

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF N-36, Manaus/AM**

**Yordanka Pedroso Miranda**

**Pelotas, 2015**

**Yordanka Pedroso Miranda**

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF N-36, 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.

Orientadora: Ingrid D'avilla Freire Pereira

Pelotas, 2015

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

M672m Miranda, Yordanka Pedroso

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF N-36, Manaus/AM / Yordanka Pedroso Miranda; Ingrid D'avilla Freire Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pereira, Ingrid D'avilla Freire, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus pais, Miriam e Jose.

Ao meu filho Yordanis.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Miriam e Jose, por seu amor e apoio incondicional em todos os momentos.

A meu filho, por todo amor a mim dedicado e por fazer me sentir cada dia mais feliz.

A minhas tias Lazara e Sonia, por todo apoio e dedicação.

Aos meus amigos e a toda equipe de saúde que fizeram possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, por todo o apoio e por acolher todas as minhas dúvidas.

## Resumo

PEDROSO, Miranda Yordanka. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF N-36, Manaus-AM** (83 folhas). 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.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) estão relacionadas ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida. (1) No ano de 2015 estruturou-se um projeto de intervenção pela Equipe de Saúde da Família na Unidade de saúde da família USF N-36 no Bairro Cidade Deus, Manaus, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais nessa unidade, melhorar a qualidade da atenção e o registro de informações a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão, manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde para eles. A intervenção foi desenvolvida no período de 12 semanas, entre os meses de abril e julho e 2015. Os protocolos ou manuais técnicos que foram utilizados foram os Cadernos da Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) elaborados pelo Ministério da Saúde no ano 2013. Para a coleta de dados foram utilizadas as fichas espelhos e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A intervenção envolveu todos os trabalhadores do referido serviço. As ações desenvolvidas durante a intervenção foram descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Foram atendidas 323 pessoas com hipertensão e 97 com diabetes, e alcançamos aumentar a cobertura para 81.8% com as pessoas com hipertensão e 100% para os com diabetes. Para abordagem dos usuários foi feito o cadastramento e a estratificação de risco cardiovascular, seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade. Foram implementadas várias ações com o fim de aumentar a cobertura do programa e manter as metas de qualidade, além disso foram desenvolvidas atividades voltadas para educação em saúde de forma permanente. Com a intervenção melhoramos de forma significativa as condições de saúde e de vida da população da área de abrangência, foi possível reorganizar as atribuições da equipe na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorar na qualidade dos registros e o agendamento deles. A realização da intervenção e a reflexão nos permitiram melhorar o trabalho em equipe e alcançar maior união entre todos.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia USF N -36	11
Figura 2	Fotografia Medicamentos da farmácia	11
Figura 3	Fotografia Equipe de saúde	12
Figura 4	Fotografia Consulta de Hipertensão	18
Figura 5	Fotografia Conversa na Sala de espera	18
Figura 6	Fotografia Registros, prontuários e fichas espelhos.	19
Figura 7	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	53
Figura 8	Fotografia Atendimento clínico ao diabético	55
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	56
Figura 10	Atendimento odontológico	59
Figura 11	Fotografia Atividade com hipertensos e diabéticos na Igreja	63
Figura 12	Fotografia Café de manhã para hipertensos e diabéticos	63
Figura 13	Fotografia Palestra educativa	64

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção primária de Saúde
CAPS	Centro de atenção psicossocial
COE	Centro oftalmológico especializado
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIPERDIA	Programa de hipertensão e diabetes
IBGE	Instituto brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação de Atenções Básicas
SIS	Sistema de informação em Saúde
SUS	Sistema único de saúde
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. ....	21
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma .....	46
3 Relatório da Intervenção .....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção .....	52
4.1 Resultados .....	52
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	75
Referências .....	76
Anexos.....	77

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais na USF N-36 do município de Manaus.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014, quando começaram as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligado.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso, na qual incluímos um texto inicial sobre a situação da ESF/APS no início de minhas atividades como médica do Projeto Mais Médicos. Depois descrevemos outro texto relatando a Análise Situacional da unidade de saúde, descrevendo a estrutura da unidade, a composição da equipe e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. E por último, apresento um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

Na segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. Começa pela justificativa da intervenção, seguido dos objetivos gerais e específicos, as metas, a

metodologia, o detalhamento das ações descritas segundo os quatro eixos programáticos do curso, os indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e desenvolvidas, no segundo texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos á coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações á rotina dos serviços.

Na quarta seção encontra-se a avaliação da intervenção, na qual relatamos quais foram os resultados obtidos durante a intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na discussão abordamos o significado dos resultados obtidos para a comunidade, para os serviços e para o profissional da saúde. Culminando essa etapa com um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, encontram se os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## 1 Análise Situacional

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

Eu trabalho na USF N\_36 no Bairro Cidade Deus no município Manaus, pertencente à zona norte de Manaus. Atendo uma população estimada de 2597 pacientes e está composta por pessoas de baixo nível socioeconômico e cultural.

Estruturalmente a USF conta com um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala da enfermeira, uma sala de vacinação, Curativos e nebulização, uma sala de espera onde ficam os usuários até que são atendidos, dois banheiros e uma cozinha. A farmácia é muito pequena e não têm antibióticos e outros medicamentos que são necessários à população.

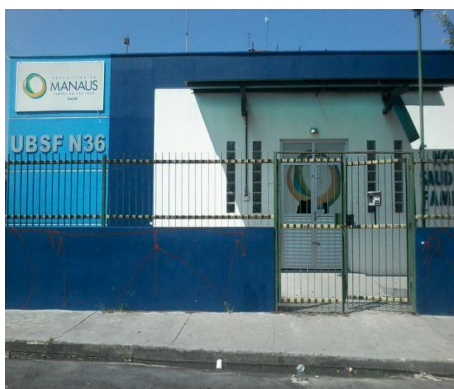


Figura 1: UBS



Figura 2: Medicamentos da farmácia

Neste momento a equipe de saúde está incompleta, tem 5 agentes comunitários de saúde que atendem 7 microrregião, a enfermeira faz três meses que não trabalha porque está doente. Tem uma médica, uma dentista, 2 técnicas enfermagem, um técnico de saúde bucal e um técnico que atende as doenças endêmicas. Somos uma equipe que trabalha com muito amor para fortalecer cada dia mais os programas de atenção a criança, gestantes, puerperais, idosos, hiperdia e nos programas de atenção a mulher e homem.



Figura 3: Equipe de Saúde

Trabalhamos unidos e organizados, realizamos atividades de prevenção e promoção à população mediante as campanhas de vacinação, as consultas de prevenção do câncer cervicouterino. Participamos do programa de saúde na escola onde desenvolvemos atividades educativas para crianças e adolescentes. Abordamos palestras com as mães sobre o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Fazemos visitas domiciliares uma vez na semana a puerperais, recém-nascidos, grávidas, idosos e pessoas com deficiência ou incapacidade. Acredito que temos que trabalhar mais com o grupo de idosos, fazendo atividades para eles e incorporá-los na sociedade. Estou muito feliz de trabalhar nessa comunidade, de ajudar a população que precisa de minha atenção médica.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus foi fundada na margem do rio Negro, encontrando-se no norte do país, é o oitavo município Brasileiro mais populoso com 2.020.301 habitantes de acordo com estimativas do instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), é a trigésima cidade mais populosa da América e está entre os cinco municípios de mais crescimento econômico do Brasil, sendo seu principal motor econômico a zona franca de Manaus, tem um grande polo turístico desenvolvido tornando-se uma das cidades mais visitadas.

O município conta com 42 Unidades Básicas de Saúde (USF) tradicionais e cinco ampliadas, 144USF com ESF, e 19 USF rurais. Ainda contamos com 17 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com atenção especializada, por uma rede de hospitais representados por cinco maternidades, três Centro Oftalmológico Especializado (COE), um Centro de Fisioterapia e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Contamos com boas disponibilidades de exames complementares com um laboratório por cada distrito, em total quatro e um laboratório de exames de cito patológico.

Minha USF N\_36 encontra-se no Bairro Cidade Deus, e é uma unidade urbana. Esta unidade de saúde tem vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), não funciona como uma unidade de ensino e o modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Estruturalmente a USF conta com um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinação, curativos e nebulização, uma sala de espera (muito pequena que tem poucas cadeiras para os usuários), dois banheiros e uma cozinha. A farmácia é muito pequena e não têm antibióticos e outros medicamentos que são necessários à população. Neste momento, a equipe de saúde está incompleta, cinco agentes comunitários de saúde que atendem sete microrregiões, não têm administrativos e a enfermeira faz cinco meses que não trabalha porque está doente, situação que fica difícil para conseguir oferecer um bom atendimento para a comunidade. Além disso, tem uma médica, uma dentista, dois técnicas enfermagem, um técnico de saúde bucal e um técnico que atende as doenças endêmicas.

É muito importante eliminar as barreiras arquitetônicas para melhorar o acesso de idosos e portadores de deficiência física. A unidade deve procurar ter uma sala de espera com um ambiente confortável e agradável e com espaço suficiente para que os pacientes fiquem cômodos. Deve se prever o uso de telas

mosquiteiras na USF evitando assim a entrada de insetos que podem causar diferentes doenças.

Os profissionais da unidade participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando os grupos expostos a riscos, grupos de agravos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose). Realizamos cuidado domiciliar aos pacientes fazendo diferentes atividades e procedimentos curativos, orientações em saúde, acompanhamento de problemas de saúde, medição de pressão arterial, consultas médica e de enfermagem, examinado as puerperais, entrega de medicamentos oral e aplicação de medicação injetável. Além disso, fazemos diferentes atividades de grupo para adolescentes, hipertensos e diabéticos, charges sobre alimentação saudável, planejamento familiar, prevenção do câncer cérvicouterino e aleitamento materno exclusivo.

Todas as semanas realizamos reuniões de equipe para identificar e solucionar os principais problemas da comunidade. Participamos de atividades de qualificação profissional, para a gestão em saúde, e que são multiprofissionais. Existem algumas dificuldades no atendimento das urgências/emergências médicas. Não fazemos procedimentos de pequenas cirurgias, situação que acontece devido à falta de medicamentos na farmácia da unidade. Considero de vital importância a incorporação de alguns medicamentos indispensáveis para solucionar esse tipo de atendimento. Outro problema que existe é no acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário, onde os profissionais não acompanham os usuários em situações de internação hospitalar.

Em relação à população da área posso dizer que, o número de equipes em minha unidade de saúde é adequado ao tamanho da população em minha área de abrangência. Temos uma população de 2.597 pessoas e uma equipe de saúde, que como descrevi anteriormente, neste momento, está incompleto por isso a estimativa da distribuição da população brasileira por sexo e faixa etária não parece de acordo com a distribuição de nossa área. Há 1317 homens e 1659 mulheres, delas 550 têm entre 26 e 64 anos, 395 crianças, 846 adolescentes, 1579 adultos, e 156 idosos. Os agentes comunitários de saúde estão trabalhando todos os dias para completar e atualizar o cadastro, assim como, para viabilizar a atenção à saúde da população.

