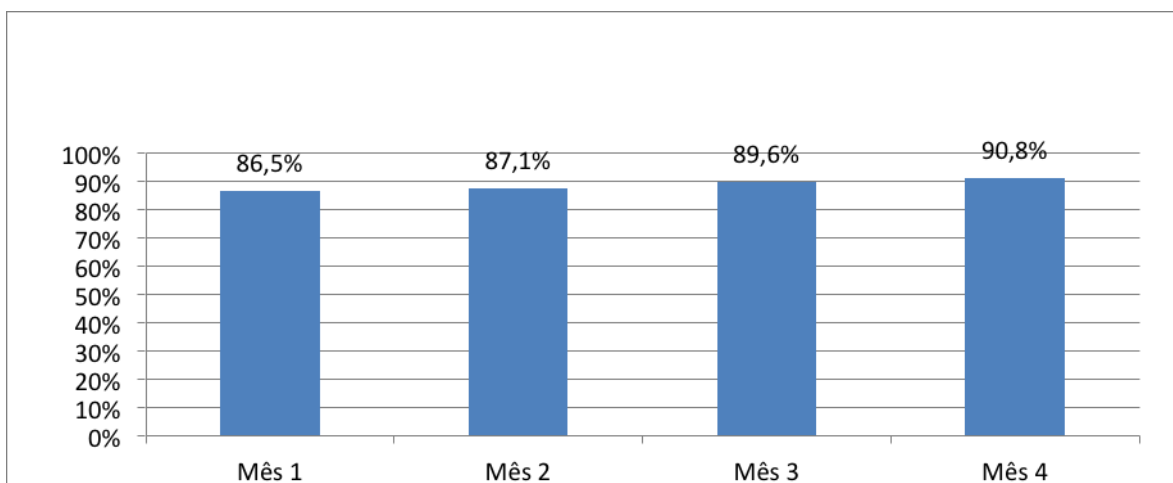
**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 2.2** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quando se refere aos exames complementares, o indicador aponta para o crescimento dos usuários, hipertensos, com exames em dia conforme protocolo com 86,5% (141) dos hipertensos com exames complementares no mês um, sendo alcançado 87,1% (142) no mês dois, 89,6% (146) no mês três e 90,8% (148) no mês 4 (Figura 8).

Da mesma forma, para esse indicador, a meta de 100% não foi atingida, no entanto, a busca por melhorar o acesso a realização dos exames necessários para um acompanhamento qualificado vem sendo desenvolvida pela equipe, tanto na orientação durante as consultas e visitas dos Agentes, explicando a importância da realização, quanto em conversa com a Coordenação da Atenção Básica no Município.

A dificuldade no atingimento da meta está relacionada à demora na realização dos exames solicitados da mesma forma que o acesso fica dificultado pela deficiência de absorção dos usuários na rede municipal.

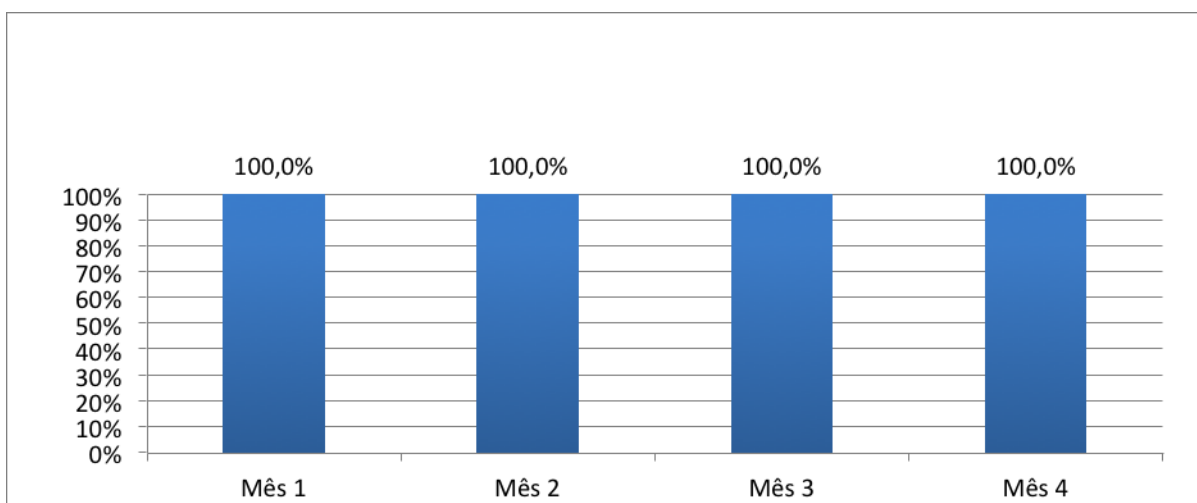


**Figura 8:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

Quando o assunto se refere ao tratamento para os usuários hipertensos acompanhados na UBS/ESF N0-1, 100% deles, em todos os meses tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular (Figura 9).

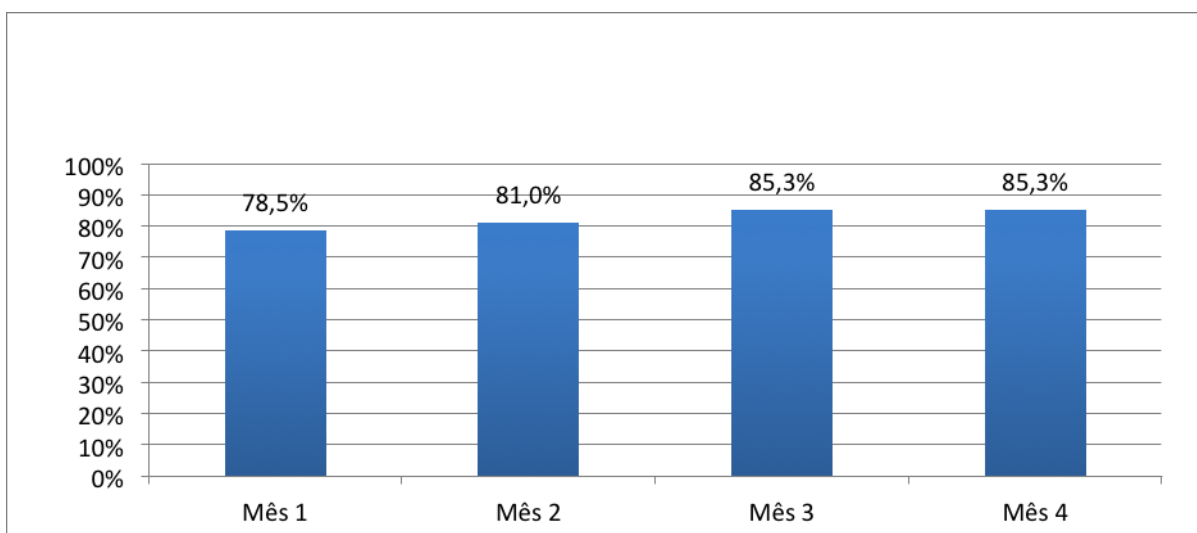


**Figura 9:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 2.4** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Em relação a saúde bucal dos usuários hipertensos, durante os meses de intervenção, 78,5% (128) no mês 1, 81% (132) no mês 2 e um percentual igual a 85,3% (139) nos meses 3 e 4 (Figura 10) dos hipertensos tiveram avaliação das necessidades odontológicas realizadas. O não atingimento da meta pactuada se deu em razão do roubo do compressor, instrumento que impulsiona os equipamentos odontológicos, o que levou a paralização das atividades na unidade.



**Figura 10:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

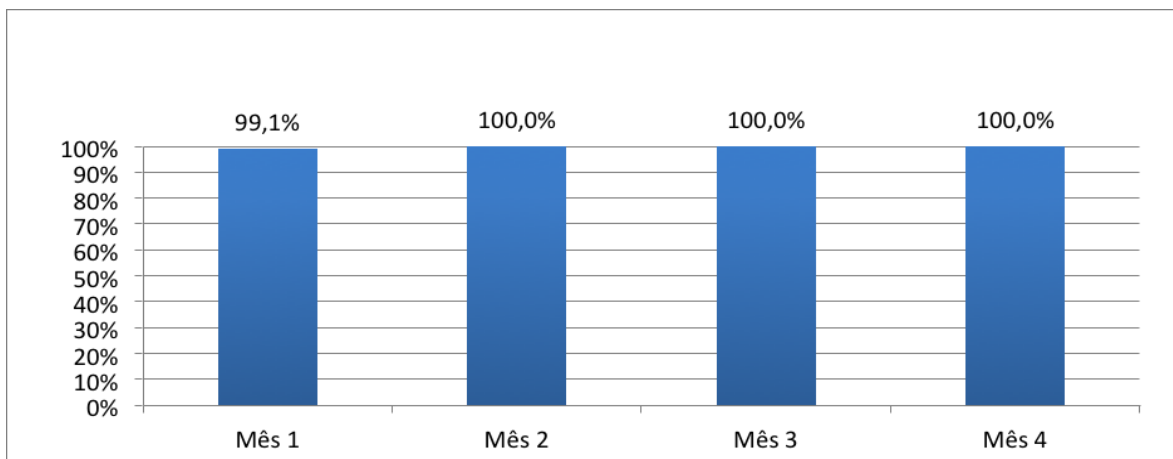
**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

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

A fim de contribuir com a frequência nas consultas e ampliar o acompanhamento dos hipertensos durante as consultas, foram realizadas buscas ativas em todos os meses, apenas o mês um não atingiu os 100% alcançados nos outros três meses (Figura 11). É importante destacar a redução no número de usuários durante a consulta, no primeiro 109 usuários estavam se ausentando as consultas, após o trabalho intenso de busca ativa, os meses subsequentes, apesar de apresentarem uma proporção igual de busca, o número de faltosos diminuíram ao logo da intervenção, sendo 79 usuários no mês dois, 48 no mês três e 45 no mês quatro.