Na Unidade de saúde da família (USF) onde atuo cada usuário é acolhido pelos profissionais da equipe de saúde, e o acolhimento é realizado na recepção da unidade de saúde, todos os dias e em todos os turnos de atendimento. Ali se escuta, se analisa e se orienta ao usuário. A equipe de saúde tem conhecimento sobre a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda de usuário, e define o modo e como os diferentes profissionais participarão do acolhimento; quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais, assim como outras ofertas de cuidado que podem ser necessárias.

Com relação à demanda espontânea do usuário por problema de saúde agudo, o atendimento é realizado no dia, eles são atendidos quando o médico termina as consultas de agendamento contínuas e programadas. Nos casos em que o usuário chega com problemas de saúde de urgência, a demanda de atendimento é imediata e prioritária. Atualmente, em nossa unidade não existe excesso de demanda espontânea e todos os usuários residentes, e fora da área de cobertura da USF, que solicitam este tipo de consulta são atendidos, pela médica e a dentista. Neste momento a unidade de saúde não oferece serviço de prótese dentária, nem atendimento odontológico especializado.

A Puericultura é uma das ações programáticas mais importantes nossa área de saúde, e tem o objetivo de prevenir a mortalidade infantil. O atendimento é realizado uma vez na semana às crianças da área e fora da área de cobertura, e são atendidas segundo o protocolo de atendimento produzido pelo Ministério de Saúde, Caderno da Atenção Básica número 33. Além disso, existe oferta de atendimento para as crianças com problemas de saúde agudo, e todas as crianças saem da unidade com a próxima consulta programada. Realizam-se ações de saúde envolvidas no cuidado das crianças de 0 a 72 meses como: promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental, aleitamento materno exclusivo, imunizações, prevenção de anemia mediante a administração de sulfato ferroso a todas as crianças maiores de seis meses; assim como, ações de diagnóstico e tratamento de diferentes problemas de saúde.

Possuímos boa cobertura de saúde da criança, representando um percentual de 91%. A dificuldade encontra-se nos indicadores da qualidade, pois das 50 crianças que temos na área de saúde só 22 receberam consultas em dia,



de acordo o protocolo do Ministério de Saúde, e tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de nascimento. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na unidade, nossa equipe de saúde tem que trabalhar muito com grupos de mães das crianças, realizando atividades educativas, charges e orientações sobre a importância que tem participar das consultas de puericultura para prevenir a aparição de doenças na infância.

O atendimento de Pré-natal na unidade se realiza uma vez por semana, em dois turnos, e são feitas as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde. É iniciado com a captação precoce da gestante até a 12ª semana de gestação. Nessa primeira consulta são identificados os riscos obstétricos presentes nas grávidas e são desenvolvidas diferentes ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal, imunizações contra Hepatite B, Influenza, Tétano, controle de câncer de colo de útero mediante a citologia oncótica. Além disso, todas as gestantes realizam exames de laboratório, ultrassonografia obstétrica, sorologia para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), VDRL, Hepatites B, com o objetivo de detectar e tratar de maneira rápida qualquer doença durante a gravidez.

Existe o Sistema de Informação em Saúde (SIS) pré-natal, e o responsável pelo cadastramento das gestantes é a médica. Neste momento, temos dificuldades na realização de atividades com grupos de gestantes. Elas recebem orientação só pela médica, a dentista, e dos agentes comunitários de saúde; situação que se deve ao fato de que a equipe de saúde está incompleta. Já existe protocolo de atendimento pré-natal, Caderno da Atenção Básica n. 32 de 2012, e arquivos específicos para os registros dos atendimentos às gestantes.

Temos boa cobertura de pré-natal na área representando cerca dos 95%. Há dificuldades nos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliado: temos 14 gestantes com pré-natal iniciado no 1º Trimestre da gestação, o que representa só 38%. Muitas delas começam o esquema de vacinação com idade gestacional muito avançada e não tem o tempo suficiente de intervalo para receber todas as vacinas que necessitam durante o período da gravidez. A maioria das gestantes recebem consultas em dia, de acordo com o calendário do Ministério de Saúde.

O Câncer de colo de Útero e de Mama são temas de muita importância devido à alta incidência que existe na população feminina e a elevada taxa de mortalidade no Brasil, por isso constitui uma das ações programáticas mais importantes na Atenção Primária à Saúde. A prevenção do câncer do colo uterino se realiza através da coleta de exame cito patológico, uma vez na semana, pela manhã, e é realizado pela médica.

Os atendimentos são registrados no livro de registro e no prontuário clínico, e existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames coletados, com o objetivo de verificar mulheres com exame de rotina alterado, e em atraso, assim como para avaliar a qualidade do programa. São desenvolvidas algumas ações de educação em saúde da mulher para a realização periódica do exame preventivo destas doenças, sobre os malefícios do tabagismo e sobre a importância do uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Existem outras ações de educação à saúde da mulher para o reconhecimento dos fatores de risco, sinais e sintomas do câncer de mama e rastreamento deste mediante o exame clínico de mamas e a solicitação de mamografia a toda mulher maior de 40 anos. Para melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero e de mama em minha unidade a equipe de saúde tem que trabalhar intensamente e unida, fazendo mudanças no processo de trabalho, aumentar o número de atividades educativas na comunidade, escolas, igrejas e charges a grupos de mulheres.

Na visita domiciliar efetuada pela médica e os agentes comunitários de saúde deve-se orientar as mulheres sobre a importância da realização dos exames e facilitar o acesso a eles. É muito importante identificar e controlar os fatores de risco na população para prevenir e diminuir a incidência destas doenças e melhorar a saúde da população.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é boa, com 100 %, mas existe muita dificuldade nos indicadores da qualidade: de um total de 550 mulheres só 155 está com exame citopatológico em dia representando um percentual de 28%, delas duas estão com o resultado alterado e 18 tem estes exames com mais de seis meses de atraso. Há 196 mulheres (36%) que foram avaliadas com risco de câncer de colo de útero e receberam orientações para sua prevenção e temos 153 exames coletados (28%) com amostras satisfatórias.

Em relação ao câncer de mama posso dizer que temos uma cobertura de 126 mulheres (99%). O problema encontra-se nos indicadores de qualidade: temos 59 mamografias em dia e 10 com mais de três meses em atraso. Existem 106 mulheres (84%) avaliadas com risco de câncer de mama e que receberam orientação para sua prevenção.

A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são doenças muito frequentes pelas quais as pessoas buscam a unidade de saúde para serem atendidas. Em nossa unidade os usuários portadores destas doenças são atendidos uma vez por semana, nos dois turnos, e se atendem à pessoas que se encontram dentro e fora da área de cobertura. A equipe de saúde realiza algumas ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, prática regular da atividade física, assim como conversas na Sala de espera da unidade sobre os danos que ocasiona o consumo excessivo de álcool e de tabagismo para os portadores de HAS e/ou DM.



Figura 4: Consulta de hipertensão



Figura 5: Conversa na Sala de Espera

Além disso, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM, e protocolo de atendimento para eles, segundo os Cadernos de Atenção Básica n.36 e 37 o problema radica nas consultas que não estão de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde.

No cuidado aos adultos portadores dessas doenças são desenvolvidas ações de imunizações, tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os profissionais de saúde da unidade utilizam protocolos para regular o acesso dos adultos a outros níveis do sistema de saúde, como são os encaminhamentos para atendimento nas especialidades, internação hospitalar e pronto-socorro. Os atendimentos deles são registrados no prontuário clínico e ficha de atendimento

odontológico. Uma dificuldade que existe é que não há um arquivo específico para os registros.

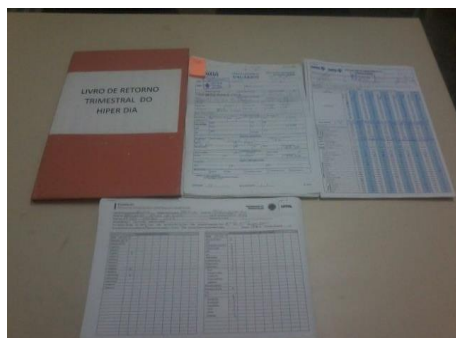


Figura 6: Registros, prontuários e fichas Espelhos.

O médico é o responsável pelo cadastramento dos adultos no Programa, e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não aparece adequada à realidade, pois temos 222 hipertensos para uma estimativa de 395. Esses dados representam só 56 % do total de hipertensos, por essa razão a cobertura de pacientes com HAS se encontra baixa. Em relação à Diabetes, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não está adequada à realidade.

Temos 89 diabéticos, para uma estimativa de 97 representando um percentual de 91 % de cobertura. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e DM na unidade temos que identificar de maneira adequada e oportuna a população com risco de padecer destas doenças, e realizar diagnóstico e tratamento adequado para evitar complicações.

Devido a o aumento progressivo da expectativa de vida, a assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade e tem um atendimento diferenciado na unidade de saúde. O atendimento deles é realizado uma vez na semana para idosos da área e fora da área de cobertura, e são atendidas segundo o protocolo de atendimento produzido pelo Ministério de Saúde, Caderno da Atenção Básica n. 19 de 2006. É feito por toda a equipe de saúde e são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha-espelho de vacinas. Além disso, existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudo, e todos eles saem da unidade com a próxima consulta programada.

Realizam-se ações de saúde envolvidas no cuidado dos idosos como: promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e mental, assim como, ações de diagnóstico e tratamento de diferentes problemas de saúde: alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Utilizamos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis de atenção à saúde. Não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, e, nesse sentido, não está completamente implantado o Programa de atenção ao idoso, mas eles têm caderneta de saúde da pessoa idosa.

A estimativa do número de pessoas com 60 anos ou mais residentes na área aparece adequada à realidade, pois temos 156 idosos que representa um 100% de cobertura, por essa razão os indicadores de cobertura de Saúde da Pessoa Idosa são bons, mas existe dificuldade nos indicadores de qualidade: só 99 idosos da área tem caderneta de saúde representando um percentual de 63%. Acho que temos que elaborar um registro sistematizado das ações desenvolvidas para eles, com o objetivo de identificar idosos com maior vulnerabilidade, e as atividades que a equipe realiza, bem como a periodicidade.

A Saúde Bucal tem como objetivo a prevenção e promoção da saúde oral da população. Na unidade de saúde onde atuo existe uma equipe de saúde bucal composto pelo técnico de saúde bucal e um cirurgião dentista. O dentista trabalha oito horas por dia, em dois turnos de atendimento realizando, três procedimentos por hora. Delas, são destinadas duas horas por semana para reuniões e quatro horas para ações coletivas e se efetuam 284 ações coletivas com duração de 30 minutos por ano. A equipe de saúde bucal realiza diferentes atividades de prevenção e promoção de saúde bucal com os grupos de idosos, gestantes, hiperdia na unidade de saúde e atividades educativas nas escolas, dentro delas encontram-se as orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal. Com relação à capacidade instalada para prática clínica se realizam doze procedimentos por turno de quatro horas para um total de 96 procedimentos por semana.

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

#### **Situacional**

Comparando o texto inicial com o relatório, posso dizer que a análise foi de grande importância, pude conhecer profundamente a estrutura da UBS, o trabalho realizado pela equipe de saúde, os programas existentes e as dificuldades existentes no serviço, assim como as características da população. Ao comparar a situação inicial ao presente momento, temos alcançado resultados positivos quanto à organização e gestão do serviço, a enfermeira já esta trabalhando e contamos com um pessoal administrativo. A equipe de saúde incrementou as atividades de prevenção e promoção de saúde na comunidade para melhorar o estado de saúde da população, essas atividades aumentaram devido ao planejamento adequado das mesmas, atendendo as necessidades de cada grupo populacional. Houve um aumento em relação à demanda das consultas de puericultura e um aumento significativo do número de gestantes com pré-natal iniciado no 1º Trimestre da gestação, devido à estabilidade da médica e enfermeira na unidade. Existiu melhoria num numero de atendimentos e qualidade de atenção aos hipertensos, diabéticos e idosos.

Tudo isso foi possível devido ao reconhecimento inicial que fiz do serviço. Mediante o preenchimento semanal dos questionários atingi elaborar estratégias para melhorar meu trabalho e oferecer uma melhor atenção à população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é uma das ações programáticas mais importantes na Atenção Primária à Saúde (APS). Estas patologias são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, e altos custos para os sistemas de saúde. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS e o DM na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A USF em que atuo N-36 encontra-se no Bairro Cidade Deus, e é uma unidade urbana. Neste momento, a equipe de saúde está incompleta, têm cinco agentes comunitários de saúde que atendem sete microrregiões de saúde, faltam dos agentes de saúde, já temos administrativo e a enfermeira já começou trabalhar. Além disso, tem uma médica, uma dentista, duas técnicas enfermagem, um técnico de saúde bucal e um técnico que atende as doenças endêmicas. Estruturalmente a USF conta com um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinação, curativos e nebulização, uma sala de espera (muito pequena e que tem poucas cadeiras para

os usuários), dois banheiros e uma cozinha. A farmácia é muito pequena e não têm antibióticos e outros medicamentos que são necessários à população. Trabalhamos com uma população de 2.597 habitantes e boa parte desta população possui recursos econômicos restritos e baixa escolaridade.

Na unidade de saúde existe acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Os usuários com estas patologias são atendidos uma vez por semana. Realizamos algumas ações de orientação sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, prática regular da atividade física, assim como charges sobre os danos que ocasiona o consumo excessivo de tabagismo para os portadores de HAS e/ou DM. Porém, ainda existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM e temos problemas com a cobertura deste programa. A estimativa do número de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada à realidade. Atualmente temos 222 hipertensos (56%) e 89 diabéticos (91%), para uma estimativa de 395 hipertensos e 97 diabéticos.

Para ampliar a cobertura, melhorar qualidade da atenção à HAS e DM na unidade, a adesão e registro das informações deles, temos que identificar de maneira adequada e oportuna a população com risco de padecer destas doenças, e realizar diagnóstico e tratamento adequado para evitar complicações.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família N-36, Manaus-AM.



## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área de saúde.

### Metas

1.1- Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

1.2- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

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

### 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.

### 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.

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.

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.

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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) n-36, no Município de Manaus estado Amazonas. Participarão da intervenção todas as pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial ou Diabetes residentes na área de abrangência e que estejam cadastradas no Programa. A intervenção propõe envolver todos os trabalhadores do referido serviço.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Em reunião com a equipe de saúde analisamos as ações destinadas a cumprir com os objetivos traçados e assim alcançar as metas e os indicadores em nossa área de abrangência, melhorando o atendimento dos hipertensos e diabéticos. As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

Será confeccionado um registro específico para hipertensos e diabéticos com o nome, endereço, data de nascimento, idade, patologia, medicação em uso, e a data do retorno para a próxima consulta, a médica ficará responsável pela confecção, atualização e revisão do registro. Mensalmente a enfermeira e a médica examinaram os prontuários clínicos, fichas complementares e registro específico do programa, identificando aqueles que estão com atraso na realização de exames complementares, assim como identificar os usuários com risco cardiovascular. A través dos ACS nas visitas domiciliares e com a recepcionista os hipertensos e diabéticos serão informados sobre o programa. O monitoramento das ações será feito com avaliação mensal dos registros realizados pelos profissionais, que são realizados na ficha de atendimento própria da USF, prontuários, cartão de vacinação, livro de registro odontológico, livro de registro das visitas domiciliares, e fichas espelhos.

### **Organização e gestão dos serviços**

A maioria da população de hipertensos e diabéticos da área adstrita já está cadastrada no SIAB. O que vamos fazer agora é cadastrá-las no programa de acompanhamento de saúde de hipertensos e diabéticos. Isso será feito no dia da consulta de Hiperdia na USF. Os casos novos de hipertensos e diabéticos serão cadastrados no SIAB e também no programa de acompanhamento. A priorização do atendimento será conseguida pelo agendamento prévio do atendimento e também pela abertura de vaga na demanda espontânea sempre que for necessário. Essas atividades serão coordenadas pela Enfermeira e a Médica. Para ampliar a cobertura de atenção a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos,

buscando a meta de que 100 % deles tenham pelo menos uma consulta de saúde bucal, será providenciado que todos os hipertensos e diabéticos durante a 1ª consulta de hipertensos e diabéticos deverão ser encaminhados à consulta odontológica, sempre explicando a necessidade da realização, assim como os benefícios que tem manter boa higiene bucal. Os hipertensos e diabéticos após sua consulta, sairá da USF com sua próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

As ações a serem desenvolvidas na unidade, no eixo do Engajamento público, terá a Educação em saúde como seu ponto principal. Faremos encontros mensais com a comunidade nos quais serão repassadas orientações sobre o programa de melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos e quais os seus benefícios, além da importância da aferição da pressão arterial e observação dos fatores de risco para hipertensão e diabetes. A orientação da população sobre o programa de HIPERDIA será feita boca a boca pelos ACS nas visitas domiciliares, e mediante a divulgação de cartazes que serão fixados em locais de grande acesso da população, a responsável será a médica.

### **Qualificação da prática clínica**

Durante as reuniões da equipe, que ocorrem mensalmente, no período da tarde realizaremos a capacitação da equipe no acolhimento destes usuários, que será realizado por todos os profissionais da USF, o responsável será um agente de saúde por dia sobre a supervisão da equipe da enfermagem, em todos os turnos de atendimento. As reuniões serão de leitura, discussão e realização de oficinas prática e encenação de atendimentos. Utilizaremos alguns materiais necessários para a capacitação tais como 12 canetas, 2 pacotes de bolacha, 40 folhas A4 e pastas para anotações.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

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

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

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.

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

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

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em saúde dos hipertensos e diabéticos pretendemos melhorar os indicadores de qualidade para 100%, e assim ofertar atenção integral a todos os usuários cadastrados na USF.

### **Monitoramento e avaliação**

Semanalmente o médico ou a enfermeira realizarão o monitoramento das fichas espelho observando os registros de exame clínico apropriado, solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada, além do acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia e necessidade de atendimento odontológico.

Em reunião de equipe prévia ao início da intervenção, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe, assim como acontecerá a organização das capacitações e nesta reunião será providenciado uma cópia impressa dos protocolos que serão utilizados na intervenção para ficarem disponíveis a todos os profissionais da USF. O médico e a enfermeira farão revisão das fichas espelho semanalmente para garantir que os usuários tenham os exames complementares solicitados.

### **Organização e gestão do serviço**

A organização e gestão do serviço são fundamentais para conseguir realizar todas as atividades propostas. Trabalharemos nas Políticas de Humanização e ajustaremos nosso atendimento aos protocolos de atendimento dos hipertensos e diabéticos, na qual a médica e a enfermeira serão as responsáveis. Em reunião com o gestor municipal, prévia ao início da intervenção, tentaremos garantir com a mesma agilidade na realização dos exames complementares assim como material necessário à tomada de medida da pressão arterial e hemoglicoteste. A enfermeira será responsável por realizar o controle de estoque de medicamentos semanalmente, assim como manter um registro das necessidades de medicação dos usuários cadastrados.

O médico fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. O técnico de odontologia organizará a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O responsável será a dentista.

### **Engajamento público**

Em encontro do grupo de hipertensos e diabéticos e em um dos encontros mensais com a comunidade abordaremos a importância da qualificação do atendimento, da realização do exame clínico adequado, dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, do acesso a medicamentos e destacaremos a importância da manutenção da saúde bucal. Esses encontros serão feitos na Igreja, e na escola que ficam perto da unidade. Participaram todos os usuários hipertensos e diabéticos assim como as outras pessoas da área de abrangência que quiseram assistir, o responsável será a enfermeira com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Além disso a médica orientará durante as consultas e mediante conversas na sala de espera da unidade aos pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

### **Qualificação da prática clínica**

Nas reuniões mensais de equipe, onde faremos as capacitações, serão abordados temas como: a realização do exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares segundo o protocolo, atualização profissional para o tratamento da hipertensão e diabetes, capacitação da equipe para avaliação da necessidade de tratamento odontológico. As capacitações serão realizadas pela médica, enfermeira e dentista, utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, além do computador. As discussões acontecerão ao final da reunião realizada mensalmente, sendo os responsáveis a enfermeira e a médica.

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

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

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

Com o objetivo de fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção a hipertensão e diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Semanalmente o médico ou a enfermeira irão monitorar nas fichas espelho o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, ao observarmos usuários em atraso nas consultas, imediatamente daremos a lista de nomes aos ACS para que seja feita a busca ativa dos mesmos ainda na semana em que foi identificado o atraso.

### **Organização e gestão dos serviços**

Durante a reunião da equipe semanalmente, serão discutidas com os ACS as visitas da semana para os hipertensos e diabéticos que encontra sem acamados e se descobrirem os indivíduos faltosos a consulta para que sejam visitadas de imediato. A agenda do programa terá duas consultas destinadas a



esses usuários resgatados através das visitas domiciliares, às quartas-feiras à tarde (por exemplo).

### **Engajamento público**

Para fortalecer a adesão ao programa de melhoria da atenção a hipertensão e diabetes pretenderam fazer palestras educativas para informar à comunidade pessoas sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos. As palestras serão realizadas semanalmente os dias da consulta de hiperdia na mesma unidade de saúde, as responsáveis serão a médica e enfermeira.