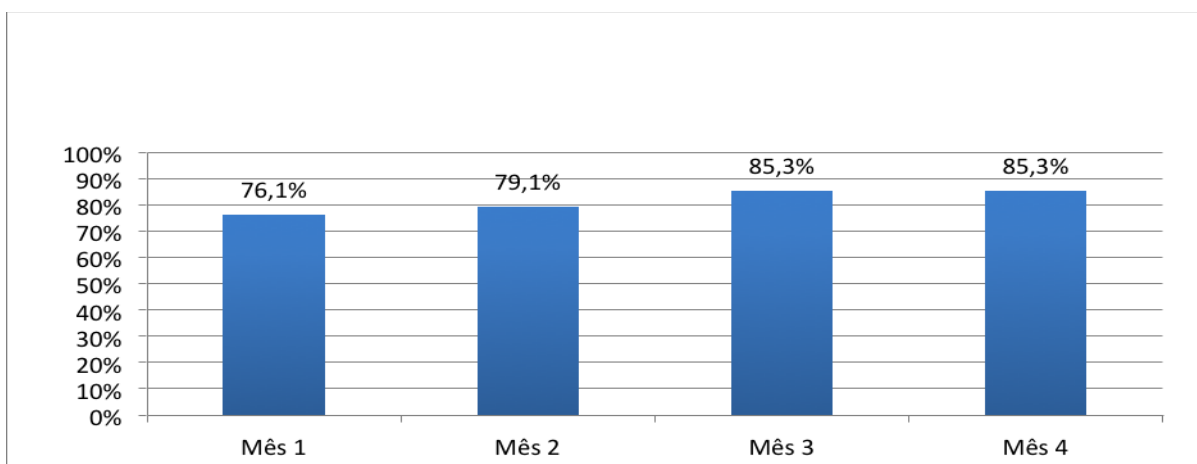
**Figura 11:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

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

Mesmo reconhecendo a importância da atualização e manutenção das fichas de acompanhamento, não foi possível atingir os 100% dos usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Uma das razões foi a falta às consultas agendadas e a ausência da realização dos exames clínicos e complementares por alguns usuários. Mesmo assim, foi possível ampliar o percentual inicial, mês 1, de 76,1% (124), seguido de 79,1% (129) no mês 2 e 85,3% (139) no mês 3, percentual que se repetiu no mês 4 (Figura 12).



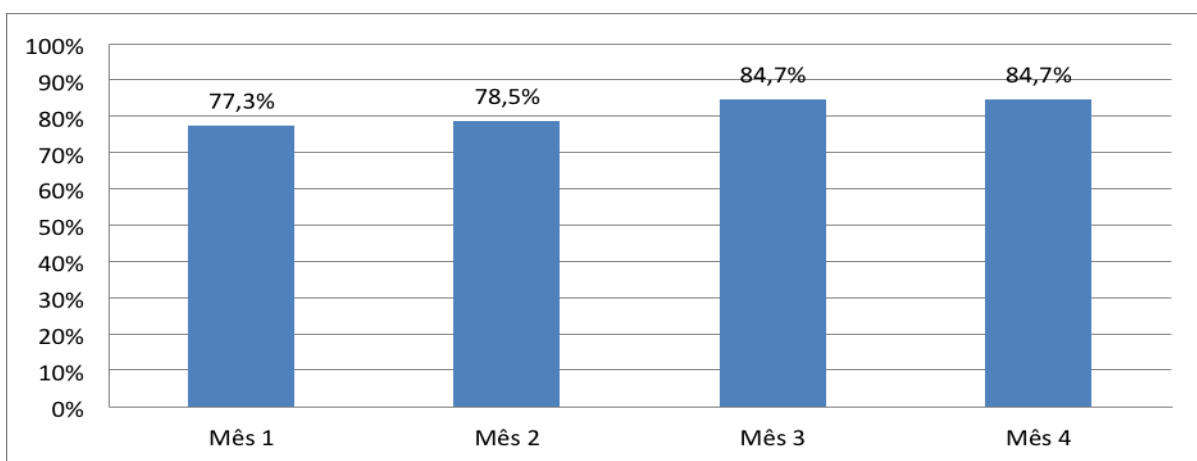
**Figura 12:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

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

Quanto aos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular com exames em dia, a Figura 13 também aponta uma tendência de crescimento ao longo dos quatro meses de intervenção. Sendo 77,3% (126) no mês 1, 78,5% (128) no mês 2 e uma proporção de 84,7% (138) nos meses 3 e 4. A dificuldade no acesso aos exames, bem como, a dificuldade de locomoção até o local agendado, dificultaram o cumprimento da meta.



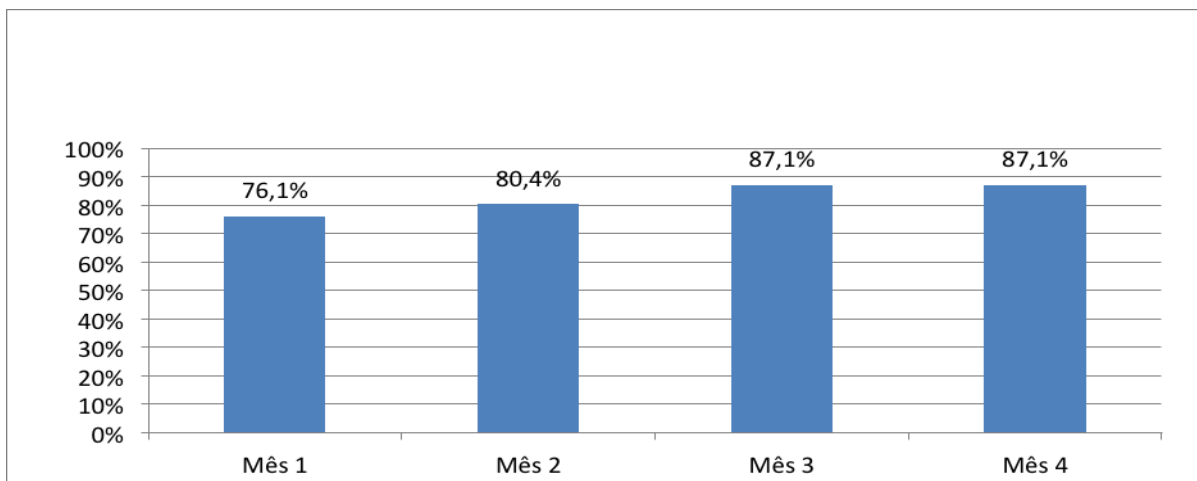
**Figura 13:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

## **Objetivo 6: Promoção da saúde**

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

Em relação às orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Sendo a proporção atingida no mês 1 de 76,1% (124), 80,4% (131) no mês 2, e igual valor 87,1% (142) nos meses 3 e 4 (Figura 14). O não cumprimento da meta, deve-se a dificuldade da realização das atividades com essa temática por outros profissionais, bem como, a ausência do auxílio do NASF e nas próprias consultas.