Realizaremos contato com associação de moradores e com os representantes do conselho local de saúde, esclarecendo a importância de realização das consultas. Solicitaremos o apoio destes representantes no sentido de sensibilizar e esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Estes contatos serão feitos mensalmente na unidade com a participação de toda a equipe, tendo como responsável a enfermeira, facilitando a toma de estratégias para incorporar a todos os hipertensos e diabéticos ou programa. Além os ACS farão contacto semanalmente com a comunidade para ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

### **Qualificação da prática clínica**

Nas capacitações da equipe mensalmente faremos orientação sobre a periodicidade das consultas preconizada e sua importância, utilizaremos os manuais de hipertensão arterial e diabetes mellitus para que sejam utilizados por toda a equipe como referência na atenção aos diabéticos e hipertensos do programa. Cada membro da equipe estudará uma parte dos manuais e exporá o conteúdo sobre os temas relacionados às ações aos demais membros da equipe. As capacitações serão feitas no horário da tarde todas as quintas-feiras, a responsável será a enfermeira.

**Objetivo 4-** Melhorar o registro das informações.

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.

### **Monitoramento e avaliação**

Pretendemos melhorar a qualidade dos registros de informações do programa de melhoria da atenção à hipertensão e diabetes, mantendo estes atualizados durante as consultas, permitindo identificar as deficiências do atendimento para assim corrigir. No monitoramento semanal da intervenção, o médico ou a enfermeira observarão, entre os outros aspectos, a qualidade dos registros.

### **Organização e gestão dos serviços**

A enfermeira será a responsável de manter as informações do SIAB atualizadas, sendo que elaborará um resumo parcial que vai ser discutido mensalmente na reunião da equipe, em conjunto com a médica da unidade para acompanhamento dos resultados da intervenção. As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos e diabéticos serão monitoradas todas as semanas pela médica.

Ela organizara 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. O sistema será avaliado semanalmente e discutido nas reuniões de equipe.

### **Engajamento público**

Serão realizadas palestras, rodas de conversas onde orientaremos aos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Estas atividades serão desenvolvidas na unidade de saúde com uma frequência mensal, sendo responsáveis pelas mesmas os agentes comunitários de saúde de cada micro área sob supervisão da enfermeira.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos treinamento antes do início da intervenção e numa das reuniões mensais de capacitação a toda a equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários da unidade de saúde, e capacitaremos a equipe da unidade para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A responsável será a médica.

**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.

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

### **Monitoramento e avaliação**

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular de nossa área de saúde, primeiramente ofereceremos agenda aberta aos usuários em risco, além disso, serão disponibilizadas consultas diárias (dentre as disponibilizadas para a demanda espontânea) para priorizar esse grupo. No monitoramento semanal realizado pelo médico ou enfermeira será verificada a realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano nas consultas.

### **Organização e gestão dos serviços**

O médico priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Eles serão atendidos mensalmente em consulta e receberão uma visita domiciliar no mês. Os usuários com alto risco cardiovascular e com outras doenças cardiovasculares associadas serão encaminhados para receber

avaliação com o cardiologista. A enfermeira e a medica serão as responsáveis de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

### **Engajamento público**

A enfermeira e medica realizaram um momento de orientações à comunidade sobre os fatores de risco, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos, além de conversas em sala de espera nos dias do grupo de hipertensos e diabéticos. Os ACS durante as visitas domiciliar esclareceram aos hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco que podem ser modificáveis (como alimentação, obesidade, sedentarismo, hábito de fumar).

### **Qualificação da prática clínica**

Para auxiliar a avaliação de risco dos hipertensos e diabéticos, treinaremos a todos os profissionais, antes do começo da intervenção na reunião da equipe para a identificação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A enfermeira e a medica serão as responsáveis.

#### **Objetivo 6-** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

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

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

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

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

Vamos acrescentar as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante atividades educativas com a população e profissionais da equipe de saúde. Os temas que serão atingidos serão sobre orientação nutricional, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Essas ações serão desenvolvidas nos dias de grupo com convite para a comunidade participar. As atividades coletivas serão registradas em livro específico para esse fim, com lista de presença incluída, e assim, serão monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente. O responsável pelo monitoramento dessas atividades será a enfermeira.

### **Organização e gestão dos serviços**

Solicitaremos aos gestores municipais, em reunião prévia a intervenção, a garantia da participação de nutricionistas, e educadores físicos para a realização dessas atividades.

### **Engajamento público**

Faremos atividades que serão desenvolvidas nos dias de grupo com convite para a comunidade participar. Nessas atividades abordaremos assuntos como alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e etilismo e a importância da saúde bucal. Realizaremos as atividades na igreja e centros comunitários e solicitaremos às lideranças comunitárias que ajudem nesta tarefa.

### **Qualificação da prática clínica**

Acrescentaremos as ações de promoção e prevenção da hipertensão e diabetes mediante as capacitações que receberá a equipe de saúde sobre alimentação saudável, prática de atividade física, educação em saúde, tratamento de pacientes tabagistas, orientações de saúde bucal. Esta capacitação será realizada de forma progressiva, tendo início antes do início da intervenção em encontros de capacitação realizado com este fim. Continuarão com reuniões mensais de capacitação, sempre as quintas-feiras no horário utilizado tradicionalmente para reunião de equipe na sala dos ACS. Serão utilizados os manuais de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus entre outros e discutidas as situações vivenciadas no dia a dia.

Todas estas ações a desenvolver são muito importantes para nossa equipe, o trabalho conjunto vai se traduzir em resultados positivos para nossa comunidade.

### **2.3.2 Indicadores**

Relativas ao objetivo 1 – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) 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.

Relativas ao objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado 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: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado 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: 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: 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 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: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: 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: 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.

Relativas ao objetivo 3- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1: 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: 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.

Relativas ao 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: 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: 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.

Relativas ao 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: 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: 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.

Relativas ao objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimenta

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: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes 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 pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realização do monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa foi necessária a elaboração de um novo livro de registro de hipertensos e diabéticos. O monitoramento foi de responsabilidade da Enfermeira e da Médica.

Os protocolos ou manuais técnicos que foram utilizados na intervenção foram os Cadernos da Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) elaborado pelo Ministério da Saúde no ano 2013. Para realizar o cadastro dos hipertensos e diabéticos do programa foi necessário providenciar (492) prontuários, e (492) fichas espelho para anotação dos atendimentos que foram preenchidos pela Médica e Enfermeira.

Elaboraremos cartazes de grande tamanho com informação sobre o início do Programa de HIPERDIA, e panfletos com aviso à comunidade sobre como irão funcionar o atendimento e a priorização do atendimento no dia a dia. Serão necessários 200 cartazes e 500 panfletos que serão elaborados pela enfermeira e os ACS, eles irão solicitar ajuda do gestor municipal para a impressão dos mesmos. Nas atividades de engajamento público participaram toda a equipe com apoio da comunidade. A enfermeira irá elaborar um livro específico com o fim de registrar as atividades coletivas que foram feitas, com lista de presença incluída, e assim, foram monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente.

Realizaremos a capacitação da equipe sobre avaliação multidimensional rápida de indivíduos hipertensos e diabéticos na sala dos ACS, que já contém cadeiras, mesas e computador. As capacitações serão realizadas no horário utilizado para as reuniões de equipe mensalmente. Foram utilizados 8 protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que foram impressos para uso nas capacitações e 8 modelos das fichas espelhos oferecidas pelo curso já

impressas. Precisaremos de canetas (12), e agendas para anotações (12) .O gestor assumiu compromisso com a garantia de envio desses materiais assim como material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), balança e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde que atualmente já possui esses materiais.

No primeiro mês da intervenção a medica irá solicitar a gestão contato com um nutricionista e um educador físico para capacitar a equipe de saúde. A capacitação será a quinta-feira no horário utilizado tradicionalmente para reunião de equipe na sala dos ACS. O médico ficará encarregado de coordenação o planejamento e execução das ações.

Uma semana antes do começo do projeto a médica constatara com representantes da comunidade da Igreja da área de abrangência para a apresentação do projeto, esclarecendo a importância da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, os exames complementares em tempo, compensar suas doenças, e o tratamento odontológico (que muitos o abandonam). A atividade será feita na missa que ficou programada em horário extra de trabalho.

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	S E M A N A S											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião de capacitação da equipe sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	■			■				■			■	
Visita e articulação com as lideranças comunitárias.	■			■				■			■	
Cadastramento e atendimento dos usuários no programa.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Educação em Saúde	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Distribuição de panfleto e visitas domiciliares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos á consulta.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento e avaliação da intervenção e reunião da equipe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 13/07/2015, 20/07/2015/ e 27/07/2015.

### **3 Relatório da Intervenção**

O presente relatório tem como finalidade descrever as ações desenvolvidas durante a intervenção que foi realizada na USF N-36, do município de Manaus/AM, cujo foco é melhorar a atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, a fim de aumentar a cobertura e qualidade nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais correspondentes à área de abrangência da equipe de saúde, melhorar a adesão o registro de informações a hipertensos e/ou diabéticos, manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde para eles. A cobertura alcançada com a nossa intervenção foi de 81.3 % para hipertensos e 100% para diabéticos.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A respeito das ações previstas e desenvolvidas com o fim de melhorar a atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde da Família N-36, Manaus-AM, podemos dizer que conseguimos cumprir quase todas as ações previstas em nosso cronograma. As capacitações e reuniões previstas para a equipe de saúde, o monitoramento e avaliação da intervenção foram feitos de forma integral e satisfatória. Antes do



início da intervenção, começamos com a capacitação de todos os profissionais da unidade, onde refletimos sobre as principais deficiências encontradas no programa de Hipertensão e debater o cronograma de ações que seriam desenvolvidas, além disso, foi estabelecido o papel de cada membro da equipe durante a intervenção. Uma semana antes do começo da intervenção foi divulgado o projeto à comunidade na Igreja da área da abrangência onde elaboraremos cartazes, entregamos panfletos e realizamos palestras sobre o programa de Hipertensão.

No começo da intervenção a capacitação da equipe foi feita no horário utilizado para as reuniões de equipe mensalmente, foram utilizados oito protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e oito modelos das fichas espelhos oferecidas pelo curso para as capacitações.

O monitoramento e avaliação da intervenção foi uma das ações desenvolvidas totalmente desde o início da intervenção, semanalmente foi monitorada e avaliada a cobertura do programa como estava previsto, isto foi possível mediante a revisão dos prontuários, o preenchimento semanal da planilha de coleta de dados, a revisão das fichas espelho e revisão do arquivo específico do programa.

A ação do acolhimento e atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi desenvolvida totalmente, todos profissionais da unidade foram capacitados em relação ao acolhimento. O acolhimento dos usuários foi realizado na recepção da unidade de saúde, em todos os turnos de atendimento. Primeiramente foram atendidos pela recepcionista, que entregou para eles uma ficha com um número, segundo os usuários chegavam à unidade para que forem atendidos seguindo a ordem das fichas.

Os indivíduos idosos, com alto risco cardiovascular, descompensados e as grávidas, foram atendidos com prioridade. Para isso existe na unidade um ACS responsável para avaliar e classificar o risco e a vulnerabilidade de cada um deles. Depois as duas técnicas enfermagem realizaram a triagem dos hipertensos e diabéticos, contando com todo o material necessário para a realização de hemoglicoteste e a medida da pressão arterial. Culminada essa primeira parte os usuários passaram para a consulta médica. Nessa consulta todos foram avaliados clinicamente pela médica. Estas ações foram desenvolvidas de maneira sistemática, tanto na unidade como em visita domiciliar.

Mensalmente tivemos encontros com a comunidade para esclarecer sobre a importância da realização de exames complementares e oferecer orientações a todos os hipertensos e diabéticos sobre, saúde bucal, prática de atividade física e sobre os riscos de tabagismo. Para a realização destas ações nos apoiamos nos protocolos dos programas disponíveis na unidade, foram confeccionados folders educativos sobre prevenção, fatores de risco, alimentação saudável nos usuários hipertensos e diabéticos.

Com relação aos indivíduos faltosos a consultas e a busca ativa deles, posso dizer que a chuva foi uns dos fatores para que os usuários faltassem às consultas, mas com o apoio das ACS mediante as visitas domiciliares dos usuários faltosos na mesma semana da consulta, conseguiu-se o retorno da maioria deles. Tivemos um total de 10 hipertensos e 02 diabéticos faltosos com o 100% das buscas ativas. Os motivos dos usuários faltosos a consulta foi porque oito hipertensos e dois diabéticos encontravam-se viajando para outros municípios, os outros dos hipertensos ficaram hospitalizados no dia da consulta.

Existiram ações previstas e que foram desenvolvidas parcialmente, a primeira delas foi o cadastramento de todos os hipertensos maiores de 20 anos na área de abrangência. Não foi possível cadastrar 100% dos usuários ao longo das 12 semanas, mas atingimos ampliar a cobertura dos usuários hipertensos atendidos na unidade de saúde. Porém, com a continuidade da intervenção nos próximos meses a equipe vai conseguir cumprir com a meta traçada.

A outra ação que foi desenvolvida parcialmente foi na realização dos exames complementares para os hipertensos e diabéticos. Conseguimos priorizar 10 vagas semanais para que os usuários hipertensos e diabéticos estivessem com os exames complementares em dia, porém a demanda foi muito maior. Além disso, em três ocasiões foram remarcados esses exames para outra semana porque a Prefeitura de Manaus declarou ponto facultativo, situação que dificultou um pouco a organização do serviço e retardou mais ainda na realização da atividade. Mas, já no terceiro mês da intervenção, 317 hipertensos e todos os diabéticos tinham os exames complementares em dia.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dentro das ações previstas e não desenvolvidas, citamos a ausência do Educador Físico para capacitar a equipe de saúde e orientar a população sobre a importância da prática de atividade física. No começo da intervenção a médica solicitou ao gestor municipal a participação de um Educador Físico na intervenção, a resposta dele foi positiva, mas ainda estamos aguardando. As demais ações previstas foram realizadas sem dificuldade.

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

Não existiu dificuldade quanto à coleta e sistematização dos dados, pois o material disponibilizado pelo curso é de simples interpretação e fácil manejo para todos. Uma ferramenta que facilitou o registro de todas minhas atividades foram os diários de intervenção, pois permitiram o acompanhamento semanal das atividades realizadas e ajudou muito na construção dos resultados da intervenção junto ao preenchimento semanal da planilha de coleta de dados. O diário ajudou a registrar informações de forma ordenada, cronológica com observações importantes, dando embasamento para o preenchimento correto da planilha. O termo de uso de fotografias foi uma ferramenta importante para mostrar o trabalho que foi realizado, assim conseguimos tirar fotografias sem nenhuma dificuldade com prévio consentimento livre e esclarecido das pessoas que assistiram em quase todas as atividades coletivas que foram desenvolvidas.

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

Realizando uma avaliação do trabalho durante esses três primeiros meses de intervenção posso dizer que os resultados obtidos foram muito bons, e podem ser mantidos, de forma viável no contexto de nossa USF.

Conseguimos alcançar bons indicadores de cobertura e melhoramos a qualidade e organização dos registros específicos. Além disso, foi possível incorporar à intervenção a rotina do serviço de maneira organizada, o serviço já é referência e tem dia específico para acontecer. Mediante todas as ações que foram previstas e realizadas durante a intervenção conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde e atingir mais ainda a unidade nossa equipe de saúde.

Toda a equipe e a população que foi atendida ficaram com novos conhecimentos sobre o programa, pois foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o tratamento preventivo e medicamentoso das pessoas com hipertensão ou diabetes assim como os principais fatores de risco destas doenças e as medidas para evitar aqueles que são modificáveis. Além disso, já conhecem sobre a periodicidade das consultas e os exames de laboratório.

Estou muito feliz porque a resposta da comunidade com relação à intervenção foi ótima, eles agradeceram muito a toda equipe pelo grande esforço que fizemos para procurar cumprir com os objetivos propostos e dessa maneira melhorar o estado de saúde da população abrangente.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde ao usuário hipertenso e ou diabético na área adstrita à USFF N-36. Para realizar o monitoramento e avaliação da intervenção, foram utilizados os seguintes indicadores, de acordo com os respectivos objetivos e metas:

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área de saúde.

Meta 1.1- Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde

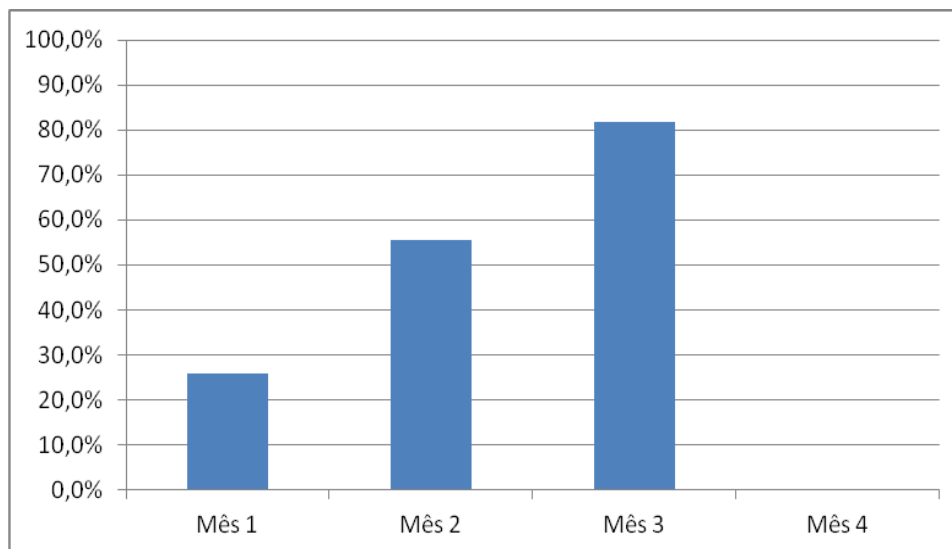


Figura 7 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. Manaus-AM, 2015.

Antes do começo da intervenção a equipe da unidade N-36 tinha cadastrado no SIAB 222 hipertensos pertencentes à área da abrangência representando só 56%, para uma estimativa de 395 hipertensos.

Realizando um análise da intervenção pode-se observar que durante o transcurso dos meses foi aumentado progressivamente o atendimento dos hipertensos. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 102 hipertensos, no segundo mês 219 e ao finalizar a intervenção no terceiro mês, alcançamos atender 323 hipertensos conseguindo ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e num 81,8% Foram cadastrados por primeira vez no SIAB 101 hipertensos. Isso foi possível devido ao controle dos registros, e monitoramento das ações, capacitação dos profissionais assim como as ações de engajamento público desenvolvidas pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção, como exibe o figura No. 7.

As ações que mais auxiliaram na incorporação dos hipertensos no programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos agentes comunitários de saúde mediante as visitas domiciliar realizadas, assim como as atividades coletivas que foram desenvolvidas para eles.

Meta 1.2- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Antes do começo da intervenção a equipe da unidade N-36 tinha cadastrado no SIAB 89 diabéticos pertencentes à área da abrangência representando um 91% de cobertura, para uma estimativa de 97 diabéticos.

Realizando uma análise da intervenção pode-se observar que durante o transcurso dos meses foi aumentado progressivamente o atendimento dos diabéticos. No primeiro mês da intervenção foram atendidos 38 pessoas com diabetes, no segundo 85 e ao finalizar a intervenção no terceiro mês, alcançamos atender 97 diabéticos conseguindo ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus num 100%. Foram cadastrados por primeira vez no SIAB 08 diabéticos. Isso foi possível devido ao controle dos registros, e monitoramento das ações, capacitação dos profissionais assim como as ações de engajamento público desenvolvidas pela equipe, correspondente com esta ação programática durante a intervenção, como exibe o figura No 9.

As ações que mais auxiliaram na incorporação dos diabéticos no programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos agentes comunitários de saúde mediante as visitas domiciliar realizadas, assim como as atividades coletivas que foram desenvolvidas para eles.

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

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

Desde o início até o final da intervenção a qualidade de atenção aos hipertensos foi boa. Foi feito exame clínico a todos os hipertensos (100%) maiores de 20 anos residentes na área de abrangência que receberam atendimento clínico na unidade. Os números de atendimentos mantiveram-se constantes em todos os meses de intervenção, com um total de 102, 219 e 323 atendimentos no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Os mesmos foram realizados pela enfermeira ou a médica da equipe sem intercorrências importantes. Os dados foram recopilados diretamente dos registros do programa e não apresentamos dificuldades para atualização dos mesmos. A solicitação precoce dos materiais necessários para realizar o atendimento clínico foi determinante no correto desenvolvimento das ações para atingirmos estas metas. Conseguimos atingir

estes resultados devido ao bom trabalho e organização de todos os profissionais da unidade.

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

Desde o início até o final da intervenção a qualidade de atenção aos diabéticos foi boa. Foi feito exame clínico a todos os diabéticos (100%) maiores de 20 anos residentes na área de abrangência que receberam atendimento clínico na unidade. Os números de atendimentos mantiveram-se constante em todos os meses de intervenção, com um total de 38, 85 e 97 atendimentos no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Os mesmos foram realizados pela enfermeira ou a médica da equipe sem intercorrências importantes.

Os dados foram copiados diretamente dos registros e não apresentamos dificuldades para atualização dos mesmos. A solicitação precoce dos materiais necessários para realizar o atendimento clínico foi determinante no correto desenvolvimento das ações para atingirmos estas metas. Conseguimos atingir estes resultados devido ao bom trabalho e organização de todos os profissionais da unidade.



Figura 8: Atendimento clínico ao diabético.