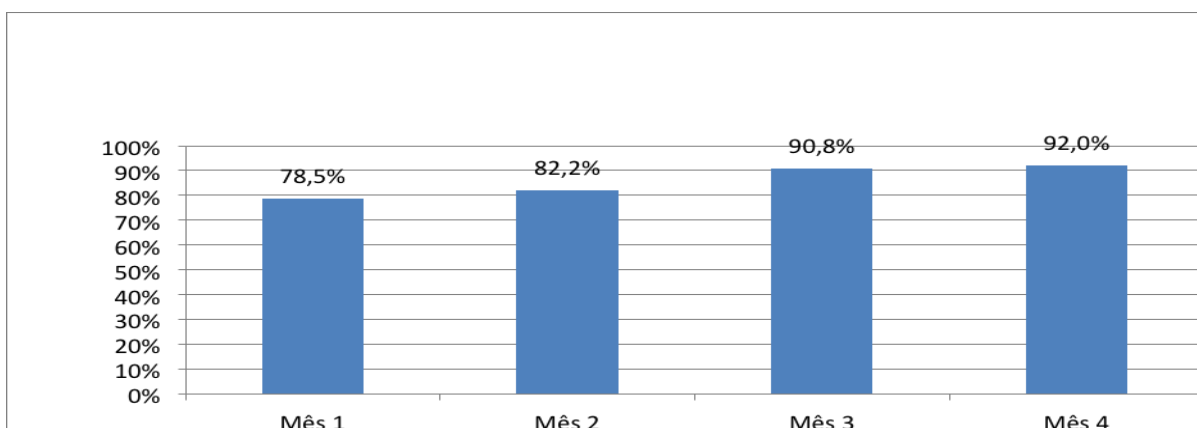


**Figura 14:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 6.2** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;

Ao analisar o indicador referente a proporção de hipertensos com orientação da prática de atividade física regular, novamente é possível constatar um crescimento entre o número de hipertensos que tiveram a orientação para a inserção de atividade física em sua rotina semanal. Sendo que no mês 1, essa proporção atingiu 78,5% (128), acompanhado da proporção de 82,2% (134) no mês 2, 90,8% (147) no mês 3 e o maior índice 92% (150) no mês 4 (Figura 15). A adesão ao grupo de hipertensos e as atividades como as caminhadas e exercícios ao ar livre pode ser considerada como uma das dificuldades no cumprimento da meta. Já que a orientação eram dadas nos encontros e atividades de grupo.

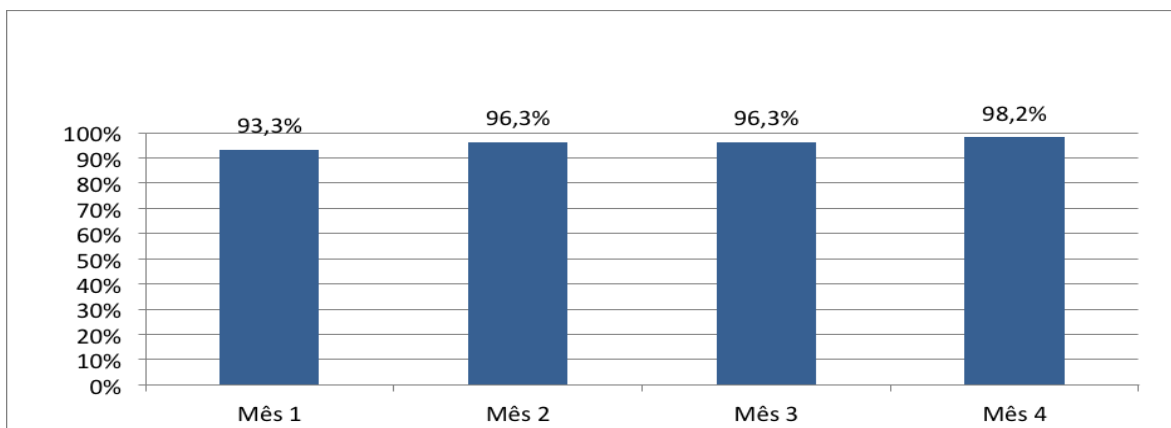


**Figura 15:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

Quanto a orientação sobre os riscos provocados pelo hábito de fumar, a proporção alcançada no mês um foi de 93,3% (152), seguido por 96,3% (157) nos meses dois e três, ampliando para 98,2% (160) nos mês 4, último mês da intervenção (Figura 16). As dificuldades aqui encontrada refere principalmente a ausência na atividade de grupo e nas ausências durante as consultas.

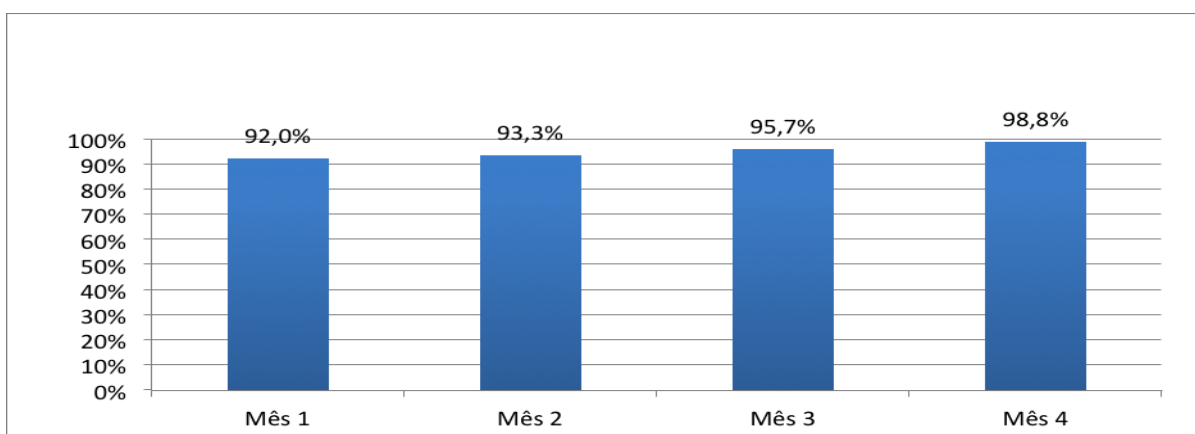


**Figura 16:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 6.4** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos

Ao se tratar de medidas de promoção e prevenção, os usuários hipertensos acompanhados na UBS/ESF N0-1, 92% (150) no mês um receberam orientação sobre a higiene bucal, da mesma forma que 93,3% (152) no mês 2, 95,7% (156) no mês três e 98,8% (161) no mês quatro (Figura 17). O roubo do compressor e paralização das atividades do dentista, bem como, a ausência nas consultas agendadas.



**Gráfico 17:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

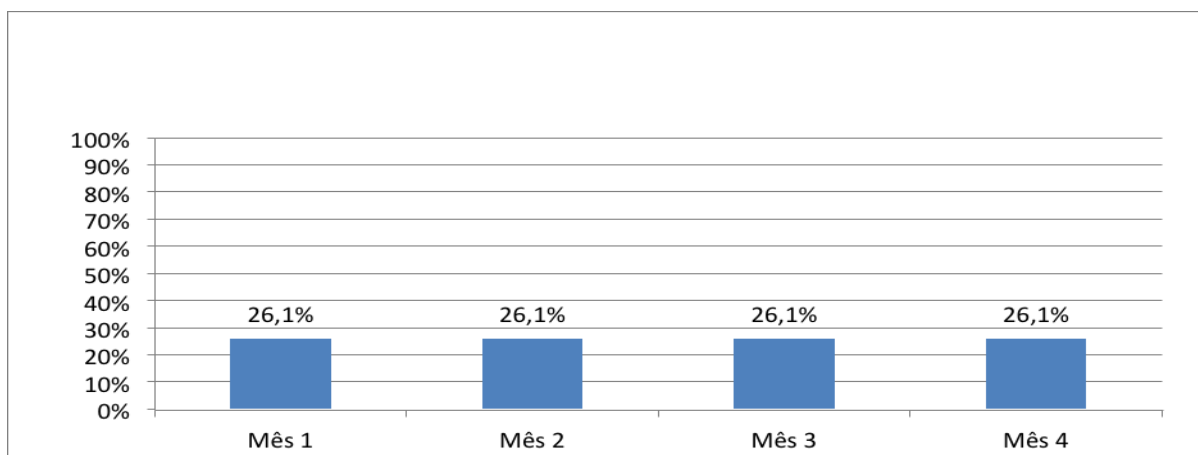
Fonte: Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

## Resultados encontrados para diabetes

### Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos diabéticos

**Meta 1.2** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

A cobertura para os usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados na UBS/ESF N-01, seguiu uma tendência contínua sendo a proporção de cobertura igual a 26,1% (47) de um total de 180, em todos os quatro meses da intervenção (Figura 18). Da mesma forma que tivemos problemas com a adesão de novos usuários para hipertensão, o cadastramento de novos usuários com diabetes também foi dificultado pela violência que enfrentamos na área de cobertura.