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



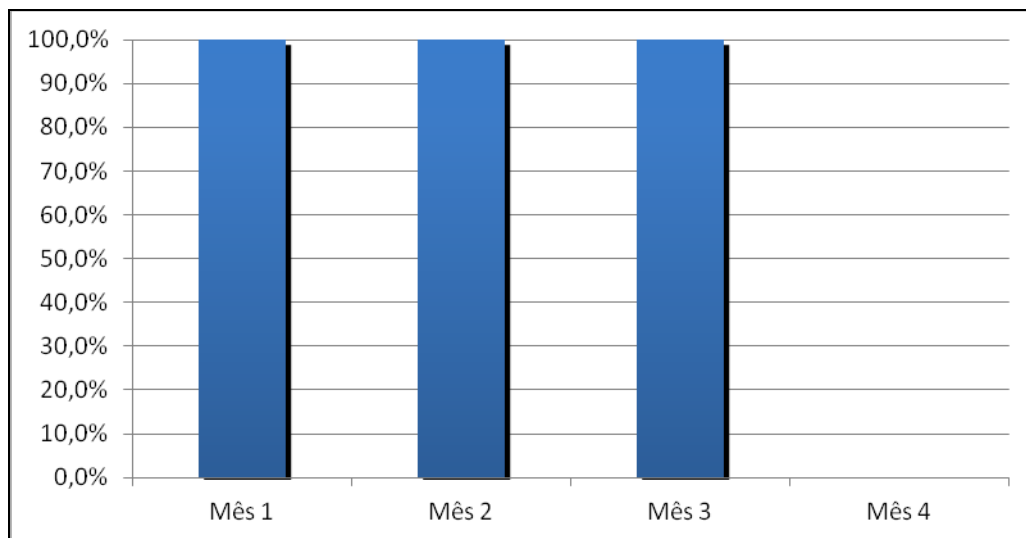


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, MANAUS-AM, 2015.

Foi difícil garantir a realização de exames complementares em dia em todos os hipertensos de acordo com o protocolo. Priorizamos 10 vagas semanais para que os usuários hipertensos estivessem com os exames complementares em dia, a demanda foi muito mais. Além disso, em três ocasiões foram remarcados esses exames para outro dia porque a Prefeitura de Manaus declarou ponto facultativo, situação que dificultou um pouco a organização do serviço e retardou mais ainda na realização da atividade.

No caso dos hipertensos no primeiro mês da intervenção, dum total de 102 usuários atendidos, 66 estavam com exames clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês foram atendidos 216 hipertensos, deles 202 tinham exames em dia. Finalizando a intervenção foi melhorando este indicador e já no terceiro mês 317 hipertensos (98.1%) encontravam se com os exames complementares em dia. Os usuários que faltaram pela realização desses exames estavam viajando para outro município.

As ações que mais auxiliaram nesta meta foram o monitoramento das fichas espelho realizado pela enfermeira e medica observando os registros de exame clínico apropriado e solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada, a reunião de capacitação da equipe e ação de gestão e organização do serviço, pois a enfermeira solicitou ao gestor municipal ajuda para que os hipertensos realizassem se exames complementares na Policlínica

Ana Barreto que fica perto da unidade e dessa maneira procurar que a maioria deles tiveram os exames complementares em dia.

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

Aconteceu a mesma situação no caso dos diabéticos, pois no começo da intervenção, de 38 diabéticos atendidos só 30 tinham exames em dia, já para o segundo mês existiu um aumento marcado na realização dos mesmos, dum total de 85 diabéticos, 76 deles estavam com exames em dia, mas culminada a intervenção 97(100%) diabéticos ficaram com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo representando o 100%.

As ações que mais auxiliaram nesta meta foram o monitoramento das fichas espelho realizado pela enfermeira e medica observando os registros de exame clínico apropriado e solicitação de exames laboratoriais segundo a periodicidade recomendada, a reunião de capacitação da equipe e a ação de gestão e organização do serviço, pois a enfermeira solicitou ao gestor municipal ajuda para que os diabéticos realizassem se exames complementares na Policlínica Ana Barreto que fica perto da unidade e dessa maneira procurar que a maioria deles tiveram os exames complementares em dia.

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

Desde o início até o final da intervenção foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os hipertensos cadastrados na unidade. No primeiro mês foi priorizado para os 102 hipertensos que foram atendidos, no segundo mês para 222 e 323 hipertensos para o terceiro. Isso foi possível porque conseguimos fazer mudanças no tratamento dos hipertensos atingindo assim que todos usaram medicamentos da farmácia popular. Contribuiu além o trabalho realizado pela enfermeira semanalmente no controle de estoque de medicamentos e mantendo um registro adequado das necessidades de medicação dos usuários cadastrados.

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

Desde o início até o final da intervenção foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os diabéticos cadastrados na unidade. No primeiro mês foi priorizado para os 38 diabéticos que foram atendidos, no segundo mês para 85 e 97 diabéticos para o terceiro. Isso foi possível porque conseguimos fazer mudanças no tratamento dos diabéticos atingindo assim que todos usaram medicamentos da farmácia popular. Contribuiu além o trabalho realizado pela enfermeira semanalmente no controle de estoque de medicamentos e mantendo um registro adequado das necessidades de medicação dos usuários cadastrados.

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

Durante toda a intervenção a equipe conseguiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% dos hipertensos. Foram avaliados 102 hipertensos no primeiro mês, 222 no segundo e 323 no terceiro mês. Isso foi possível ao grande desempenho realizado pela dentista e o assistente de odontologia na unidade de saúde.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram a reunião de capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de tratamento odontológico e as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pela médica, enfermeira e dentista. Além disso cada hipertenso que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de hiperdia, eram avaliados nessa mesma semana pela dentista, pois eles tenham prioridade.

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

Durante toda a intervenção a equipe conseguiu fazer a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% dos diabéticos Foram avaliados 38 diabéticos no primeiro mês, 85 no segundo e 97 no terceiro mês. Isso foi possível ao grande desempenho realizado pela dentista e o assistente de odontologia na unidade de saúde.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram a reunião de capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de tratamento odontológico e as atividades de educação em saúde e higiene bucal realizada pela médica, enfermeira e dentista. Além disso cada diabético que precisava de atendimento odontológico, ao sair da consulta de hiperdia, eram avaliados nessa mesma semana pela dentista, pois eles tenham prioridade.



Figura 10: Atendimento odontológico.

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

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

Para melhorar a adesão de hipertensos ao programa, a equipe decidiu realizar a busca ativa dos 100% dos hipertensos faltosos a consultas. Uns dos fatores para que os usuários faltassem às consultas foi a chuva, mas com o apoio das ACS mediante as visitas domiciliar dos usuários faltosos na mesma semana da consulta, conseguiu se o retorno da maioria deles. Durante toda a intervenção o numero de usuários faltosos a consultas foi diminuindo paulatinamente. No primeiro mês tivemos 30 hipertensos faltosos, no segundo mês 18 hipertensos e no o terceiro mês da intervenção ficamos com um total de 10 hipertensos faltosos á consulta e o 100% das buscas ativas realizadas como exhibe na figura 05.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram o monitoramento das fichas espelhos realizado pela enfermeira e médica para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários e identificar rapidamente os faltosos á consulta, as visitas domiciliar realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e as palestras educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos na unidade de saúde.

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

Para melhorar a adesão de diabéticos ao programa, a equipe decidiu realizar a busca ativa dos 100% dos diabéticos faltosos a consultas. Uns dos fatores para que os usuários faltassem às consultas foi a chuva, mas com o apoio das ACS mediante as visitas domiciliar dos usuários faltosos na mesma semana da consulta, conseguiu se o retorno da maioria deles. No primeiro mês tivemos 08 diabéticos faltosos, no segundo 10 e no o terceiro mês da intervenção ficamos com 02 diabéticos faltosos á consulta e o 100% das buscas ativas realizadas como exhibe na figura 06.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram o monitoramento das fichas espelhos realizado pela enfermeira e medica para determinar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários e identificar rapidamente o faltoso ás consulta, as visitas domiciliar realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e as palestras educativas realizadas à comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Tivemos um total de 10 hipertensos e dos diabéticos faltosos ás consulta com o 100% das buscas ativas. Os motivos dos usuários faltosos a consulta no final da intervenção foi porque oito hipertensos e dos diabéticos estavam viajando para outros municípios, os outros dos hipertensos foram hospitalizados.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações.

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

Desde o inicio ate o final da intervenção a equipe conseguiu manter ficha de acompanhamento dos 100% dos hipertensos cadastrados mediante o monitoramento e atualização semanal pela enfermeira e medica dos registros dos usuários atendidos. As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos foram monitoradas todas as semanas pela medica. A enfermeira foi a responsável de manter as informações do SIAB atualizadas. Alem a equipe da unidade recebeu uma capacitação realizada pela medica sobre o preenchimento adequado dos registros.

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

Desde o início até o final da intervenção a equipe conseguiu manter ficha de acompanhamento dos 100% dos diabéticos cadastrados mediante o monitoramento e atualização semanal pela enfermeira e médica dos registros dos usuários atendidos. As fichas espelhos disponibilizadas pelo curso e o livro de registros de hipertensos e diabéticos foram monitoradas todas as semanas pela médica. A enfermeira foi a responsável de manter as informações do SIAB atualizadas. Além a equipe da unidade recebeu uma capacitação realizada pela médica sobre o preenchimento adequado dos registros.

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.

Desde o começo até o final da intervenção a equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular em todos os hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Foram avaliados 102(100%), 219(100%) e 323(100%) dos hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente.

Atingir os 100% desta meta foi muito importante sobre todo para os usuários que apresentaram médio e alto risco cardiovascular, eles tiveram prioridade no atendimento e aqueles que precisavam de um Cardiologista ou especialista em Medicina Geral foram encaminhados rapidamente para esses serviços, além o retorno à consulta de hiperdia foi agendado mensalmente. Dessa forma prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar-se nesses usuários. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram a obesidade, o sedentarismo e a hipercolesteronemia. No caso dos usuários com alto risco cardiovascular encontraram-se as arritmias e os ACV.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram as conversas na sala de espera os dias do grupo de hipertensos e diabéticos e as orientações à comunidade sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos.

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

Desde o começo até o final da intervenção a equipe conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular e todos os diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foram avaliados 38 (100%), 85 (100%) e 97 (100%) dos diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente. Atingir o 100% desta meta foi muito importante sobre todo para os usuários que apresentaram médio e alto risco cardiovascular, eles tiveram prioridade no atendimento e aqueles que precisavam de um Cardiologista ou especialista em Medicina Geral foram encaminhados rapidamente para esses serviços, além o retorno à consulta de hiperdia foi agendado mensalmente. Dessa forma prevenimos algumas complicações cardiovasculares que podiam apresentar se nesses usuários. Os riscos cardiovasculares que foram encontrados com maior frequência foram à obesidade, o sedentarismo, o hábito de alimentação inadequado, as dislipidemias e as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

As ações desenvolvidas pela equipe que mais auxiliaram nestes resultados foram as conversas na sala de espera os dias do grupo de hipertensos e diabéticos e as orientações à comunidade sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes mellitus, seu controle e a manutenção de acompanhamento regular para evitar as mobilidades dos agravos.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Durante toda a intervenção todos os hipertensos receberam orientação nutricional por toda a equipe de saúde. Contamos com a visita da Nutricionista à unidade de saúde, onde realizou uma capacitação para toda a equipe sobre Alimentação saudável, e fez uma avaliação nutricional de todos os hipertensos a partir do Índice de massa corporal e cada indivíduo em dependência de seu estado nutricional recebeu uma orientação nutricional muito boa. Além disso, acompanhada pela enfermeira realizaram uma atividade de Educação em saúde na Igreja abordando o tema sobre alimentação saudável e distribuíram panfletos sobre orientações para manter uma alimentação adequada aos indivíduos hipertensos que assistiram. Também a equipe realizou um café de manhã para

esses usuários com uma alimentação adequada para eles. Receberam orientação nutricional 102(100%), 219(100%) e 323(100%) hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente.

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

Durante toda a intervenção todos os diabéticos receberam orientação nutricional por toda a equipe de saúde. Contamos com a visita da Nutricionista à unidade de saúde, onde realizou uma capacitação para toda a equipe sobre Alimentação saudável, e fez uma avaliação nutricional de todos os diabéticos a partir do Índice de massa corporal e cada indivíduo em dependência de seu estado nutricional recebeu uma orientação nutricional muito boa. Além disso, acompanhada pela enfermeira realizaram uma atividade de Educação em saúde na Igreja abordando o tema sobre alimentação saudável e distribuíram panfletos sobre orientações para manter uma alimentação adequada aos indivíduos diabéticos que assistiram. Também a equipe realizou um café de manhã para esses usuários com uma alimentação adequada para eles. Receberam orientação nutricional 38(100%), 85(100%) e 97(100%) diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente.



Figura 11: Atividade com hipertensos e diabéticos na Igreja.



Figura 12: Café de manhã para hipertensos e diabéticos.

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



Ao longo da intervenção a equipe conseguiu dar orientações em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos hipertensos. No primeiro mês foram orientados 102 hipertensos, no segundo mês 219 e no terceiro mês 323, alcançando o 100%. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física e sua importância, além disso, foram oferecidas através das palestras educativas, conversas na Sala de espera da unidade e nas consultas aos usuários hipertensos todas as informações sobre esse tema.

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

Ao longo da intervenção a equipe conseguiu dar orientações em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos diabéticos. No primeiro mês foram orientados 38 diabéticos, no segundo mês 85 e no terceiro mês 97, alcançando o 100%. Durante as reuniões da equipe os profissionais foram capacitados sobre a prática de atividade física e sua importância, além disso, foram oferecidas através das palestras educativas, conversas na Sala de espera da unidade e nas consultas aos usuários diabéticos todas as informações sobre esse tema.



Figura 13: Palestra educativa

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

O 100% dos hipertensos receberam orientação sobre os riscos de tabagismo por toda a equipe de saúde mediante as consultas e visitas domiciliares e nas atividades mensais à comunidade. Na reunião mensal de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do

tabagismo. No primeiro mês foram orientados 102 hipertensos, no segundo mês 219 e no terceiro mês 323, alcançando o 100%.

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

O 100% dos diabéticos receberam orientação sobre os riscos de tabagismo por toda a equipe de saúde, mediante as consultas e visitas domiciliar e nas atividades mensais á comunidade. Na reunião mensal de equipe, os profissionais da unidade também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram orientados 38 diabéticos, no segundo mês 85 e no terceiro mês 97, alcançando o 100%.

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

Todos os hipertensos cadastrados no programa receberam avaliação odontológica de forma complementar. Oferecemos orientações gerais e específicas sobre higiene bucal para 100 % dos usuários hipertensos cadastrados, durante as consultas clínicas e nas consultas de avaliação odontológica. A dentista e o técnico de saúde bucal fizeram uma palestra educativa sobre a importância da manutenção da saúde bucal. A dentista abordou sobre os cuidados para manter uma boa saúde bucal assim como a forma e frequência de escovar os dentes. Al culminar a charge, o técnico de odontologia entregou para todos os usuários presentes uma escova e uma pasta dental.

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

Todos os diabéticos cadastrados no programa receberam avaliação odontológica de forma complementar. Oferecemos orientações gerais e específicas sobre higiene bucal para 100 % dos usuários diabéticos cadastrados, durante as consultas clínicas e nas consultas de avaliação odontológica. A dentista e o técnico de saúde bucal fizeram uma palestra educativa sobre a importância da manutenção da saúde bucal. A dentista abordou sobre os cuidados para manter uma boa saúde bucal assim como a forma e frequência de escovar os

dentos. Al culminar a charge, o técnico de odontologia entregou para todos os usuários presentes uma escova e uma pasta dental.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha USFF N-36, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Antes de iniciar o projeto nossa área de saúde tinha uma cobertura de atendimento ao hipertenso e diabético baixo, pois existiam 222 hipertensos (56%) e 89 diabéticos (91%), para uma estimativa de 395 hipertensos e 97 diabéticos, mas com a intervenção ampliamos a cobertura num 81.8 para hipertensos e 100% dos diabéticos. O cadastramento da área adstrita permitiu a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Com a intervenção foi possível realizar a capacitação dos profissionais de saúde de unidade segundo os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus elaborado pelo Ministério da Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, e dos demais profissionais que oferecem serviços na USFF.

Foi conseguido delimitar as atribuições de cada profissional, a médica e a enfermeira foram as responsáveis dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos, a dentista e o auxiliar em odontologia ofereceram atendimento odontológico para esses usuários. As técnicas de enfermagem foram as responsáveis da triagem e as ACS atualizaram o cadastro da área adstrita além de fazer a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consulta.

A intervenção teve grande impacto na equipe, atingimos ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Contribuiu para melhorar nosso trabalho em equipe, pois desde o começo até o final a equipe ficou muito unido, o trabalho foi mais organizado, e

conseguiu se uma melhoria na qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelhos.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas na medica. Com a intervenção conseguimos reorganizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários que hoje em dia estão com suas doenças mais controladas. Mediante a capacitação dos profissionais e o reordenamento das agendas os atendimentos foram compartilhados segundo as atribuições de cada membro da equipe. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Alcançamos cumprir com a maioria dos objetivos e metas traçadas conseguindo desta forma melhorar o atendimento da população.

O impacto da intervenção já está sendo percebido pela comunidade, em geral está muito contenta e agradecida com todas as atividades que foram realizadas por nossa equipe de saúde para eles, mediante essas atividades atingimos promover a saúde dos hipertensos e diabéticos de nossa área e melhorar sua qualidade de vida. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda faltam muitos usuários hipertensos por cadastrar no programa por isso continuaremos fazendo o mesmo trabalho para conseguir que todos os usuários da área abrangência recebam atendimento nossa unidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo no curso com a equipe. No caso de realizar a intervenção neste momento, todas as ações fossem discutidas desde os inícios com o objetivo de facilitar as informações e cumprir com os objetivos propostos. Melhoraria a relação com os líderes comunitários para facilitar o trabalho na comunidade. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto. Com a culminação do projeto, percebo que a equipe está integrada e em condições de superar algumas das dificuldades encontradas assim como incorporar a intervenção na rotina do serviço.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade

de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Além disso, serão feitos os mesmos atendimentos e incorporações no programa com seus respectivos cadastros e fichas de acompanhamento para nossos usuários, nosso trabalho e de inclusão nunca de exclusão. Continuaremos com a reunião da equipe semanalmente para monitorar as ações que serão desenvolvidas e planejar o trabalho subsequente.

A partir do próximo mês continuaremos com o atendimento para aqueles usuários que ainda não foram cadastrados em nossa área de abrangência. Pretendemos incorporar nesse mês a duas ACS no micro áreas descobertas com o objetivo de ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos num 100%. Além disso, pretendemos iniciar a intervenção no Programa de pré---natal na USF para melhorar a cobertura e qualidade de atenção nas mulheres grávidas e puerperais.

Continuaremos trabalhando do mesmo jeito para melhorar nos atendimentos de todos os usuários que levam acompanhamento nossa unidade, pouco a pouco o projeto será implementado nas demais ações programáticas para melhorar os atendimentos médicos na população da área adstrita.

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

Prezado secretário de saúde e prezado prefeito do município de Manaus, coordenação geral da atenção básica e distrital. Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas.

O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de Saúde de Hipertensos e Diabéticos que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município. Mediante este relatório vou descrever a intervenção realizada na USF N 36 que teve como objetivo melhorar a saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais residentes nessa área de saúde, com o fim de ampliar a cobertura do programa através de várias ações que foram desenvolvidas com a participação ativa de toda a equipe de saúde, a comunidade e principalmente dos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência.

A intervenção começou no mês de Março do ano de 2015 e foi desenvolvida em um período de três meses. A proposta foi atingir 100% os atendimentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como resultado de nosso trabalho conseguimos cadastrar e acompanhar 323 hipertensos e 97 diabéticos melhorando assim a cobertura num 81.3% nos hipertensos e num 100% nos diabéticos.

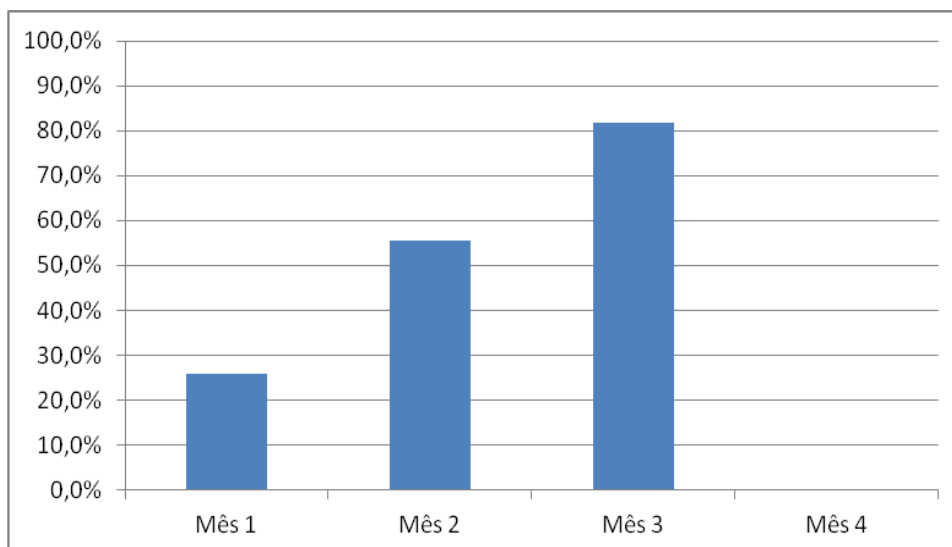


Figura 7 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. Manaus-AM, 2015.