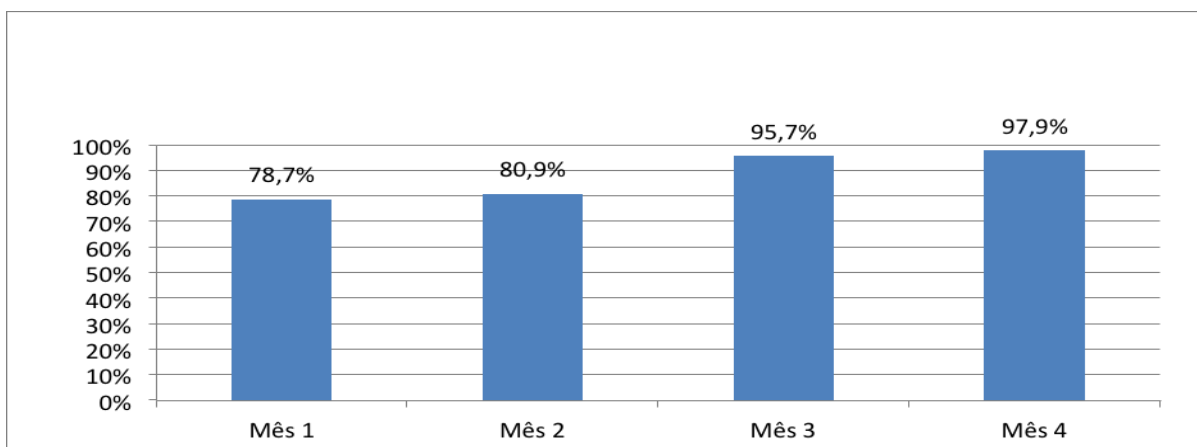
**Figura 18:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

Fonte: Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

### Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Em relação aos exames clínicos e complementares definidos em protocolos para esse público em questão, a proporção de usuários acompanhados com exames clínicos em dia atingiu a proporção de 78,7% (37) no mês um, 80,9% (38) no mês dois, 95,7% (45) no mês três e 97,9% (46) no mês quatro (Figura 19). A ausência nas consultas pode ser um dos dificultadores do não atingimento da meta.

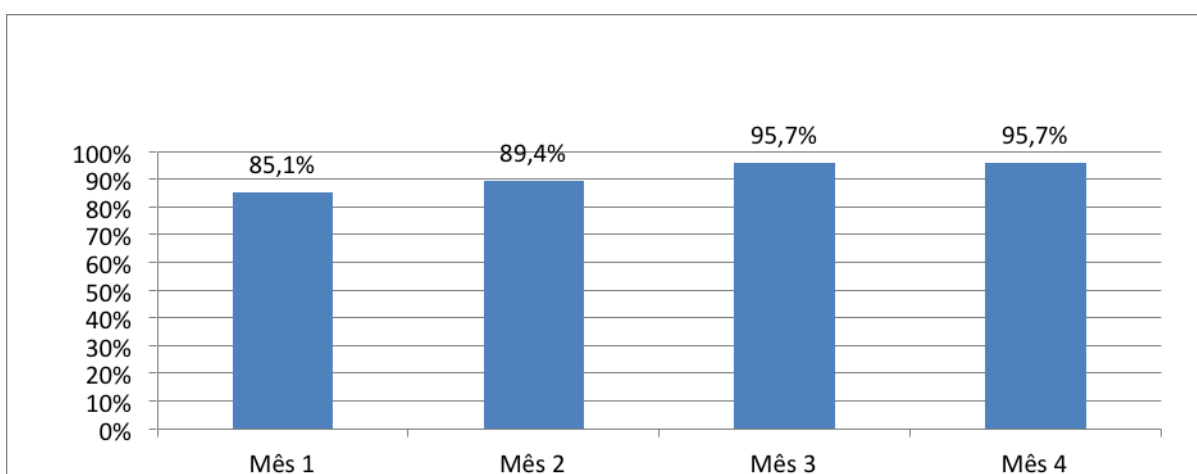


**Figura 19:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 2.2** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Da mesma forma quando analisamos a proporção alcançada para os diabéticos com exames complementares em dia, mais uma vez o gráfico retrata uma tendência de crescimento, apesar de não ter atingido os 100% pactuados, a proporção encontrada foi 85,1% (40) no mês 1, 89,4% (42) no mês 2, e igual valor para os meses 3 e 4, 95,7% (45) (Figura 20). Entre a dificuldade para o não cumprimento de 100% dos usuários com exame em dia, a demora no acesso, agendamentos, e a sua realização por parte dos usuários contribuíram com a resultados diferentes do que foi pactuado.

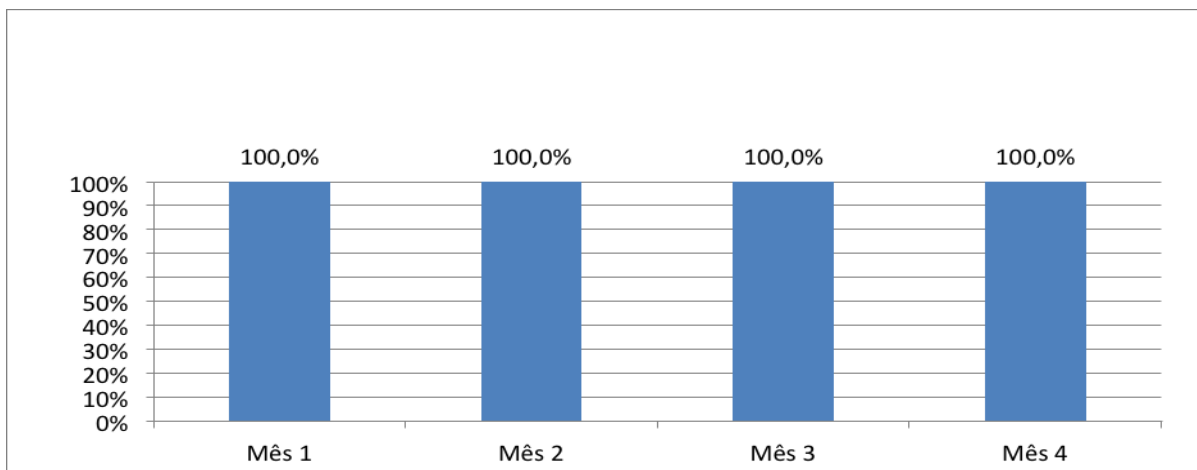


**Figura 20:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

Ao se referir a medicação prescrita, em todos os quatro meses de intervenção, 100% dos usuários diabéticos acompanhados na UBS/ESF N0-1, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular (Figura 21).

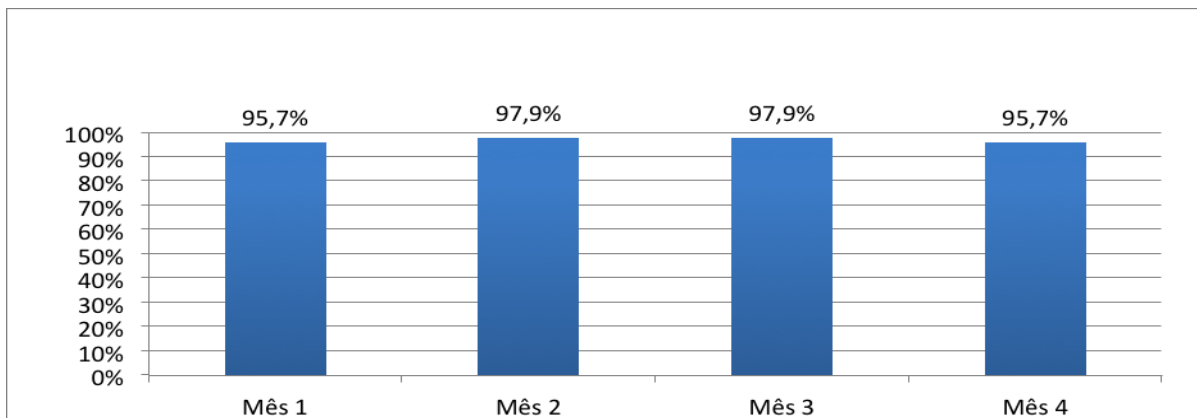


**Figura 21:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 2.4** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Entre as medidas de prevenção e promoção realizadas, os meses 2 e 3 foram os que maior apresentaram uma proporção quando o assunto é a orientação sobre a higiene bucal 97,9% (46), ficando os meses 1 e 4 com a proporção de 95,7% (45) (Figura 22). A ausência nos grupos e atividades educativas contribuíram com o não cumprimento da meta.



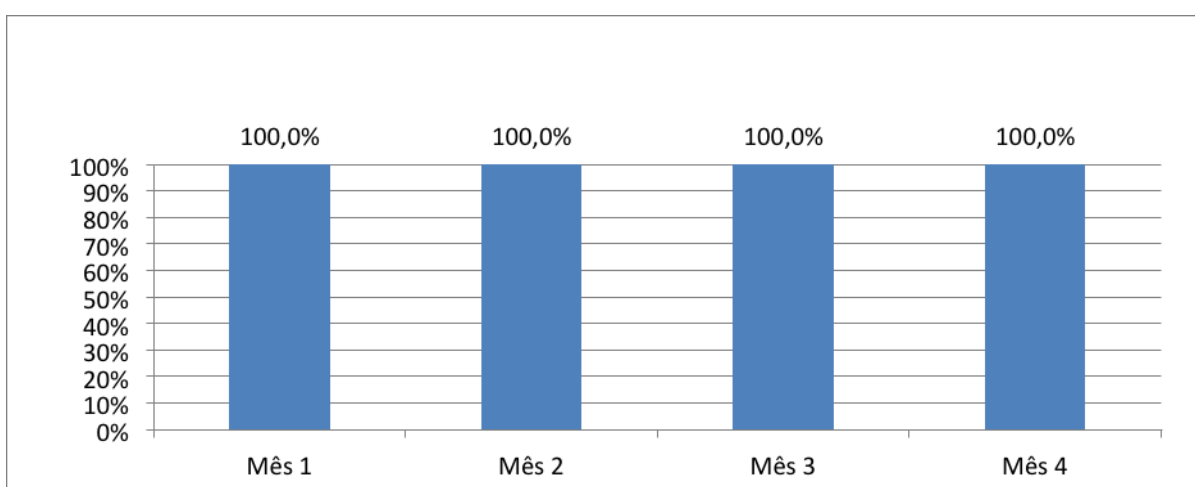
**Figura 22:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

### **Objetivo3: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

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

Utilizamos a busca ativa para ampliar e manter os usuários com diabetes em dia com o acompanhamento na unidade, a busca ativa realizada aos usuários faltosos chegou a proporção de 100% nos quatros meses da intervenção (Figura 23). Mesmo atingindo os 100% na busca ativa dos usuários que estavam em acompanhamento, a violência e a ausência de todos os ACS nas microáreas dificultou o cadastramento de novos usuários.



**Figura 23:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

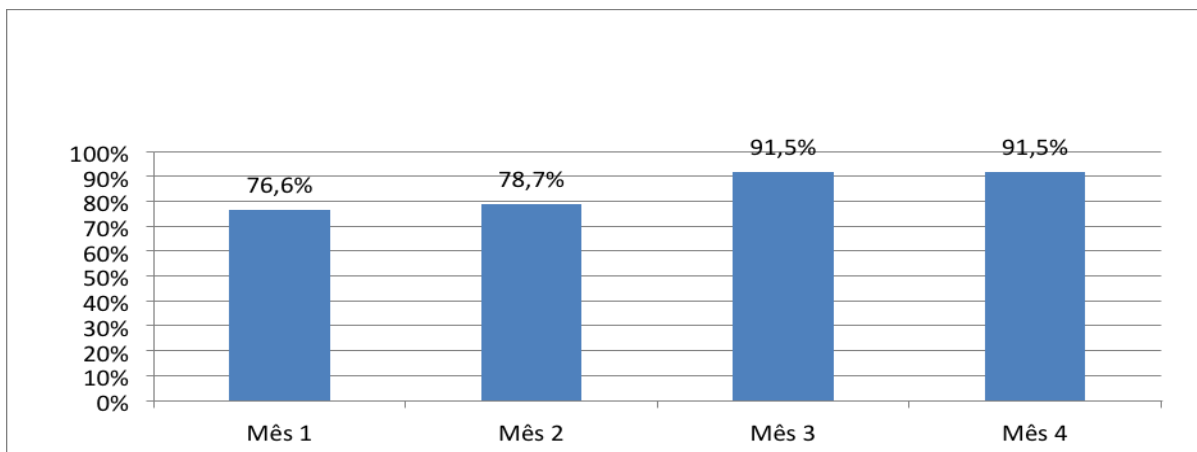
**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

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

A proporção encontrada para essa meta foi de 76,6% (36) no mês 1, estavam com registros adequados nas fichas de acompanhamento, aumentando essa proporção para 78,7% (37) no mês 2 e, 91,5% (43) nos meses 3 e 4 (Figura 24). Assim como outras atividades já mencionadas, a violência e a ausência de todos os ACS nas microáreas contribuíram com o não cumprimento da meta.





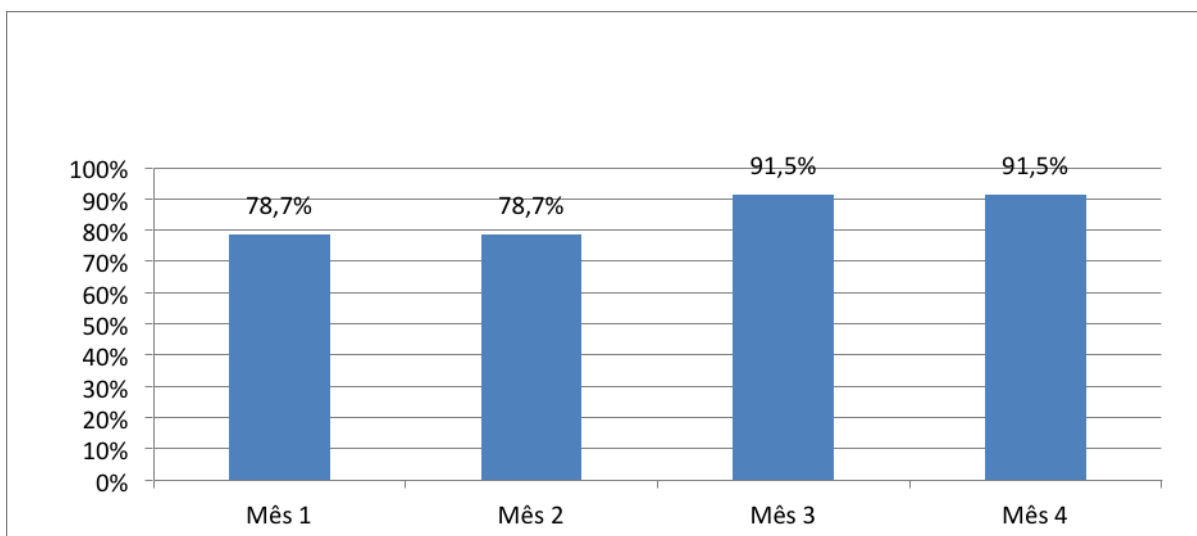
**Figura 24:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

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

Em relação a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, a proporção se repetiu para os meses um e dois, atingindo 78,7% (37) dos diabéticos acompanhados e 91,5% (43) nos meses três e quatro da intervenção (Figura 25). O acesso dificultado e a demora no resultado contribuíram com o não cumprimento da meta, o que nos leva a necessidade de organização da rede de serviços.



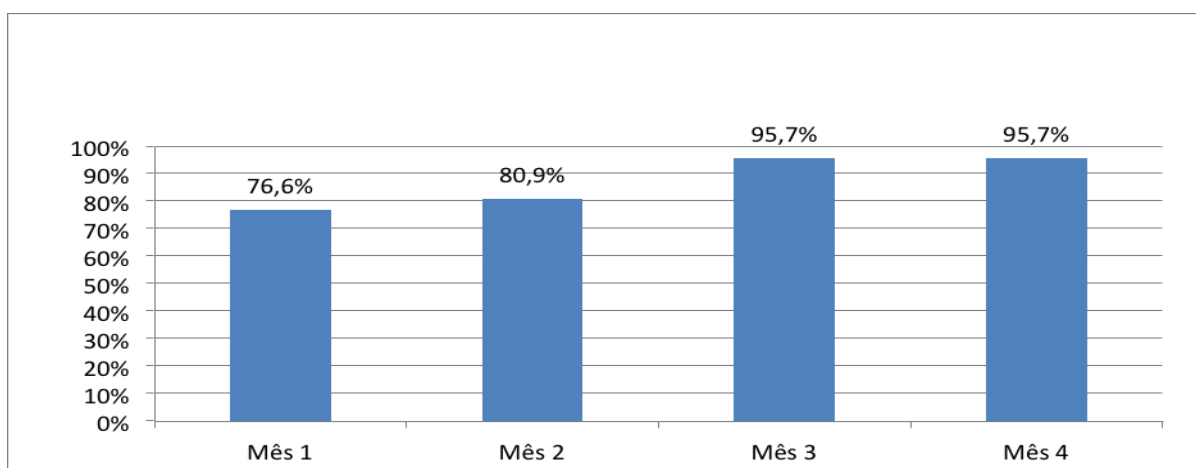
**Figura 25:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

## Objetivo 6: Promoção da saúde

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Em relação a orientação nutricional sobre a alimentação saudável, a proporção encontrada nos meses da intervenção, variou nos dois primeiros meses sendo 76,6% (36) e 80,9% (38) para os meses 1 e dois respectivamente, e manteve a mesma proporção nos meses três e quatro, 95,7% (45) (Figura 26). A ausência nos grupos e atividades ao ar livre contribuíram com o não cumprimento da meta.

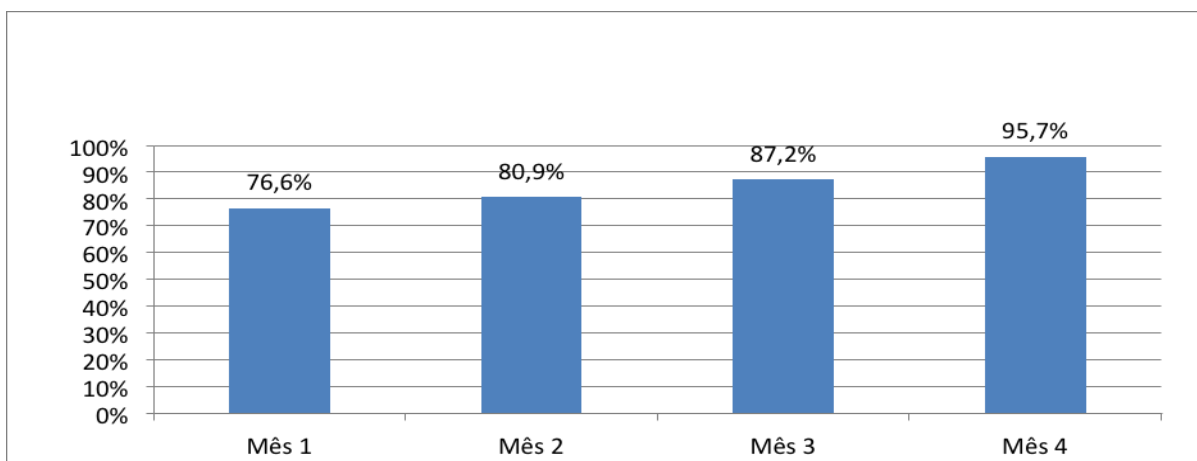


**Figura 26:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

Embora os resultados aponte para uma tendência de crescimento quando o assunto é a orientação de práticas de atividades físicas regulares, sendo o mês 1, 76,6% (36) dos diabéticos, ampliando para 80,9%(38) no mês 2, 87,2%(41) no mês 3 e finalmente, 95,7% (45) no mês 4 (Figura 27), o não cumprimento da meta esta relacionado a ausência da participação nos grupos e exercícios ao ar livre realizados na unidade.

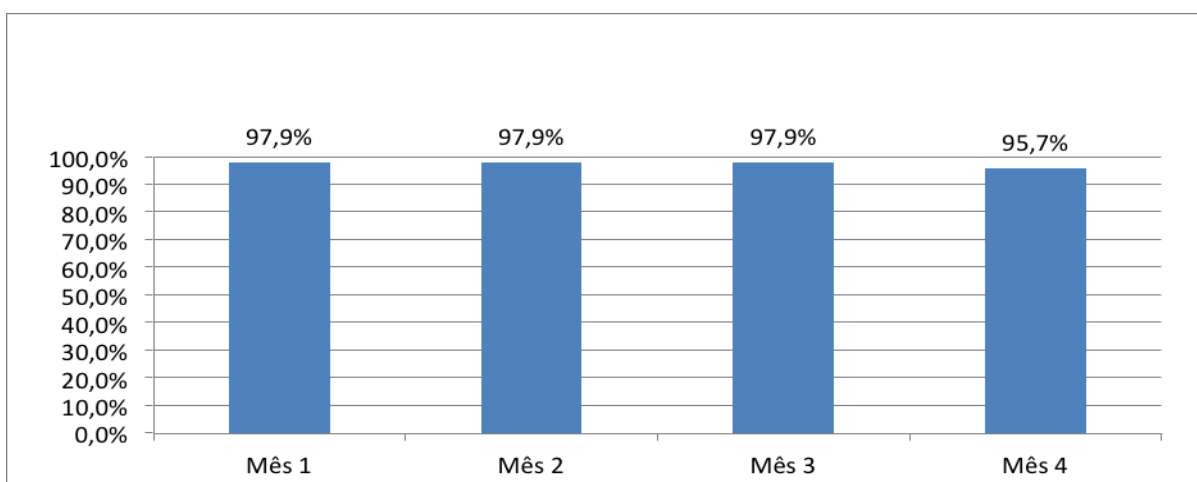


**Figura 27:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

**Meta 6.3** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, com proporção mantida e, 97,9% (46) ao longo dos três meses da intervenção, meses 1, 2 e 3, com uma diminuição no último mês, 4, correspondendo a 95,7% (45) (Figura 28), dado a ausência a consulta agendada.



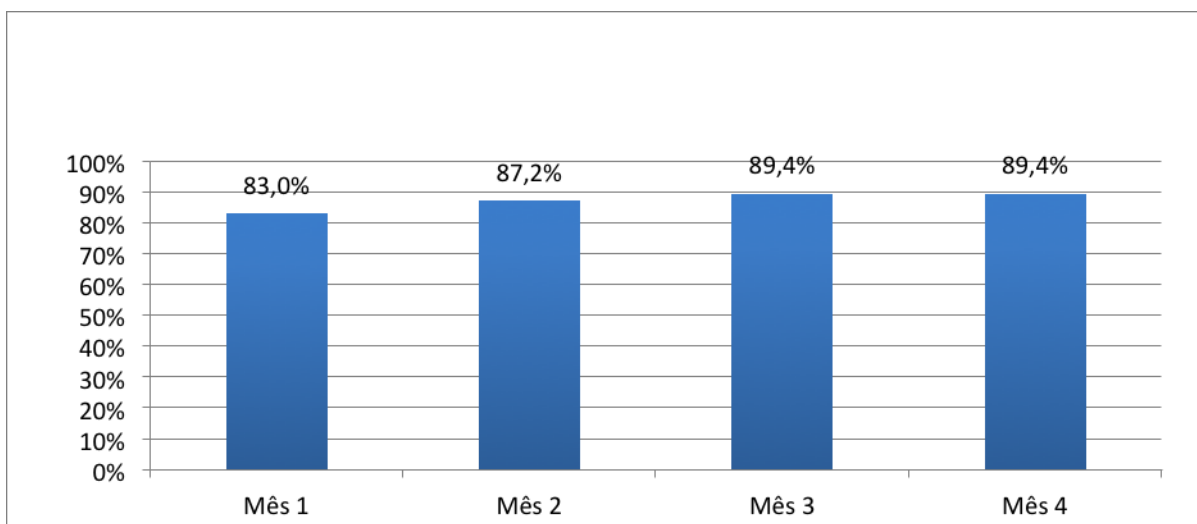
**Figura 28:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

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

Quando a necessidade de atendimento odontológico, onde o percentual manteve a tendência de crescimento encontrada em outros indicadores, sendo a proporção encontrada no mês 1 de 83% (39), 87,2% (41) no mês 2, chegando a

89,4% (42) nos meses 3 e 4 da intervenção (Figura 29). A ausência no cumprimento da meta esta relacionada ao roupo do compressor da unidade, ficando a atenção a saúde bucal comprometida.



**Figura 29:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF N0-1, Dezembro de 2014 a Março de 2015, Manaus.

**Fonte:** Planilha OMIA – UNASUS/UFPEL

## 4.2 Discussão

Tendo em vista que a hipertensão está entre as principais causas de morte no mundo, dado ao favorecimento de uma série de complicações agudas e crônicas. A equipe buscou qualificar a melhoria da atenção a saúde dos hipertensos, propondo uma série de ações de promoção, prevenção, controle da patologia e reabilitação das complicações, expressas em indicadores, como forma de acompanhar e monitorar os casos existentes entre os usuários com 20 anos ou mais, residentes no território de abrangência da UBS/ESF N0-1.

Atingimos que a cobertura correspondeu a 25,9% (163) do total de 629 hipertensos ao longo dos quatro meses de intervenção. Por outro lado, mesmo reconhecendo a importância da alimentação e a manutenção atualizada das fichas de acompanhamento, não foi possível atingir os 100% dos usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Entre as dificuldades encontradas, o acesso ao território, dado a violência e a ausência de todos os ACS cobrindo as microáreas contribuíram com o resultado encontrado.

A fim de contribuir com a frequência nas consultas e ampliar o acompanhamento dos hipertensos durante as consultas, foram realizadas buscas ativas em todos os meses, apenas o mês um não atingiu os 100% alcançados nos outros três meses. É importante destacar a redução no número de usuários durante a consulta, a situação dos hipertensos com exames clínicos e complementares em dia conforme protocolo, apesar de não ter atingindo aquilo que foi pactuado, 100%, demonstra uma tendência de crescimento ao longo da intervenção. No entanto, a dificuldade de acesso e a resistência dos ACS em razão da violência contribuem com a desatualização das fichas.

Quando se refere aos exames complementares, o indicador aponta para o crescimento dos usuários, hipertensos, com exames em dia conforme protocolo. Da mesma forma, para esse indicador, a meta de 100% não foi atingida, no entanto, a busca por melhorar o acesso a realização dos exames necessários para um acompanhamento qualificado vem sendo desenvolvida pela equipe, A dificuldade para atingir a meta está relacionada à demora na realização dos exames solicitados.

Quando o assunto se refere ao tratamento para os usuários hipertensos acompanhados na UBS/ESF N0-1, 100% deles, em todos os meses tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Em relação às medidas de promoção e prevenção, os usuários hipertensos e diabéticos não receberam a orientação sobre a higiene bucal e avaliação das necessidades de consulta odontológica em sua totalidade, ou seja 100% deles, entre as dificuldades, a maior barreira para realização das ações programadas no último mês de intervenção por furto do compressor de ar da UBS. O que levou a interrupção das ações odontológicas e a manutenção do atendimento.

Os hipertensos com estratificação de risco cardiovascular com exames em dia, bem como, as ações de promoção e prevenção, a exemplo das orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos provocados pelo hábito de fumar, embora tenha apresentado os resultados com tendência de crescimento ao longo dos quatro meses de intervenção, sofreram com a ausência na participação das atividades de grupo, exercícios ao ar livre, bem como, ausência de suporte da equipe do NASF.

A cobertura para os usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados na UBS/ESF N0-1, seguiu uma tendência contínua sendo a proporção de cobertura igual a 26,1% (47) de um total de 180, em todos os quatro meses da intervenção

Com respeito aos usuários com registros adequados nas fichas de acompanhamento, não conseguimos atingir as metas estabelecidas, muito em razão da dificuldade dos dados coletados pelos ACS, pois a violência impede a entrada em alguns pontos no território, bem como, a não adesão ao tratamento na unidade. Em relação aos exames clínicos e complementares definidos em protocolos para esse público em questão, a dificuldade do acesso ao agendamento, bem como a demora no resultado dificultam o acompanhamento e continuidade do tratamento dos usuários.

Da mesma forma quando analisamos a proporção alcançada para os diabéticos com exames complementares em dia, tem tendência de crescimento, apesar de não ter atingido o pactuado, e ao se referir a medicação prescrita, em todos os quatro meses de intervenção, todos os usuários diabéticos acompanhados na UBS/ESF N0-1, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, ou farmácia da prefeitura de Manaus.

Entre as medidas de prevenção e promoção realizadas, quando o assunto é a orientação sobre a higiene bucal, necessidade de ações e procedimentos de promoção, prevenção reabilitação de atendimento odontológico foi apreciável embora as dificuldades anteriormente referidas.

Quando analisado o impacto para a comunidade, a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, principalmente no que se refere as atividades específicas de educação nutricional, atividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, em especial, foram inseridas no componente educativo da unidade e no planejamento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, possibilitando assim que a atenção deixe o foco curativista apenas. No entanto, pode-se concluir que o impacto da intervenção ainda é pouco percebida pela comunidade. Apesar, mesmo não tendo alcançado as metas pactuadas para a cobertura, pode-se dizer que os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, todavia, temos que ampliar a cobertura.

Este é o começo da nossa caminhada, que assumimos com responsabilidade compartilhada, vencendo nossos próprios obstáculos, construindo, crescendo e descobrindo a melhor forma de planejar ações educativas, no contexto do protocolo estabelecido pelo ministério da saúde.

Intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, do enfermeiro, da auxiliar de enfermagem, ACS e da recepção e pela equipe de saúde bucal, esta última teve seu trabalho interrompido em razão do furto do compressor odontológico que levou o cancelamento dos atendimentos e avaliações. Foi uma experiência muito enriquecedora, experiência única, permitiu à qualificação de trabalho em equipe, cada vez mais comprometido de fazer da ciência médica um direito humano, um serviço essencial para melhorar a qualidade de vida dos seres humanos.

Nesse sentido, a experiência para a equipe, repercutiu diretamente no processo de trabalho da unidade. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção levou a revisão das atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

## **5 Relatório da intervenção para os gestores**

A necessidade de fazer como prática de rotina as diretrizes estabelecidas pelo Ministério de Saúde sobre as estratégias de promoção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica, aplicadas no restante do país, somado as experiências vivenciadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Venezuela, levou-me, como profissional da saúde e na perspectiva de atuação na atenção básica, a conhecer estratégias de promoção da saúde que tem como objetivo a qualificação os serviços de saúde para a população.

Entendendo que o preconizado é que a atenção básica seja a primeira opção, ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, reconhecendo que a prevalência da hipertensão e diabetes tende a aumentar, entre outros fatores, como decorrência do envelhecimento da população, tornando-se um problema de saúde pública à nível mundial, a UBS-N-01, optou por realizar uma intervenção que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a área de cobertura da unidade.

No entanto, reconhecidamente, a equipe entende que os indicadores não tiveram suas metas atingidas em sua totalidade, tanto para os usuários hipertensos quanto para os diabéticos. Fato que pode ser explicado pela pouca governabilidade em regularizar e tornar resolutivo parte desses indicadores, uma vez que, muitos deles estão diretamente relacionados à organização da rede para atender a demanda que vem da população.

Entre esses, o acesso aos exames complementares necessário para um acompanhamento qualificado, a demora na entrega dos resultados, bem como, a responsabilidade na mudança de hábitos que perpassa pela adesão adequada e vontade dos usuários. Também compreende que é preciso melhor se organizar seu processo de trabalho na busca e manutenção desses usuários nas ações planejadas.

Nesse sentido, a equipe trabalhou para melhor atender os usuários foco dessa intervenção, assim, merecem destaques os seguintes resultados.

Em relação aos hipertensos, a alimentação e a manutenção atualizada das fichas de acompanhamento teve uma ampliação em seu percentual inicial, mês 1, de 76,1% (124), tendo o mês 2, um percentual de 79,1% (129) e 85,3% (139) nos



meses 3 e 4; foram realizadas buscas ativas em todos os meses, apenas o mês 1 não atingiu os 100% alcançados nos outros três meses.

Em relação aos usuários diabéticos, a proporção de cobertura atingida foi igual a 26,1% (47) de um total de 180 em todos os quatro meses da intervenção. Nesse caso, a intervenção demonstra a importância da organização dos processos de trabalho, a fim de ter uma maior adesão desses usuários a atenção prestada na UBS/ESF N0-1, sendo necessário, ampliar as ações de busca ativa dos mesmo no território.

Ao se tratar dos registros adequados nas fichas de acompanhamento daqueles que estão sendo acompanhados, 76,6% (36) no mês 1, estavam com registros adequados nas fichas de acompanhamento, aumentando essa proporção para 78,7% (37) no mês 2 e, 91,5% (43) nos meses 3 e 4. Todavia, em relação aos exames clínicos e complementares definidos em protocolos para esse público em questão, a proporção de usuários acompanhados com exames clínicos em dia atingiu a proporção de 78,7% (37) no mês 1, 80,9% (38) no mês 2, 95,7% (45) no mês 3 e 97,9% (46) no mês 4.

Entre as medidas de prevenção e promoção realizadas, os meses 3 e 4 foram os que maior apresentaram uma proporção quando o assunto é a orientação sobre a higiene bucal 97,9% (46%), ficando os meses 1 e 4 com a proporção de 95,7% (45). Diferindo, no entanto, quando da necessidade de atendimento odontológico, onde o percentual manteve a tendência de crescimento encontrada em outros indicadores, sendo a proporção encontrada no mês 1 de 83% (39), 87,2% (41) no mês 2, chegando a 89,4% (42) nos meses 3 e 4 da intervenção.

Merece destaque também, a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, a proporção se repetiu para os meses 1 e 2, atingindo 78,7% (37) dos diabéticos acompanhados e 91,5% (43) nos meses 3 e 4 da intervenção. Em relação a orientação nutricional sobre a alimentação saudável, a proporção encontrada nos meses da intervenção, variou nos dois primeiros meses sendo 76,6% (36) e 80,9% (38) para os meses 1 e 2 respectivamente, e manteve a mesma proporção nos meses 3 e 4, 95,7% (45).

Dessa forma podemos concluir que os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à saúde da população, e através de registros podemos afirmar se é possível ou não alcançar as metas preconizadas pelo programa de hipertensão arterial e diabetes.

Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto caracteriza-se por ser um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas e acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam.

Hoje o que se quer é atenção especial e investimentos na área da saúde pública, na prevenção e promoção; diminuindo as taxas de internações hospitalares e investimentos na área curativa, pois precisamos como profissionais da área da saúde nos engajar nesse desafio, e ser atores de transformações na área da saúde. No entanto, entendemos que nossa governabilidade se limita a prática e oferta dos serviços, o que se refere a reorganização da rede de atenção, bem como garantia do acesso aos exames e medicamentos deve ser de responsabilidade dos gestores. Assim, é importante que possa, esta experiência, contribuir com outras em locais diferentes, pois assim, a levantamento das necessidade e as dificuldades relatadas podem contribuir com o planejamento e investimento na saúde público no município.

## 6 Relatório da intervenção para a comunidade

A partir de experiências vivenciadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Venezuela, durante dois anos, e, posteriormente, com trabalhador da saúde, senti a necessidade de conhecer novas estratégias de promoção da saúde com o objetivo de qualificar os serviços de saúde para a população, dessa forma, me escrevi no Programa de Mais Médico para o Brasil.

Ao me inserir na Unidade de Saúde UBS-N-01, resolvemos, eu e a equipe, optar pela realização de uma intervenção que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos pertencentes a área de cobertura da unidade, principalmente, por se tratar de um problema frequente que acomete grande parte da população e, um dos principais causadores de morte no Brasil, além de constituir um problema de saúde no nosso território de abrangência.

As ações previstas para subsidiar a intervenção foram projetadas em quatro eixo: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação das práticas clínicas.

Entre os resultados encontrados para os usuários hipertensos e que merecem destaque, a alimentação e a manutenção atualizada das fichas de acompanhamento, no mês um, de 76,1% (124), para 85,3% (139) nos meses três e quatro. Tendo o mês dois, um percentual de 79,1% (129); a realização de buscas ativas em todos os meses, apenas o mês um não atingiu os 100% alcançados nos outros três meses; o crescimento nos exames complementares sendo que os hipertensos com exames em dia conforme protocolo com 86,5% (141) dos hipertensos com exames complementares no mês um, sendo alcançado 87,1% (142) no mês dois, 89,6% (146) no mês três e 90,8% (148) no mês quatro.

Por outro lado, mesmo reconhecendo a dificuldade do acesso aos exames necessários para um acompanhamento de qualidade, a equipe não economizou no esforço para que pudéssemos proporcionar, aos usuários, a realização dos mesmos. No entanto, mesmo reconhecendo que não atingimos a meta, buscamos reforçar a importância da realização dos mesmos, orientando durante as consultas realizadas com os usuários e em conversa com a Coordenação da Atenção Básica no Município, no sentido de melhorar e agilizar o acesso da população.

Em relação aos usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados na UBS/ESF N0-1, a cobertura é reconhecidamente baixa, 26,1% (47) de um total de

180, no entanto, a intervenção serviu para nos demonstrar a importância da equipe em investir em ações como a de busca ativa no sentido de melhorar esse indicador. Da mesma forma, orientar os usuários da importância e corresponsabilidade na continuidade do tratamento. Mas mesmo assim, conseguimos algo inédito na Unidade, adequar os registros das fichas de acompanhamento daqueles que estão sendo acompanhados, atingindo 76,6% (36) no mês um, estavam com registros adequados nas fichas de acompanhamento, aumentando essa proporção para 78,7% (37) no mês dois e, 91,5% (43) nos meses três e quatro. Com 100% dos usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Dessa forma, podemos concluir que a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS, foi possível ampliar o percentual de cobertura, no entanto, é importante destacar a redução no número de usuários durante a consulta, foi por trabalho intenso de busca ativa, com respectiva diminuição de faltosos. No entanto, reconhecemos que a maior dificuldade no atingimento da meta está relacionada a demora na realização dos exames solicitados da mesma forma que o acesso fica dificultado pela deficiência de absorção dos usuários na rede municipal.

Por fim, aproveito para solicitar a participação mais ativa da população, de forma a buscar pelos seus direitos e reconhecer a importância da Unidade na prevenção das doenças e promoção da saúde. Firmando aqui, uma parceria em busca de uma atenção qualificada e resolutiva.

## 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Um imenso prazer e meus agradecimentos por ter a oportunidade de compartilhar experiências, conhecimentos neste processo de aprendizagem de Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), com certeza as minhas expectativas com relação ao curso foram superadas, principalmente pelo que aprendi e o que me proporcionou como ferramentas e oportunidades para a construção do conhecimentos e a consolidação em atenção primária à saúde, principalmente no enfoque da estratégia de saúde da família.

E de forma prática, com objetivo claramente definido e através de aprendizagem autorreferida, aprendizagem a partir do trabalho sobre a realidade do serviço em que atuamos com o objetivo de consolidar um modelo de saúde assistencial, coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade através ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigida a populações de territórios bem delimitados.

Nos encontros pedagógicos dos quais participei semanalmente em algumas oportunidades não foi possível participar foi por motivos técnicos e logísticos (internet). Na Unidade de Análise Situacional, desenvolvi a competência para organizar as informações para caracterizar de forma sistêmica para a situação de saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, utilizando as ferramentas disponibilizados pela universidade, bem como as leituras recomendadas.

Na Unidade de Análise Estratégica, elaborei o projeto de intervenção. Esta intervenção foi a implantação ou melhoria da atenção a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, que foi incorporada à rotina do serviço, apoiando na qualificação de serviço dos trabalhadores da equipe utilizando o protocolo do Ministério da Saúde com monitoramento periódico. Todavia, foi nesta etapa, que aprendemos a necessidade da distribuição de responsabilidades, o que permitiu desenvolver as primeiras ações de saúde com aspectos quantitativos e qualitativos, para uma análise estratégica o mais real possível.

Trabalho com uma equipe com muitos anos de experiência, com uma rotina de trabalho já estabelecida, e mesmo tendo iniciado a intervenção em um processo lento, ele foi progressivo nas mudanças para qualificar os serviços, mesmo que

ainda muitas dificuldades tiveram que ser superada, entre elas as habilidades na informáticas, mas superamos juntos os desafios.

A Unidade três relacionada ao projeto de intervenção foi feita com base nos registro, monitoramento e avaliação, que permitiu a análise minuciosa dos dados, como a qualificação e ganho de experiência para a equipe, embora ainda enfrentamos dificuldades no registro e processamento de dados por deficiência na capacitação respeito aos protocolos estabelecidos no projeto de intervenção, deficiência no registro adequado de dados, deficiência de capacitação de habilidades informáticas.

Na Unidade de avaliação de intervenção é a etapa mais importante que enfrentamos, porque avaliamos nossos objetivos e metas estabelecidos pela nossa equipe, embora não conseguimos atingir o 100% das metas, ganhamos experiência, construímos bases sólidas com planos de consolidação a curto, médio e longo prazo. Onde também, estabelecemos rotinas, fluxo de ações e distribuição de funções que nos permitiu melhorar os registros minuciosos.

Como profissional de saúde, sinto a satisfação de me apropriar de conhecimentos científicos de arte de praticar a medicina, embora não foi possível cumprir com o estricto cronograma estabelecido, dei meu melhor esforço e continuarei consolidando, garantindo que a experiência adquirida seja rotina de trabalho.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica, Cadernos de Atenção Básica**, nº 37 Brasília – DF 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_crônica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellituS Cadernos de Atenção Básica**, nº 36 Brasília – DF 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Cadernos de Atenção Básica**, nº 35, Brasília – DF 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_crônica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica_cab35.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Rastreamento - Cadernos de Atenção Básica**, n. 29, Volume II 1ª edição, Brasília – DF 2013, Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Acolhimento à demanda espontânea - Queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume II**, Brasília – DF 2013, Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, Brasília – DF 2010, Disponível em: [file:///C:/Users/Hern%C3%A1n/Desktop/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](file:///C:/Users/Hern%C3%A1n/Desktop/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, **Política Nacional de Atenção Básica Brasília** – DF 2012, Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.

Manaus. Prefeitura de Manaus, Secretaria Municipal de Saúde, Balanço-SEMSA\_2013-Planejamento-2014.pdf, MANAUS 2013, Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/macroprocessos-da-aps/>

## Anexos

### Anexo 1 – Ficha Espelho




 Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
**FICHA ESPELHO**

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

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

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



## Anexo II - Planilha de coleta de dados.

Especialização em Saúde da Família - EaD

DMS



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

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

Em todas as planilhas você só precisa colocar seus dados nas células em **VERDE**.

Todos os indicadores e gráficos serão gerados automaticamente.

Leia atentamente a aba "Orientações".

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

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês																	
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame glicêmico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está taloso de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com acompanhamento?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame glicêmico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
de até o total de pacientes cadastrados	Nome	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
1	1	IRACILDA DOS SANTOS SILVA	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0
2	2	MIRIAN FARIAS DE SOUZA	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
3	3	MARIA JOSE ALVES DE LIMA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	4	MARIA ANJALICIA TRINDADE	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
5	5	MANOEL DE SOUZA GOMES	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
6	6	BENJAMIM PROTASIO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	7	MARIA DO VALE SANTOS	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	APTASIO JAQUES DE SOUZA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	9	JOAQUIM EDMAR FERREIRAS	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	JOSE DE ALMEIDA PINHEIRO	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
11	11	MARIA TEREZINA RODRIGUES	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
12	12	IVAN FALCA DA COSTA	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
13	13	FRANCISCO OZIAS BAFROS SANTAI	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
14	14	ANTONIO CLOVES MONTEIRO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	15	MARIA DA CONCEICAO DOS ANJOS	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
16	16	MARIA IZANETE SILVA PAZ	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	17	JOVINA FERREIRA DE SOUZA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	18	MARIA LUCIA BATISTA	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
19	19	MARIA DAS GRACAS POLIM PRINTO	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
20	20	EURICO BERNARDES DOS SANTOS	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	21	MARCIENE FERREIRA MELO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	22	KEITE KELIA LOPES DA COSTA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	23	VILMA OLIVEIRA DOS SANTOS	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
24	24	MARIA DIRCE COSTA PRINTO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	25	MARIA ALVES MONTEIRO	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
26	26	NEWTON BATISTA NEIRA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	27	CLEONICE BRAZ DE OLIVEIRA	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
28	28	GRACIETE SALOMAO DA SILVA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	629
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	160



Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.



Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.	163	163	163	163
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada	47	47	47	47



**OBSERVAÇÕES**  
Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas



Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

**\*Estimativa no território**

População total	4195
-----------------	------



Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	2810,65
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	638
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	157



Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.



Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.