Iniciamos com uma capacitação de todo o pessoal da unidade sobre os protocolos de atendimento e rastreamento destas doenças. Foram implantadas algumas ações que antes da intervenção não eram realizadas pela equipe de saúde. Foi elaborado um livro de registro de hipertensos e diabéticos e fichas espelhos para recoletar informação necessária referente à data da realização dos exames, avaliação do risco do risco cardiovascular, uso de medicamentos e orientação sobre, saúde bucal, pratica de atividade física e sobre os riscos de tabagismo. Tivemos que realizar a atualização de todos esses dados através dos atendimentos individuais dos usuários já cadastrados e ao mesmo tempo realizando novos cadastramentos. As ações que mais auxiliaram na incorporação dos hipertensos e diabéticos no programa foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários por parte dos agentes comunitários de saúde mediante as visitas domiciliar realizadas, assim como as atividades coletivas que foram desenvolvidas para eles destacando se as visitas às lideranças comunitárias, a distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, assim como as conversas na sala de espera da unidade os dias da consulta de Hiperdia.

Existiu dificuldade na realização dos exames complementares para os hipertensos e diabéticos, pois não foi possível atingir que todos eles tiveram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo devido á insuficiente disponibilidade de vagas para a realização de exames. Gostaria por médio de este

relatório solicitar apoio da gestão para solucionar esse problema. Apesar das dificuldades encontradas, já no terceiro mês da intervenção, 317 hipertensos e todos os diabéticos tinham os exames complementares em dia.

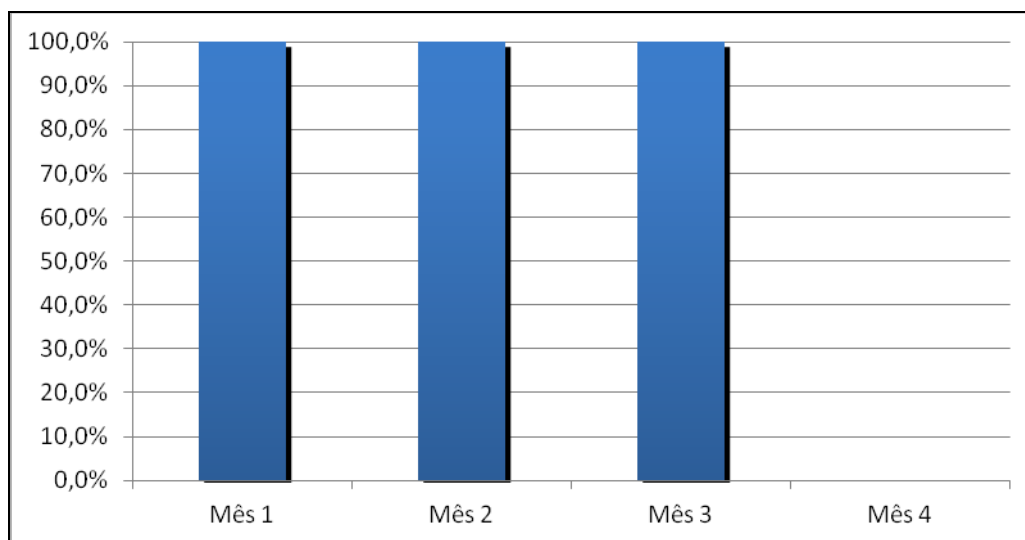


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, MANAUS-AM, 2015.

Outro problema foi que não conseguimos a participação do Educador Físico para capacitar a equipe de saúde, e orientar a população sobre a importância da prática de atividade física. Apesar de já solicitássemos aos gestores municipais um Educador Físico e ainda não conseguimos a visita dele na unidade, aproveitei para realizar uma vez mais a mesma solicitação.

Mesmo assim foram muitos os benefícios alcançados com a intervenção tanto para a equipe como para a comunidade. Foi possível conseguir a capacitação dos profissionais de saúde da unidade, contribuiu para melhorar nosso trabalho em equipe, trabalhar mais organizado e unido assim como uma melhoria na qualidade dos registros, prontuários clínicos e fichas espelhos. Atingimos ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência contribuindo dessa forma a melhorar o estado de saúde da população.

Mediante todas as ações que foram previstas e realizadas durante a intervenção conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde e foi possível incorporar à intervenção a rotina do serviço de maneira organizada, o serviço já é referência e tem dia específico para acontecer. Gostaria de agradecer a gestão por ter valorizado nosso trabalho e sempre atender nossas solicitações e pelo investimento realizado nos serviços da atenção básica. Espero



que continuem contribuindo e apoiando as ações que estão sendo planejadas pela equipe para que possam ser realizadas em breve.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados moradores da área acompanhada pela USF N-36. Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de Saúde de Hipertensos e Diabéticos que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município. No último trimestre foi realizado um projeto de intervenção voltado para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita.

Realizamos algumas atividades educativas: palestras, distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, com o propósito de esclarecer a importância do programa de Hipertensão. Os usuários foram orientados sobre a importância de uma alimentação saudável, diminuição do consumo de álcool e cigarro, prática de exercício físico, higiene bucal, conheceram os principais fatores de risco que possibilitam o surgimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus assim como as medidas para evitar aqueles que são modificáveis. Contamos com a participação da Nutricionista que realizou um trabalho muito bom na comunidade e com os usuários hipertensos e diabéticos com o fim de mudar o estilo de vida e proporcionar hábitos de vida alimentares saudáveis.

As ações desenvolvidas contribuíram positivamente no aumento da cobertura do programa de Hiperdia, foi possível acompanhar e cadastrar nossa unidade de saúde o 81.3% dos hipertensos e o 100% dos diabéticos, além conseguimos fortalecer o vínculo da comunidade com o serviço de saúde, a partir desse momento a relação da comunidade com os profissionais da unidade melhorou muito. A equipe está satisfeita com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Agradecemos a todos eles sua colaboração e contribuição nas atividades que foram desenvolvidas para a comunidade. Gostaria de agradecer também a todos os usuários hipertensos e diabéticos que participaram do trabalho, pois deles dependeram os resultados obtidos na intervenção. Podemos dizer que no decorrer da intervenção as ações foram incorporadas à rotina diária da unidade, e continuaremos realizando as mesmas atividades para dar segmento ao trabalho até atingir cadastrar todos os hipertensos da área. Para isso continuaremos com a divulgação do serviço e contamos com o apoio de nossa comunidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

No início do Curso de Especialização tive algumas dificuldades principalmente no idioma que foram superadas com o transcurso do tempo. O acesso deficiente à internet em alguns momentos dificultou o acesso ao curso, ocasionando dificuldades no desempenho das tarefas. Apesar de tudo isso posso dizer que o curso de ensino a distância foi para mim uma experiência única e inesquecível. O material de estudo oferecido pela universidade foi muito valioso, através dele consegui ampliar e enriquecer mais meus conhecimentos sobre o SUS no Brasil e sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Foram implantadas novas ações de prevenção e promoção de saúde na Unidade de saúde da família onde atuo com o fim de melhorar o estado de saúde da população e acrescentou o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

O intercâmbio de experiência com outros colegas mediante as conversas nos Fóruns de Saúde Coletiva e Prática Clínica foi muito interessante e me proporcionou conhecer a realidade dos serviços de saúde nos diferentes sítios do Estado de Amazonas, além disso, permitiram-me estabelecer vínculos de amizade com pessoas que não conhecia. Mediante os casos clínicos, as atividades de prática clínica e os testes de qualificação cognitiva, meus conhecimentos foram fortalecendo-se muito mais.

Acredito que realizar o curso a modalidade a distância sim é possível, tudo depende de nosso interesse e esforço para cumprir com todas as metas e alcançar os objetivos traçados.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília: Coordenação de Doenças Cardiovasculares, Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>. Acesso em: 10 out. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed.- Brasília, 2013. Caderno de atenção Básica de Diabetes Mellitus /Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde – ed. Brasília, 2013.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B Planilha de coleta de dados (planilha eletrônica)

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Inicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Colar Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C6

A B C D E F G H I

13

14

15

16

19

20

\*Estimativa no território

21

População total

22

23

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)

24

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)

25

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

Pronto

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Inicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Colar Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C6

A B C D E F G H I

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

Pronto

Digite apenas nas células em VERDE.

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

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

HIPERTENSOS

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

DIABÉTICOS

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

OBSERVAÇÕES

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 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 cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

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

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



2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

E4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

125%

# Anexo C - Ficha espelho

ficha\_espeho\_programa\_de\_atencao\_aos\_hipertensos\_e\_diabeticos.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

1 / 2 70,3%

Ferramentas Assinar Comentário

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

Departamento de Medicina Social UFPEL

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial \_\_\_\_\_ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUORGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSIOLOGIA	DATA	EXAME
	Hidroclorotiazida 25 mg		Glicemia de Jejum
	Captopril 25 mg		HbA1c
	Enalapril 5mg		Hemoglobina glicosilada
	Enalapril 10mg		Colesterol total
	Lisartan 50mg		HDL
	Propranolol 40		LDL
	Atenolol 25 mg		Triglicérides
	Atenolol 50mg		Creatinina Sérica
	Arildopina 5 mg		Potássio sérico
	Arildopina 10 mg		Triglicérides
	Metformina 500mg		EQU
	Metformina 850mg		Infecção urinária
	Glibenclâmida 5 mg		Proteinúria
	Insulina NPH		Corpuscúlosos
	Insulina regular		Sedimento
			Microalbuminúria
			Proteinúria de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hematócrito
			Hemoglobina
			VCM
			CHCM
			Plaquetas

ficha\_espeho\_programa\_de\_atencao\_aos\_hipertensos\_e\_diabeticos.pdf - Adobe Reader

Arquivo Editar Visualizar Janela Ajuda

1 / 2 70,3%

Ferramentas Assinar Comentário

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

Departamento de Medicina Social UFPEL

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial \_\_\_\_\_ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUORGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSIOLOGIA	DATA	EXAME
	Hidroclorotiazida 25 mg		Glicemia de Jejum
	Captopril 25 mg		HbA1c
	Enalapril 5mg		Hemoglobina glicosilada
	Enalapril 10mg		Colesterol total
	Lisartan 50mg		HDL
	Propranolol 40		LDL
	Atenolol 25 mg		Triglicérides
	Atenolol 50mg		Creatinina Sérica
	Arildopina 5 mg		Potássio sérico
	Arildopina 10 mg		Triglicérides
	Metformina 500mg		EQU
	Metformina 850mg		Infecção urinária
	Glibenclâmida 5 mg		Proteinúria
	Insulina NPH		Corpuscúlosos
	Insulina regular		Sedimento
			Microalbuminúria
			Proteinúria de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hematócrito
			Hemoglobina
			VCM
			CHCM
			Plaquetas

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante