

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM**

**Junior Fortune**

**Pelotas, 2016**

**Junior Fortune**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM**

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

Orientador: Denise Bermudez Pereira  
Co-orientador: Flávia Jôse Oliveira Alves

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

F745m Fortune, Junior

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Ubsf Nº 28, no Município Manaus/AM / Junior Fortune; Denise Bermudez Pereira, orientador(a); Flávia Jôse Oliveira Alves, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

112 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pereira, Denise Bermudez, orient. II. Alves, Flávia Jôse Oliveira, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à equipe da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde nº 28 de Manaus/AM, aos profissionais de saúde, especificamente os que estão lotados na atenção primária, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a todos usuários de nossa área de abrangência.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por me dar uma família que desde pequeno me ensinou a importância de ser humanista e me orientou a escolher o caminho científico.

Agradeço a minha orientadora Denise Bermudez Pereira e a co-orientadora Flávia Jôse Oliveira Alves, que acompanharam minhas atividades desde o início até o fim do curso, me apoiaram e me ajudaram a superar as dificuldades.

Agradeço a toda equipe do curso da especialização da Universidade Federal de Pelotas pelo seu desempenho impecável ao nível de atenção primária à saúde e aos colegas do curso que compartilharam seus conhecimentos.

Agradeço a minha equipe, aos gestores e aos usuários de nossa área de abrangência, que contribuíram positivamente no êxito desse trabalho.

## RESUMO

FORTUNE, Junior. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM.** 2016. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Após uma análise detalhada da situação de nossa área adstrita, baseada nos recursos do curso de Especialização em Saúde da Família, UFPel, descobrimos que a cobertura e o acompanhamento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas estavam aquém do recomendado. Diante dessa necessidade, a equipe da UBSF nº 28, no município de Manaus/AM escolheu como foco do projeto da intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de nossa comunidade. As ações propostas para a intervenção tiveram duração de doze 12 semanas e foram desenvolvidas no período de 18 de setembro a 10 de dezembro de 2015. Para atingir nosso objetivo, foi necessário reestruturar o programa, começando pela capacitação da equipe de saúde, baseada nos protocolos do Ministério da Saúde, cadernos de atenção básica nº 36 e 37, de 2013. As ações foram desenvolvidas sobre os quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação. Usamos como ferramenta de trabalho as fichas espelho para melhoria do registro e monitoramento do programa. Houve avaliação integral dos usuários, as visitas domiciliares foram realizadas conforme a periodicidade estabelecida e houve, na área de abrangência, a busca ativa dos usuários faltosos. As consultas foram programadas e disponibilizou-se vagas suplementares para a demanda espontânea. Ao término do período de intervenção, obtivemos bons resultados. Conseguimos cadastrar e dar cobertura a 59% dos usuários hipertensos, correspondendo a um total de 359 pessoas acompanhadas para uma estimativa de 608 pessoas com hipertensão e a 90,7% das pessoas diabéticas, o que correspondeu a 136 pessoas para uma estimativa de 150 usuários com diabetes. As ações referentes a qualidade das ações, adesão, qualidade do registro, avaliação de risco e promoção à saúde foram boas, de forma global. Tudo isso foi possível devido a uma soma de fatores, como união da equipe, o engajamento da comunidade e o apoio dos gestores. A unidade de saúde incorporou as ações desenvolvidas e o programa tornou-se rotina no trabalho da equipe. A equipe se compromete a dar continuidade às atividades em nossa rotina, e a intervenção será um modelo para a melhoria de outras ações programáticas em nossa UBS.

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

## Lista de figuras

- Figura 1 Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 67
- Figura 2 Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 67
- Figura 3 Gráfico de proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 69
- Figura 4 Gráfico de proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015. 69
- Figura 5 Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 71
- Figura 6 Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015. 72
- Figura 7 Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicação da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015. 73

- Figura 08 Gráfico de proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF n ° 28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 75
- Figura 9 Gráfico de proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 75
- Figura 10 Gráfico de proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF nº28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 78
- Figura 11 Gráfico de proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF nº28, no município de Manaus/AM no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015. 78

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAIMI	Centros de Atenção ao Idoso
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MA	Manaus
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SUSAM	Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISVAN	Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de saúde

## SUMÁRIO

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica.....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	65
4 Avaliação da intervenção.....	66
4.1 Resultados.....	66
4.2 Discussão.....	84
5 Relatório da intervenção para gestores.....	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	95
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	100
Referências.....	103
Apêndices.....	104
Anexos.....	106

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho acadêmico teve como objetivo qualificar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBSF nº 28 em Manaus/AM e ocorreu no período de doze semanas, entre setembro e dezembro de 2015.

O volume está organizado em 7 capítulos, que correspondem as unidades propostas no Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. O primeiro capítulo é composto pelo Relatório da Análise Situacional, uma abordagem sobre os aspectos gerais da UBS, como estrutura física, a equipe de saúde, programas e ações desenvolvidas pela equipe, materiais, insumos e medicamentos disponíveis, situação de saúde da área assistida pela UBSF e do município.

O segundo capítulo traz a Análise Estratégica, onde apresenta-se o Projeto de Intervenção, baseado nos protocolos do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 (MS, 2013). Apresenta os objetivos, as metas, os indicadores, a logística e as ações propostas pelo trabalho, finalizando com o cronograma de atividades.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção, abordando os aspectos previstos que foram cumpridos ou não, explanando ainda sobre a coleta e sistematização dos dados, além de uma análise quanto à inserção das ações desenvolvidas na realidade do serviço de saúde e sua viabilidade.

O quarto capítulo mostra os Resultados da Intervenção e a Discussão dos mesmos. Os capítulos seguintes, quinto e sexto, trazem o Relatório da Intervenção, um dirigido aos Gestores Municipais e outro à Comunidade.

O último capítulo finaliza o trabalho com uma reflexão crítica e pessoal sobre o trabalho desenvolvido e suas repercussões para a comunidade assistida, para a equipe de saúde e para a experiência profissional do especializando.

## **1. Análise Situacional**

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

O sistema de saúde de Manaus/AM está esquematizado em diferentes setores: primário, secundário e terciário, sendo o primário o agrupamento de várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais estão envolvidos os profissionais de atenção primária à saúde. A UBS 28 foi construída em dezembro 2012 e está situada na periferia norte de Manaus. A UBS providencia atendimento a uma população estimada de mais ou menos quatro mil de pessoas. Como as demais UBS, a 28 tem convênio com a prefeitura e o apoio é dinâmico em todos aspectos, seja financeiro, infraestrutura e na implicação social como a promoção de saúde. Para antecipar, podemos relatar que nos últimos seis meses percebemos novos cadastros de usuários no registro da UBS 28. A vinculação com os usuários é mais estreita, a confiança, solidariedade e colaboração do povo são elementos que facilitam nosso trabalho, o que suscita em nós o sentimento de responsabilidade e determinação para responder ao desejo deles que é um bom atendimento.

A UBS é considerada como uma das novas unidades. Esta dotada de dois consultórios, um para o médico e outro para a enfermeira. Tem também uma sala de odontologia para a dentista, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma sala de nebulização, tem dois banheiros, um exclusivamente para os funcionários e outro para os usuários, tem uma sala de procedimentos, para triagem e medidas antropométricas, uma farmácia, uma sala de esterilização, uma sala de copa (cozinha coletiva), tem uma sala de depósitos e uma sala de imunização. O local é espaçoso, o ambiente é conveniente para atender, a climatização nas salas

dos profissionais como na sala de espera dos usuários está estabelecida para manter um meio confortável sabendo que em Manaus o clima é quente, constantemente.

Os materiais de trabalho não estão todos completos como desejamos, mas temos o básico para atendimento relacionado à atenção básica, ao caráter não urgente. Por exemplo, os materiais para examinar os sinais vitais como esfigmomanômetros, glicômetro, termômetro são presentes e em boa condição e de qualidade. Também temos uma mesa tipo ginecológica que facilita o exame ginecológico básico e coleta de amostra para exame preventivo de câncer colo útero. As grávidas têm a sua disposição estetoscópio de Pinard ou sonar para avaliação e monitoramento de sinais vitais fetais. A sala da dentista está equipada de todo o necessário para atender problemas bucais e lá consegue-se fazer também microcirurgia das patologias bucais. Também temos os remédios gratuitos destinados sobre tudo aos usuários hipertensos, diabéticos e para as grávidas. Sempre avaliamos o que é necessário para trabalhar e ativar o pedido com secretaria de saúde para as faltas.

A UBS conta com uma equipe composta por um médico clínico, uma dentista, uma enfermeira, 7 ACS, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar do dentista. Também tem um profissional dedicado a farmácia e um funcionário para a limpeza do local.

O processo do trabalho na unidade é programado e a cada dia tem um atendimento diferente. A segunda-feira, de forma alternada, é para atendimento das crianças e saúde dos homens, terça-feira é para atendimento das grávidas, quarta-feira para atendimento de saúde das mulheres e quinta-feira para os usuários hipertensos e os diabéticos, deixando um espaço especial para atendimento espontâneo, sabendo que sempre há usuários com necessidade urgente e por um motivo ou outro não teve tempo para agendar conforme o protocolo estabelecido. Sem esquecer as visitas domiciliares, as palestras baseadas nas medidas preventivas individuais ou coletivas tipo educativo, puericultura, prevenção ao câncer de colo de útero e mama são também parâmetros que fazem parte de nossa programação. Também em qualquer momento pode surgir programação especial, depende do contexto do momento, por exemplo atualmente há campanha de

vacinação contra gripe e todos os dias a UBS 28 recebe os usuários da comunidade para vacinar e as vezes pode acontecer no fim de semana, caso necessário.

Um aspecto importante é a confiança dos usuários, com isso nosso trabalho é factível e o resultado é interessante. O feedback da população é positivo, a implicação e a interação dos cidadãos são mais fortes a cada dia. Damos uma importância ótima aos seus acolhimentos, já sabemos que é a porta de entrada de um bom atendimento, sem ele não tem como ganhar a confiança e simpatia deles.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Manaus/AM tem, aproximadamente, 2.020.301 habitantes de acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2014. Seu sistema de saúde está orientado de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM). Na rede pública, Manaus conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 151 UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), têm 4 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 12 Centros de Atenção Integral às Crianças (CAIC), 3 Centros de Atenção ao Idoso (CAIMI), 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem 1 centro especializado de reabilitação, 1 centro psiquiátrico, 7 policlínicas, 6 fundações e 6 maternidades.

Há seis hospitais da Rede Estadual de Saúde e conta também com quatro centros destinados aos exames laboratoriais. Os encaminhamentos para esses centros são realizados e as consultas agendadas diretamente na UBS através de sistema informatizado da SEMSA, que permite a conexão das unidades com esses centros especializados, exceto no caso das grávidas, que tem acesso direto a maternidade após prévio encaminhamento da UBS sem precisar agendar no sistema informatizado. Queremos relatar que a disponibilidade das vagas no sistema é limitada e, como consequência, muitas vezes o usuário precisa aguardar mais de um mês para ser avaliado por especialista.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) número 28 foi construída em dezembro de 2012 para funcionar como ESF. Está situada na periferia do norte de Manaus, numa zona rural. Temos uma equipe que está composta por um médico clínico, uma enfermeira, 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos de

enfermagem e uma equipe de saúde bucal composta por uma dentista e a auxiliar. Também temos um profissional dedicado à farmácia e um funcionário para a limpeza do local. A UBSF 28 é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Secretaria Municipal de saúde e preserva seus princípios através de estratégias e protocolos que promovem um padrão de saúde para todos, sem discriminação.

A UBSF está dotada de três consultórios, para o médico, a enfermeira e a dentista. Também tem uma sala para os ACS, uma sala de nebulização, dois banheiros, um exclusivamente para os funcionários e outro para os usuários, tem uma sala para triagem, medidas antropométricas e curativas, uma sala de imunização, uma farmácia que não é sempre bem suprida, uma sala de esterilização, uma sala de copa (cozinha coletiva) e uma sala de depósitos. O local é espaçoso, o ambiente é adequado, com climatização nas salas dos profissionais, como também na sala de espera dos usuários. O componente estético da UBSF28 é bom: ao redor não é perturbador, o local é confortável, a ventilação é adequada e a luminosidade não tem defeito. Os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos são fáceis de limpar. As salas estão bem delimitadas e o usuário não tem acesso às zonas mais propensas à contaminação, como a sala de procedimento, sala de esterilização, etc. Há também sala para arquivar os arquivos de prontuário e com acesso fácil a recepção e triagem. A sala de procedimentos está dotada de uma cama para permanência em observação dos usuários.

Apesar de ser um prédio novo de 3 anos de existência, a UBSF tem algumas deficiências físicas que atrapalham o seu bom funcionamento. No Manual da Estrutura da UBS (Brasil, 2008) e em Siqueira Cols. (2009), as necessidades e limitações observadas na qualidade da UBSF 28 que afetam o processo de trabalho são a falta de sala para nos reunirmos, sala de espera pouco equipada, sem bebedouro, suporte para TV e Vídeo, sem um televisor e falta de segurança. Ou seja, seria muito importante a ampliação do sistema de segurança contra assalto e roubo. Nossa proposta e estratégia é motivar a equipe para levar essas dificuldades para nossos gestores, além de explicar aos usuários nossas limitações e sua responsabilidade para defender seu direito de acordo com os pilares da carta dos direitos dos usuários do SUS (Brasil, 2007). Estes já são temas de discussão na reunião da equipe e nossa expectativa é a melhoria da condição da infraestrutura, facilitando um ambiente ótimo para atendimento dos cidadãos.

A UBSF está comprometida em contribuir na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos de nossa abrangência. Para isto, investimos tempo nas orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância de exercício físico, educação sanitária individual ou coletiva da população e também oferecendo um atendimento integral aos usuários, tentando garantir um estado de bem-estar psíquico, físico e biológico dos integrantes de nossa área. Mas ainda temos desafios relevantes e precisamos sanar esses problemas para poder contribuir no fortalecimento do SUS como desejamos. Em relação ao processo de trabalho, falta a identificação dos grupos expostos aos riscos ou áreas expostas ao risco de desenvolver determinadas patologias. É um ponto que já levamos para a reunião da equipe e para sanar essa situação precisamos da contribuição de todos os profissionais, do desempenho dos ACS que tem um papel importante devido a seu contato permanente com os cidadãos.

Precisamos conversar constantes na reunião da equipe para poder conscientizar todos os integrantes sobre a importância desse trabalho. Nosso atendimento consiste em cuidado dos usuários durante as consultas ou por visitas domiciliares, além de nosso papel educativo que embasa a prevenção individual ou caráter coletivo. Achamos necessária uma ampliação de nosso serviço para poder estar mais perto dos usuários. Para isto devemos agendar um tempo para conversar com grupos sociais que existem em nossa abrangência. Devemos procurar saber se tem associação de bairro na área da UBS. Desta forma, podemos conseguir extrapolar nosso serviço e facilitar o acesso para aqueles que nunca vêm às consultas.

Na UBSF 28 não são realizadas pequenas cirurgias. Nossa equipe tem a responsabilidade de expor essa necessidade para os gestores da saúde, solicitando os materiais necessários para cirurgias menores. Isto pode facilitar o excesso na rede especializada na urgência. Também precisamos investir na busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas, porque realmente há alguns que não conseguimos alcançar. É necessário tomar essa iniciativa como um novo desempenho para poder localizar os faltosos. Precisamos também investir nas visitas domiciliares, é um ponto que já podemos inserir na rotina cotidiana. Por exemplo, podemos ampliar nosso serviço para curativo no domicílio, para entregar medicamentos, solicitar a coleta dos exames para os usuários que não podem se apresentar na consulta devido ao seu problema de saúde ou com locomoção

prejudicada. São realizadas poucas atividades para portadores de sofrimento psíquico. Embora não tenhamos muitos usuários com essa classificação, mesmo assim a equipe deve envolver-se na busca desses usuários de nossa abrangência e acompanhá-los adequadamente. É outro ponto de reflexão para debater na reunião da equipe.

Temos, aproximadamente, 4000 pessoas em todas as microáreas da UBSF. O horário de funcionamento vai desde 7:30 até 17:30h. A rotina cotidiana de trabalho de nossa equipe tem o início com o acolhimento. Cada dia devemos acolher os usuários novos ou dar seguimentos com os antigos. Um mau acolhimento pode quebrar a relação equipe/comunidade, por isto abordamos os usuários com amor e ética profissional a fim de garantir a dinâmica da relação. É o primeiro contato com os usuários, é um eixo importante para conseguir chegar na solução correta da necessidade. O mecanismo que usamos para manter um ambiente favorável do acolhimento é escutar. É um elemento tão importante tanto para os médicos quanto para os demais da equipe e o fluir do funcionamento da UBSF. As vezes o que pode atrapalhar a característica de um bom acolhimento é quando temos um número elevado dos usuários de demanda espontânea, acima do número de agendados do dia. Tentando atender todos fazendo ênfase sobre os prioritários, isso às vezes conduz à uma situação de confusão para alguns usuários que não entendem a situação especial, por isto existe na UBSF nossa estratégia para lidar com excesso de demanda espontânea. Para resolver esse problema, a estratégia que já estamos aplicando é a seguinte: escutamos o motivo de chegada na consulta dos usuários que não tiverem agendamento e, dependendo da característica e do motivo, atendemos primeiro os casos urgentes. No caso que precisa tratamento, podemos medicar o usuário e mantê-lo em observação para ver sua evolução, entretanto seguimos com a consulta agendada. Se o caso precisa um atendimento mais especializado, podemos encaminhar ao serviço de referência para seguimento. No caso que a demanda espontânea não é um caso urgente, em função de números de demanda espontânea do dia, fazemos um reagendamento do usuário, dando como prioritários aos casos mais urgentes. Essas estratégias estão funcionando bem e nos ajudam no controle de fluxo de qualquer demanda espontânea do dia, mantendo um bom acolhimento.

A UBSF 28 atua no modelo da ESF, para isto tem várias ações programáticas que dão cobertura aos diferentes grupos na comunidade. Nosso atendimento cotidiano é conforme as estratégias de saúde da criança, atenção pré-natal (gestante e puérpera), controle do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, atenção à Hipertensão e Diabetes, saúde de pessoa idosa, saúde bucal, saúde dos homens, saúde das mulheres, visitas domiciliares e educação sanitária individual ou coletiva. Todos são programas que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos usuários e dar uma melhor cobertura possível aos cidadãos vinculados a nossa área.

A saúde da criança é um fator importante na redução da mortalidade infantil. O foco na redução da morbimortalidade e potencialização do desenvolvimento infantil se mantém como algo prioritário na atenção primária à saúde (Brasil, 2012). A atenção à saúde das crianças é uma das prioridades da UBSF nº 28 e nossa estratégia enfoca a providência de maior cobertura possível às crianças de nossa área. A puericultura é a base de atendimento dessa categoria de usuários. No processo de desenvolvimento dessa atividade, as informações do profissional ficam registradas no arquivo específico do atendimento das crianças. Esse documento sempre está sujeito a revisão com fim de aprimorar nosso atendimento. Preconizamos um atendimento integral com a visão de garantir o desenvolvimento saudável das crianças. Para isto, temos várias atividades baseadas no protocolo do Ministério da Saúde (MS) que consiste em: avaliação antropométrica, avaliação oftalmológica, promoção e avaliação da saúde bucal, promoção da segurança alimentar e de alimentação saudável, saúde sexual e reprodutiva. Também na UBSF existem outros programas do MS como: o programa Bolsa Família, o Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o programa Saúde de Ferro (prevenção da anemia). Atendemos crianças menores de 1 ano até as crianças maiores, mas a faixa de idade que chega com mais frequência é a partir de 24 até 72 meses. Com respeito às crianças de 0-72 meses, na área temos aproximadamente 950 usuários, com um total de 650 acompanhados pela UBSF, o que apresenta uma cobertura de 68% de todas as crianças dessa faixa de idade. Das crianças cadastradas na nossa UBSF, 400 (61%) tem consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, 41% com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 620 (95%) com vacinas em dia, 600 (92%) com avaliação de saúde bucal.

Nossa dificuldade fica no atendimento das crianças menores de 1 ano. Temos 84 crianças menores de um ano residentes na área, destas apenas 34 são acompanhadas na nossa USF (40%). Temos assim uma baixa cobertura para crianças menores de 1 ano, o que não condiz com a quantidade das grávidas que chegam ao final do acompanhamento pré-natal. Uma das causas desse problema tem a ver com os pais que tinham costume de procurar serviços especializados para atendimento das crianças sem passar pela UBSF e muitas vezes não acham vagas para aprovação dos seus pedidos.

De modo geral, para a melhoria da qualidade do atendimento às crianças e para dar uma maior cobertura, precisamos trabalhar na educação baseada na atenção pré-natal para incentivar as mães a levar os filhos desde os primeiros dias de nascimento para ser atendidos no serviço. Vamos criar um vínculo mais estreito com os pais e a comunidade para poder localizar os recém-nascidos. Então é um trabalho conjunto da equipe e a contribuição de todos vai ser nosso êxito. Além de isto, precisamos uma nova abordagem da puericultura, devemos eleger profissional da equipe que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura.

A atenção ao Pré-natal e Puerpério, assim como a atenção a saúde das crianças, é fundamental para reduzir a mortalidade infantil e a mortalidade materna (Brasil, 2012). Em nossa UBSF insistimos na captação precoce das grávidas e no seguimento do puerpério. O processo de trabalho para acompanhamento do Pré-Natal e Puerpério está orientado conforme os guias do MS. As consultas são realizadas nas terças-feiras, damos cobertura às gestantes cadastradas e também às grávidas fora de área. A captação, a primeira consulta é com a enfermeira e o desenvolvimento das consultas é realizado de forma alternada entre o médico e a enfermeira. As grávidas têm pelo menos sete (7) consultas que estão realizadas a cada mês e ao chegar ao terceiro trimestre, após de 37 semanas, as consultas são realizadas semanalmente. De acordo ao protocolo do MS, em várias etapas da evolução de gravidez, primeiro, segundo e terceiro trimestre, indicamos os exames laboratoriais preconizados e prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

A avaliação da grávida é multidisciplinar e embasa avaliação com médico-família, avaliação odontológica e se for de risco, é encaminhada para nível especializado para seguimento. O mecanismo de trabalho padronizado para

atendimento das grávidas continua durante o processo de puerpério. Também preconizamos a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a promoção da atividade física. Distribuimos o cartão da gestante no qual podem encontrar todas as informações relacionadas com a gravidez. Ao sair da consulta, os profissionais chamam atenção para a data da próxima consulta. Também estão informadas sobre as vacinas disponíveis e as datas para atualização do calendário vacinal. Os profissionais recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e a revisão puerperal deve continuar entre 30 e 42 dias de pós-parto.

Temos, na nossa área, um total de 40 gestantes, sendo que destas 39 estão sendo acompanhadas na nossa UBSF, o que nos dá um indicador de cobertura de 98%. Em relação ao puerpério, tivemos aproximadamente 84 partos nos últimos 12 anos e foram realizadas 60 consultas puerperais no mesmo período, o que nos dá uma cobertura de 71%. Em nossa avaliação, pensamos que deveríamos ter uma cobertura parecida à cobertura das grávidas. É necessário que a equipe se implique de forma coletiva para conseguir dar uma cobertura mais ou menos proporcionada com o número das grávidas que chegam ao término investindo na busca no puerpério. A atenção pré-natal é um programa que está funcionando bem, mas podemos investir mais na programação das atividades com grupos de gestantes, além de elegermos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa. É importante também buscar as puérperas faltosas e por meio dos prontuários das grávidas, devemos investigar quais que já fizeram o parto e que ainda não vieram na consulta para serem atendidas. Precisamos a colaboração ativa de toda a equipe e devemos levar aos gestores a dificuldade de atraso para fazer os exames laboratoriais, que é um dos maiores problemas que afetam a atenção pré-natal.

A prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama são quase idênticas. Para atingir nosso objetivo, os profissionais da UBSF 28 estão envolvidos na orientação de todas as mulheres da área para o uso de preservativo em todas as relações sexuais para prevenir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). São realizadas ações de educação coletiva ou de forma individual sobre a importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. A coleta de exame citopatológico tanto para as mulheres adstritas e fora de área são realizados nos dias de atendimento delas. Na UBSF existe um protocolo de

prevenção do câncer de colo uterino, sendo o médico ou a enfermeira as pessoas qualificadas para usá-lo.

Enfocamos na educação sanitária coletiva ou individual das mulheres de nossa área e as ações programáticas estão orientadas sobre uma alimentação saudável, exercícios físicos e hábitos saudáveis. A prevenção do câncer de colo útero e de mama é um dos programas bem estruturados em nossa UBSF. A cobertura é um trabalho conjunto entre a equipe e as mulheres de nossa área de abrangência. Elas mesmas já solicitam o exame preventivo de câncer do colo útero e procuram solicitar a mamografia de rotina. Temos 196 mulheres entre 50-69 anos residentes no território e todas estão sendo acompanhadas na UBSF para o controle do câncer de mama. Além disso, todas tiveram avaliação de risco e orientação sobre prevenção do câncer de mama, 156 (80%) tem mamografia em dia. Em relação à prevenção do colo de útero, das 846 mulheres entre 25 a 64 anos, 800 (95%) são acompanhadas na UBSF para a prevenção do câncer de colo de útero, 640 (80%) tem exame citopatológico em dia e todas foram orientadas em relação à prevenção de DST e 640 (80%) estão com exames coletados com amostras satisfatórias. Com esses dados podemos dizer que a cobertura é eficaz; mesmo assim precisamos intensificar nossas ações para poder aproximarmos de uma cobertura total das mulheres de nossa área. A equipe precisa solicitar a agilização dos testes Papanicolaou e mamografia com os gestores de saúde, ampliar o contato com grupos de mulheres e a precisamos conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade. São elementos que podem nos ajudar com mais facilidade na identificação de fatores de risco.

A atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) constitui a principal causa de mortalidade na faixa etária de 30 a 69 anos e são responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (Brasil, 2006). Por esse motivo, a HAS e DM foram consideradas agravos de saúde pública, onde cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados no âmbito de atenção básica. O dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos em nossa UBSF é quinta-feira, nos turnos de manhã e tarde. Na prática cotidiana o atendimento dos usuários tem dois parâmetros: medidas não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento farmacológico é aplicação dos remédios que usamos para o controle das doenças. Temos remédio para os usuários hipertensos e

diabéticos, mas a quantidade não dá para a providência de todos e é uma situação comum quase em todas as UBS ao redor.

A medida não farmacológica é muito importante e toda nossa estratégia forma-se a partir das medidas preventivas. Para as medidas preventivas não farmacológicas, abordamos a HAS e DM no mesmo ângulo e a prevenção é similar. Todos os usuários hipertensos e diabéticos têm informações necessárias sobre como evitar os agravamentos e saber identificar os fatores de risco. Fornecemos conhecimentos básicos baseando-se na educação e orientações sobre a mudança de estilo de vida, que consiste em alimentação saudável, diminuir o consumo de álcool, evitar o tabagismo e promoção sobre a importância de exercício físico regular, entre outras. São as diferentes atividades visadas para impedir a progressão da HAS e do DM, tanto para evitar consequências e eventos de mortalidade. Além de isso, temos as visitas domiciliares que é outra ferramenta para incentivar os usuários sobre o cuidado da sua doença.

São doenças que tem uma abordagem multidisciplinar e às vezes frente aos agravos, podemos solicitar sua avaliação com disciplinas especializadas. Na nossa área temos, segundo as estimativas geradas pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), 709 usuários portadores de hipertensão, sendo apenas 150 acompanhados na UBSF (21%). É uma avaliação baixa que precisa ser melhorada. A respeito dos indicadores de qualidade para os 150 usuários, 100% está com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Destes, 120 (80%) estão com exames complementares periódicos em dia e 127 (87%) com avaliação de saúde bucal em dia.

A DM, também pelo CAP, tem uma cobertura melhor que a HAS. A estimativa dos usuários residentes na área é 203 pessoas, sendo acompanhadas 103, o que gera um percentual de 54% como cobertura total. Sobre os indicadores de qualidade, 82% (n=90) dos usuários diabéticos estão com realização de estratificação de risco cardiovascular, 91% (n=100) com exames complementares periódicos em dia, 82% (n=90) com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. E 100% (n=110), estão com orientação sobre a prática de atividade física, orientação nutricional para alimentação saudável e 68% (n=75) com avaliação de saúde bucal em dia. Mesmo assim, achamos que há mais casos de diabetes na área

que devem ser diagnosticados, por isso precisamos um esforço da equipe para poder melhorar a cobertura dos usuários.

As estratégias que contamos para pôr em prática uma melhor cobertura aos usuários com HAS e DM são as mesmas anteriores para a busca dos faltosos. Devemos reforçar as atividades em grupo com os hipertensos e diabéticos da área. Nas visitas domiciliares, devemos aproveitar e verificara situação dos exames de rotina, controle periódico da pressão arterial das famílias de nossa área. Devemos fazer uma avaliação sistemática de cada família de nossa área e cadastrar todos os hipertensos e diabéticos de área.

Em relação à saúde da pessoa idosa, o Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (Censo 2012). Em nossa UBSF, nossa estratégia está encaminhada na preservação da funcionalidade dos idosos garantindo bem-estar físico, assim como o estado emocional deles. Não temos um dia especial, podendo o usuário idoso ser atendido em qualquer dia da semana. O acolhimento deles é especial e merecem todo respeito. Então, procuramos um ambiente favorável para que possam sentir-se seguros e valorizados. Cabe ressaltar que a humanização é um parâmetro fundamental para um atendimento exitoso dos idosos. A forma ideal de atender os idosos é durante as visitas domiciliares, pois muito deles não podem chegar à consulta. Nas visitas, avaliamos o estado geral deles, mantemos o contato com a família, verificamos se estão tomando direito seus remédios e também andamos com materiais para prescrever medicação, solicitar exames e providenciar medicamentos, caso necessário.

Posteriormente devemos visitar de novo essas famílias para ver se toda nossa orientação sobre o cuidado deles está aplicando-se. Percebemos, em nossa experiência prática, que os idosos carregam a expectativa de receber atenção e cuidados da família no momento em que perderem ou tiverem suas capacidades diminuídas. Cabe aos membros da família entender essa nova etapa da vida dos pais, devem entender as transformações, conhecer as suas fragilidades, modificando a sua visão e atitude sobre a velhice e colaborar para que o idoso mantenha o seu lugar no grupo familiar e na sociedade. É o que estamos fazendo, acompanhando as famílias, explicando a importância de apoiar os idosos em todos os sentidos, sobretudo na vigilância do seu tratamento, a relação interpessoal, evitar o sentimento de rechaço, o que pode gerar depressão.

Temos uma estimativa de 241 idosos na área, sendo 197 (82%) cadastrados na nossa UBSF. Além disso, 119 (60%) idosos têm caderneta de saúde da pessoa idosa, 157 (82%) tem acompanhamento em dia e 119 (60%) deles apresentam doenças crônicas como HAS e DM. O atendimento é global e 179 (90%) foram avaliados diante de risco de morbimortalidade. Ainda podemos conseguir chegar a uma cobertura total. Para isto podemos atualizar o arquivo dedicado aos registros do atendimento dos idosos e deixar as informações em dia, garantir a obtenção de caderneta de saúde para todos os idosos da área, escolher um profissional para o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, buscar os faltosos, reforçar nosso trabalho nas visitas domiciliares, incentivar os familiares sobre o cuidado e acompanhamento dos usuários da terceira idade. São aspectos que já vamos pensar para introduzir em nosso agendamento, como objetivo de fornecer um atendimento integral e de boa qualidade aos idosos.

O cronograma de atendimento odontológico na UBSF permite atendimentos para os idosos, os usuários hipertensos, diabéticos, as gestantes, as crianças, adolescentes e adultos. A carga de horário da dentista é de 40 horas por semana. Na UBSF a equipe odontológica realiza 70 procedimentos por semana, o que seria 272 procedimentos por mês em dias úteis. A dentista trabalha de segunda até quinta-feira e as atividades realizam-se durante dois turnos, manhã e tarde. Durante o processo de trabalho, ela faz tratamento básico, faz cirurgia menor e também faz tratamento de urgência pelo menos duas vezes por semana. Tem outras atividades, tais como: cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura de primeira consulta odontológica programática.

O atendimento odontológico na UBSF se encaixa no preconizado pelo MS. Os serviços realizados pela dentista estão respondendo às necessidades da população adstrita. A média de procedimentos clínicos por habitante / mês em nossa UBSF é de 0.6%. É um parâmetro considerável, pois está acima do valor mínimo (0.4%) recomendado pelo MS. É uma boa avaliação, mas nossa expectativa é aproximar-se do valor máximo (1.6%) recomendando.

A análise situacional é uma ferramenta que contextualiza a realidade da UBSF 28. Avaliando todos os indicadores de cobertura, podemos deduzir que a ação programática mais estruturada e com maior cobertura é a prevenção de câncer de mama e de colo de útero e os que apresentam menor percentual de cobertura

são os usuários hipertensos (21%), razão pela qual, com apoio da equipe, escolhemos esse programa como nosso foco de intervenção, para poder da maior cobertura possível aos usuários dessa categoria.

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

Comparando com a análise situacional, o estudo inicial sobre a situação da UBSF 28 foi superficial. Naquele texto inicial foram identificadas, pontualmente, as dificuldades de nossa área, mas não houve uma avaliação mais profunda nem tive ferramentas necessárias para atingir dita avaliação. Era uma simples observação da realidade, mas não houve um diagnóstico concreto dos problemas.

Paralelo ao relatório da análise situacional atual, conseguimos descobrir os verdadeiros problemas de nossa área e convergir a UBSF à conscientização unificada sobre avaliação de nosso desempenho. Avaliamos sistematicamente a dificuldade através de diversas ferramentas, tais como os questionários, o caderno de ações programáticas e indicadores. Identificamos os pontos fortes e nossos maiores desafios, o que nos orienta sobre a elaboração de projeto de intervenção para solução a curto ou longo prazo, com objetivo de estruturar nossa UBSF e dar um melhor atendimento para os usuários de nossa área.

O relatório da análise situacional é uma descrição dos diferentes problemas existentes e das ações que já são realizadas em nosso serviço. Acreditamos que este instrumento será um guia constante para orientação de nossa equipe.

## **2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

Nossa intervenção se dará sobre a ação programática que projeta a abordagem da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A HAS e a DM são duas doenças crônicas que apresentam umas das causas mais frequentes de mortalidade no mundo, tendo ainda maior impacto quando não existem ações bem definidas que visam a redução das consequências e complicações (Brasil, 2013). No contexto da atenção primária é uma intervenção de suma importância para a saúde da população, porque no nível primário é possível controlar as doenças e o seu agravamento, melhorar a qualidade de vida dos usuários e reduzir custos. Os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HAS e DM. Para isso, é necessário sempre ter como princípio fundamental a prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle a essas doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Durante a Análise Situacional de nosso serviço, descobrimos que as pessoas hipertensas e/ou diabéticas têm menor cobertura. Sabendo a magnitude das repercussões dessas doenças, a equipe sente a necessidade urgente de escolher esse foco para intervir, implementando as diferentes ações que estão ao nosso alcance. Desta forma pretendemos dar maior cobertura possível, o que aportará muitos benefícios, com conseqüente melhoria da qualidade de vida dos usuários dessa categoria, cumprindo nosso papel como profissionais de atenção básica.

A população total de nossa comunidade está estimada em 4000 mil pessoas. A estrutura está adaptada ao modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tem uma equipe composta por um médico, uma dentista, uma enfermeira, sete ACS, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar do dentista, um profissional dedicado a farmácia e um funcionário para a limpeza do local. Há três consultórios, um para o médico, um para a enfermeira e outro para a dentista. Há uma sala para os ACS, uma sala de nebulização. Tem dois banheiros, um exclusivo para os funcionários e outro para os usuários, tem uma sala de procedimentos, para triagem e medidas

antropométricas, uma farmácia, uma sala de esterilização, uma copa, uma sala de depósitos e uma sala de imunização. Em relação aos instrumentos básicos relacionados à nossa intervenção, a UBS tem materiais como estetoscópio, esfigmomanômetros, glicosímetro e outras ferramentas básicas para avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos.

A população alvo eleita para a intervenção está estimada em 608 usuários hipertensos e 150 usuários diabéticos, de acordo com os dados da Planilha de Coleta de Dados, proposta pela especialização. A quantidade avaliada e atendida na UBSF, atualmente, são 150 pessoas com hipertensão e 103 pessoas com diabetes, o que nos dá uma cobertura de 24,6% dos usuários hipertensos e 68,6% dos usuários diabéticos. A baixa cobertura é o resultado de organização de serviço previamente precária e falta de implementações de ações concretas. Atualmente, através das ações programáticas já em execução, mantemos contatos com os usuários registrados, a adesão é mais estável e estamos conseguindo ganhar a confiança desses usuários, demonstrando para eles a importância de sua avaliação regular pela UBS.

A qualidade do atendimento melhorou bastante nestes últimos meses. A organização de agendamento e das consultas, a qualidade de acolhimento, avaliação multidisciplinar e integral dos usuários apresentam um sinal positivo que reflete um atendimento de qualidade. A promoção de saúde baseando-se na mudança de estilo de vida, a educação coletiva ou individual, iniciativa da equipe para incentivar a própria população no engajamento para garantir sua própria saúde, entre outros, são diferentes ações que já estamos executando e seguiremos fazendo durante todo o desenvolvimento da intervenção, além de ser uma mudança mantida na organização de nosso serviço.

Essa intervenção é muito importante para o desempenho de nossa UBSF e no cuidado da população alvo. A implementação de diferentes ações será essencial para enfrentar nosso desafio e dar melhor cobertura possível aos usuários hipertensos e diabéticos. São ações simples, fáceis de entender e de executar, mas que não seria possível sem a colaboração de toda equipe. A conscientização da equipe e a necessidade de contribuir na melhoria de atendimento e cuidado das pessoas são catalisadores que estimulam a escolha do foco dessa intervenção. O reflexo é positivo, todos querem colaborar e estamos otimistas que vamos atingir nossa meta. Atualmente estamos trabalhando com quatro ACS e deveriam ser sete,

ficando com pouca cobertura de todas as microáreas da UBSF. Mesmo assim tentaremos superar as dificuldades. A pouca cobertura dessa população é uma razão viável para execução da intervenção, sendo assim urgente e temos certeza que vai contribuir na busca dos faltosos, na melhoria da qualidade da vida dos usuários e na prevenção das consequências dessas patologias.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBSF N° 28, no município Manaus/AM.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura as pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus 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% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da

sensibilidade)

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

Meta 2.5: Garantir a 100% pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% pessoas com hipertensão cadastradas na Unidade de Saúde.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% pessoas com diabetes cadastradas na Unidade de Saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% pessoas com diabetes.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100% pessoas com hipertensão faltosas às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% pessoas com diabetes faltosas às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% pessoas com hipertensão cadastradas na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% pessoas com diabetes cadastradas na Unidade de Saúde.

Relativas ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das

peessoas com hipertensão cadastradas na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% pessoas com diabetes cadastradas na Unidade de Saúde

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100% pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Nº 28, no norte de Manaus, no estado do Amazonas. Participarão da intervenção uma estimativa de 608 usuários hipertensos e 150 usuários diabéticos, de acordo com os dados da Planilha de Coleta de Dados (PCD).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.**

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 100% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

#### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ações: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamentos de ações:

Todos os usuários já cadastrados na UBSF ou os novos usuários encontrados a partir de busca ativa dos faltosos devem ser avaliados sistematicamente, desde o ponto de vista de exame físico, da avaliação antropométrica, exames complementares tanto como a prevenção do agravamento da doença de base insistindo na mudança de estilo de vida. Cada usuário vai ter seguimento garantido, todos vão ter conhecimento sobre os fatores risco e vão saber como controlar estes fatores. Para as ações de monitoramento e avaliação, vamos utilizar as Fichas Espelho que serão preenchidas a cada consulta e a Planilha de Coleta de Dados que conterà os dados de todos os usuários assim como a ficha de atendimento que usaremos.

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

- Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa

- Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- \*Ação: Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.
- Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

#### **Detalhamento das ações:**

A organização e gestão de serviço terá sucesso com a colaboração de toda equipe. Na reunião da equipe, vamos falar sobre o impacto positivo de um bom acolhimento e sua contribuição no bem-estar dos usuários. Os usuários vão ser agendados pela recepção para o dia já estabelecido da ação programática. E os que chegarem por demanda espontânea, com riscos, serão atendidos no momento. Cada semana vamos avaliar estados dos diferentes equipamentos destinados a avaliação das pessoas hipertensas e diabéticas, também vamos assegurar que tenhamos remédios suficientes para suprir as necessidades dos cidadãos da área, para isso vamos fazer revisão quinzenal de estoques de medicamentos, se de repente estiverem em falta, iremos notificar os responsáveis para providenciar. Iremos revisar a qualidade dos registros e sempre estaremos avaliando se correspondem a nossa proposta e se estamos cumprindo nosso objetivo. Para os registros das informações dos usuários, vamos utilizar a Ficha Espelho que contém todas as informações sobre o acompanhamento do usuário, o que nos dará possibilidade de realizar o monitoramento das ações.

#### **Eixo Engajamento público**

- Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

### **Detalhamento de ações:**

A equipe tem a responsabilidade de expor para a comunidade os programas da UBSF destinados ao atendimento deles, para isto vamos aproveitar a reunião com a comunidade ou através das atividades educativas para orientar as pessoas sobre seu próprio cuidado, por exemplo, orientação sobre identificação dos fatores de risco, rastreamento da DM assim como avaliação de rotina da pressão arterial. Para isto, devemos ampliar nosso contato com a população adstrita para a troca das informações. As informações também ocorrerão durante as consultas e visitas domiciliares e todos os profissionais participarão, uma vez que será realizada capacitação dos profissionais com base nos protocolos do Ministério da Saúde.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento das ações:** A capacitação dos ACS é muito importante no acompanhamento dos usuários, por isso o médico e a enfermeira, através do protocolo e na reunião da equipe, vão esclarecer estes e os demais profissionais para atender corretamente os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área, para isso vamos usar diferentes recursos, tais como os slides e ferramentas de estudo relacionado aos cadernos de atenção básica de HAS e DM. Dessa forma, na reunião da equipe, vamos detalhar os protocolos de HAS e DM através de rodas de conversas. Cada profissional vai ter possibilidade de interagir e expor sua dúvida, caso necessário. Vamos fazer ênfase sobre as técnicas básicas, por exemplo, o uso correto dos instrumentos de trabalho tais como manguito, glicosímetro, incluindo critérios para o diagnóstico dessas doenças. O médico e a enfermeira estarão presentes na capacitação dos ACS e no desempenho cotidiano da UBS. Além disso, estarão revisando com eles a forma correta de cadastrar os usuários, baseado na orientação do protocolo.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade)

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na Unidade de Saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes

## **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.
- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento das ações:** Os atores principais para agilidade dessas ações serão o médico e a enfermeira. Esses profissionais vão realizar a avaliação geral dos usuários. A cada consulta, será necessário revisar cuidadosamente o seguimento dos hipertensos e diabéticos, oferecendo um atendimento integral, focando no exame físico específico deles, por exemplo, exame físico dos pés das pessoas diabéticas. Além disso, estarão revisando se os exames complementares estão em dia, se os usuários estão tendo acesso aos remédios recomendados. Também

vão garantir avaliação interdisciplinar, como por exemplo, os usuários devem ter garantido a vaga para sua avaliação odontológica. Para tal será utilizada a ficha espelho do programa.

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

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas e hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes e hipertensão arterial que necessitem de consulta especializada.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes

provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento das ações:**

Na primeira reunião de equipe, antes da intervenção, vamos distribuir os papéis de cada profissional em relação às ações da intervenção. A organização do serviço deve ser um desempenho constante, na reunião da equipe, vamos lembrar cada membro da sua contribuição na gestão do serviço. O papel de cada membro deve estar bem definido e a cada fim de expediente, devemos observar se não há algumas falhas a fim de não cometer os mesmos erros no expediente seguinte. Ou seja, a organização e gestão de serviço estará sujeito a revisão contínua para garantir o bom funcionamento da UBS.

#### **Eixo Engajamento Público**

##### Ações:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes.
- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os exames.
- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

**Detalhamento das ações:**

O engajamento público está presente na carta de direitos dos usuários. O papel da equipe é acompanhar a comunidade para ter acesso a um atendimento de qualidade. Porém, será nosso labor incentivar os cidadãos na busca da obtenção das necessidades básicas para seu próprio engajamento na melhoria da qualidade de vida, através das orientações educativas. As orientações serão realizadas durante as consultas, além de palestras educativas na UBSF.

**Eixo Qualificação da prática clínica****Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento das ações:**

A qualificação deve seguir a cada reunião da equipe; juntos devemos revisar o protocolo para atualizar nosso conhecimento. Todos os membros da equipe devem intervir e contribuir na capacitação coletiva. Para isto, vamos escolher além da reunião da equipe de rotina, uma data programada que será dedicada, na prática, às ferramentas de trabalho.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ações:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

#### **Detalhamento das ações:**

A cada consulta o médico deve informar aos usuários a data da próxima consulta. Também na caderneta de controle, vamos inserir todas as informações previstas nas consultas dos hipertensos e diabéticos a fim garantir a regularidade das avaliações. As fichas espelho serão preenchidas a cada consulta e durante a semana, em reunião de equipe, vamos identificar os usuários faltosos às consultas. Posteriormente, vamos organizar as visitas domiciliares, tendo estes usuários prioridade. Após realizada a busca ativa, os usuários poderão ser reagendados para o próximo dia de consulta ou nas vagas de demanda espontânea, conforme necessidade.

### **Eixo Organização e gestão de serviço.**

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento das ações:** O médico e a enfermeira realizam quatro visitas domiciliares ao mês; já os ACS visitam todos os dias as famílias. Em cada família que iremos visitando, além da rotina, vamos priorizar a investigação de faltosos e minuciosa da detecção precoce de HAS e DM. Também vamos ajustar nosso agendamento deixando sempre duas vagas suplementares especificamente para os usuários provenientes das buscas.

## **Eixo Engajamento Público**

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento das ações:** São informações que vão ser divulgadas através de ações educativas coletivas ou individuais, através de palestras e com grupos de hipertensos e/ou diabéticos de nossa área.

## **Eixo Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

### **Detalhamento das ações:**

O médico, a enfermeira e a dentista irão capacitando-os de forma contínua, usando como fonte de informação o protocolo. As capacitações ocorrerão durante as reuniões de equipe e no contato diário com os ACS.

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

**Metas 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Metas 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

## **Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

**Detalhamento das ações:** Os registros serão sujeitos a revisão constante pelo médico, a enfermeira e a dentista e geralmente essa atividade será realizada a cada fim de expediente, tendo a Ficha Espelho e Planilha de Coleta de Dados como importantes ferramentas neste processo.

## **Eixo organização e gestão de serviço**

### **Ações:**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### **Detalhamento das ações:**

Além do médico, a enfermeira e a dentista serão os profissionais responsáveis pela supervisão geral da qualidade dos registros. Qualquer atraso de informações, exames ou consultas ou não realização de estratificação devem ser mencionados na reunião da equipe para resolver de imediato o problema. As fichas espelho são um sistema de registro que possibilitará identificar as pendências do acompanhamento de cada usuário, permitindo a organização de busca ativa dos usuários pendentes. Em cada ficha com pendências, será anexada uma anotação em colorido, para chamar a atenção da equipe. Da mesma forma, a planilha de coleta de dados, nos dará uma informação panorâmica do acompanhamento, informando em quais usuários precisamos investir mais para a adesão das ações.

## **Eixo Engajamento público**

Ações:

- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes na comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **Detalhamento das ações:**

As orientações ocorrerão durante as consultas individuais, bem como através de palestras e ações de educação em saúde, com a participação de todos os colegas.

## **Eixo qualificação da prática clínica:**

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

### **Detalhamento das ações:**

Será papel fundamental do médico, da enfermeira e da dentista a capacitação da equipe também nesses quesitos relacionados ao registro adequado; ocorrerá na reunião da equipe.

## **Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

## **Eixo Monitoramento e avaliação.**

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento das ações:**

Tanto o médico como a enfermeira, através de visitas domiciliares ou consultas agendadas, deverão verificar a estratificação de risco dos usuários, baseado nos cadernos de atenção básica números 36 e 37. As Fichas Espelho e Planilha de Coleta de Dados nos possibilitarão identificar as pendências de acompanhamento.

**Eixo de organização e gestão de serviço:**

Ações:

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento das ações:**

É muito importante priorizar os usuários de alto risco devido à possibilidade de comprometer a vida. Além das consultas agendadas, iremos deixar duas vagas para demanda espontânea dos usuários dessa categoria e serão de prioridade no atendimento assim como o seu acolhimento desde a recepção.

**Eixo Engajamento público.**

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento das ações:**

Será papel de toda equipe, principalmente do médico, dos ACS e da enfermeira, bem como da dentista. A via de execução dessas ações será através de visitas domiciliares e/ou ações de educação em saúde coletiva ou individual.

### **Eixo Qualificação da prática clínica**

Ações:

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

#### **Detalhamento das ações:**

É papel do médico, da enfermeira e da dentista promover as capacitações à equipe, através da reunião da equipe ou do dia específico que iremos escolhendo para esse desempenho.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Metas 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Metas 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

### **Eixo Monitoramento e avaliação**

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e diabetes.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

#### **Detalhamento das ações:**

O médico, a enfermeira, os ACS e a dentista se envolverão nestas ações. Durante os atendimentos clínicos individuais, os usuários receberão tais orientações. Através da reunião da equipe, definiremos o momento propício para realizar atividades de educação coletiva visada na orientação dos usuários sobre a prática de atividade física, orientação nutricional e cuidado bucal. A ficha espelho guiará o monitoramento.

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

Ações:

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

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento das ações:** Além do desempenho dos profissionais, vamos precisar ajuda e apoio de outras disciplinas, como nutricionista e ambulatorios de tratamento de fumantes da rede municipal de saúde de Manaus. Para isto a equipe deve solicitar aos gestores a parceria com estes profissionais, para suprir esta necessidade.

### **Eixo Engajamento público.**

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar pessoas com diabetes, hipertensão arterial e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e da diabetes.

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar as pessoas com hipertensão, com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

### **Detalhamento das ações:**

Essas ações vão ser executadas durante a educação coletiva ou durante o atendimento individual dos usuários. Todos os colegas de

equipe, cada um dentro de seu campo de atuação, deverão estar aptos para este tipo de orientação.

### **Eixo Qualificação da prática clínica**

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

#### **Detalhamento das ações:**

Através da reunião da equipe, conforme o conteúdo do Protocolo do Ministério da Saúde, o médico, com o apoio da enfermeira e da dentista, deverá conduzir tais capacitações.

### **2.3.2 Indicadores**

*Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas*

Meta 1.1 Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS

Meta 1.2. Cadastrar 100% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5:** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6:** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

**Indicador 2.7:** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

**Indicador 2.8:** Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

**Indicador 2.9:** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

*Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes*

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

*Objetivo 4: Melhorar o registro das informações*

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 4.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 4.2:** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

*Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.*

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 5.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2:** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

*Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.*

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.5:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### 2.3.3 Logística

Buscando o sucesso junto a intervenção no programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus iremos adotar os Protocolos do Ministério da Saúde “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (cadernos 36 e 37 de 2013). Utilizaremos a ficha-espelho/registro específico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes disponibilizadas pelo curso de especialização da UFPel (Anexo C), que contém todos os dados que necessitamos para fazer nossa intervenção.

Para a execução das ações do **Eixo Monitoramento e Avaliação**, iremos avaliar e acompanhar através da ficha espelho do programa, todos os usuários diabéticos e hipertensos registrados na UBSF, além dos novos usuários que pretendemos identificar. A cada consulta específica na UBSF, por exemplo, as quintas-feiras, iremos fazendo avaliação clínico-laboratorial dos usuários. O médico e a enfermeira irão fazer o exame físico integral, indicar os exames estabelecidos por protocolo e dar seguimento as avaliações dos resultados. Para cada usuário avaliado, realizaremos o acompanhamento das consultas atualizadas de acordo a periodicidade das consultas estabelecidas. Iremos realizar a avaliação sistemática de risco para todos os usuários atendidos, sobretudo o componente cardiovascular.

A equipe, especificamente o profissional que atende a parte administrativa da UBSF, irá supervisionar os medicamentos que temos em nossa farmácia e em caso de carência, vamos notificar aos gestores para providenciar. Os usuários diabéticos e hipertensos de nossa área, todas as terças-feiras são atendidos pela dentista e vai ser uma ótima oportunidade para verificar se todos os usuários têm sido avaliados pela parte odontológica. Na reunião da equipe na UBSF vamos insistir na qualidade dos registros e cada semana devemos revisar se esses registros estão bem organizados. Para o registro das ações, utilizaremos as fichas espelho que terão informações de todo o acompanhamento dos usuários, o que nos possibilitará o acompanhamento e monitoramento da situação de cada usuário, identificando pendências e organizando buscas ativa. Além da ficha espelho sugerida pela especialização, será utilizada, para o registro dos atendimentos odontológicos, a ficha de registros que a dentista já utiliza na sua rotina de trabalho.

Serão impressas pelo menos vinte e cinco (25) fichas espelho por semana na própria unidade. As informações serão repassadas para a Planilha de Coleta de Dados (Anexo B), semanalmente, de forma que teremos um monitoramento e visualização panorâmica da intervenção e acompanhamento dos usuários, ao identificar os usuários que estão em dia com o acompanhamento e os que precisamos buscar, além de nos dar a direção semanal em relação ao cumprimento de nossas metas.

Para a execução das ações do **Eixo Organização e Gestão do Serviço**, teremos a quinta-feira para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos do território da equipe. No entanto, serão deixadas, a cada turno de atendimento, duas vagas de demanda espontânea na agenda para que os usuários que não possam ser atendidos na quinta-feira ou forem buscados possam ser atendidos neste dia. O agendamento será realizado na recepção. Para o acolhimento, ficarão responsáveis todos os profissionais da equipe, sendo que assim que os usuários chegarem na UBSF, serão recepcionados pela técnica de enfermagem que irá realizar a aferição da pressão arterial, do peso e da altura, bem como realizará a escuta qualificada. Posteriormente, a enfermeira realizará a escuta e a classificação do risco. Se o usuário apresentar alguma urgência, ele será atendido no mesmo momento, pelo médico da equipe. Para outras situações, o usuário poderá ser atendido no mesmo dia, nas vagas de demanda espontânea ou agendaremos a consulta o mais rápido possível, sendo cumprida a sua consulta de acordo com a periodicidade estabelecida. Organizaremos as buscas ativas dos faltosos semanalmente, identificando os faltosos às consultas semanais e solicitando aos ACS para fazerem as visitas domiciliares e buscarem estes usuários. Em caso de maior necessidade, também participarão das visitas o médico e enfermeira.

Para a execução das ações do **Eixo Engajamento Público**, durante as visitas domiciliares diária pelos ACS, durante atendimento do médico ou enfermeira por consultas agendadas nas quintas-feiras ou na reunião com diferentes grupos da comunidade, iremos informando os usuários de nossa área sobre o programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Informaremos dos diferentes horários para serem atendidos e a importância de realizar as consultas marcadas. Toda essa informação tem que ser muito clara para a comunidade, iremos pesquisando o ponto de vista deles sobre os programas e também devemos evitar excesso de agendamento de faltosos para garantir a rotina normal de funcionamento da UBSF. Quinzenalmente, nas tardes das quintas-feiras, na UBSF ou outro local próprio da área adstrita, o médico e a enfermeira auxiliados pelos ACS irão realizando atividades educativas coletivas ou individuais

na comunidade com grupos de hipertensos e diabéticos. Iremos informando através de palestras a importância de medir a pressão arterial e rastreamento de DM.

O médico, bem como a enfermeira, vai orientar a comunidade sobre a importância da sua avaliação global, por exemplo, exame dos pés, dos pulsos e extremidades. O médico e enfermeira irão realizar ações de educação em saúde com os usuários sobre os fatores de risco cardiovasculares e neurológicos. Também iremos ajudando aos cidadãos no reconhecimento dos seus direitos de serem atendidos e ter acesso aos remédios. Quando os encontros com os usuários forem na própria UBSF, iremos usar a comunicação verbal ou palestras e quando as atividades forem em outro local, mais amplo, podemos usar slides ou qualquer tipo de suporte informático com objetivo de facilitar o fluxo da informação de uma maneira explícita. Antes das atividades, durante as visitas domiciliares ou através das consultas na própria UBSF, iremos avisando aos usuários do horário e data que serão realizadas as atividades e aproveitaremos para incentivar as pessoas a participar, mostrando a importância dessa reunião.

No mesmo contexto de engajamento público, a equipe está pensando planejar com lideranças comunitárias da área, por exemplo as igrejas, associações de bairro ou qualquer órgão específico da comunidade para falar sobre a importância de ação programática e solicitar apoio para a captação dos usuários às ações que serão implementadas na UBSF.

Para a execução das ações do **Eixo de Qualificação da Prática Clínica**, na reunião da equipe que realizamos uma vez na semana, o médico irá treinando os ACS sobre avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos. O profissional irá usar como guia o protocolo do MS para orientar adequadamente os ACS sobre acompanhamento global desses usuários. Além disso, o médico ou a enfermeira irá informando toda equipe sobre exame clínico apropriado a esses usuários, para ilustrar, vai usar as diferentes recomendações do protocolo para fortalecer o conhecimento de todos os membros da equipe. Os ACS vão participar ativamente na orientação dos usuários sobre a periodicidade das

consultas, por isto a enfermeira e o médico serão os atores principais na formação e treinamentos dos ACS, usando o protocolo como apoio didático. O médico e/ou enfermeira irá fornecendo aos ACS todas as informações necessárias para influenciar na mudança de estilo e controle dos fatores de risco que podem contribuir no agravamento da doença de base. Além de tudo, o protocolo será acessível para os ACS como uma lembrança para facilitar o seu desempenho. Para que seja mais prático o treinamento, usaremos recursos disponíveis na UBSF, tais como cartazes e equipamentos de trabalho; também poderemos usar slides que temos ao nosso alcance.



### **3. Relatório da Intervenção**

O foco de intervenção escolhido foi desenvolvido junto a ação programática de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). As ações propostas para a intervenção tiveram duração de doze 12 semanas e foram desenvolvidas na UBSF N° 28, no município de Manaus/AM, no período de 18 de setembro a 10 de dezembro de 2015.

O objetivo principal da intervenção foi a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência. Porém, para atingi-lo, usamos como referência os protocolos do Ministério da Saúde, cadernos de atenção básica nº 36 e 37, de 2013. As ações foram desenvolvidas sobre os quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

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

De modo geral, a implementação das atividades foi desenvolvida quase que integralmente, de acordo ao que foi planejado no cronograma e baseado nos quatros eixos pedagógicos do curso. Durante as doze semanas da intervenção, conseguimos adaptar a rotina da UBSF com a implementação da intervenção, sem prejudicar o padrão do serviço já existente, ou seja, os demais usuários não ficaram prejudicados no que tange aos demais serviços prestados. Conseguimos capacitar os profissionais conforme o padrão estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde. Seria muito difícil um trabalho de qualidade sem uma boa capacitação dos profissionais da equipe; o resultado foi positivo e a abordagem das pessoas hipertensas e diabéticas pelos profissionais nas visitas domiciliares, nas consultas programadas e

durante os atendimentos espontâneos foi realizada corretamente, enfatizando sempre um bom acolhimento, que é a ponte indissociável entre a equipe e os usuários.

As capacitações foram realizadas na UBSF nº 28 em dois momentos: 30 minutos antes de cada segundo expediente do dia e uma hora na quinta-feira, da tarde de reunião da equipe. Geralmente participaram todos os membros da equipe. Nossa referência e material de estudo foi o protocolo do Ministério da Saúde; além disso, tivemos como rotina a utilização de slides como um apoio didático adicional para reforçar o conhecimento dos integrantes da equipe. Comumente revisamos juntos os capítulos baseados nas orientações de abordagem correta daqueles usuários. Sempre houve um espaço livre para perguntas sobre o tema e para sanar as dúvidas. Tudo isso foi possível devido a uma boa prática de qualificação clínica. O médico e a enfermeira foram os responsáveis por essas atividades.

Conseguimos organizar os serviços distribuindo o papel de cada funcionário, isso facilitou a agilização da execução das atividades evitando sobrecarga para cada membro. Lembramos que a baixa cobertura a estes usuários, identificada na Unidade 1, é porque não havia uma busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos de nossa área. Através das estratégias e ações propostas pelo projeto, conseguimos captar as pessoas hipertensas e diabéticas faltosas que não estavam acompanhadas pelo serviço. Conseguimos atendê-los e educá-los de forma individual, coletiva ou na reunião com grupos específicos, sobre a importância do seu atendimento e orientar sobre a mudança de estilo de vida. Também conseguimos organizar os registros da população alvo, de maneira que as informações estão mais concretas e acessíveis.

Na reunião da equipe sempre relatamos que a organização do serviço nos permite garantir o acolhimento de qualidade às pessoas. O acolhimento era igual para todos os usuários, na recepção, no atendimento pelas consultas programadas ou espontâneas; recebemos de forma padronizada todos os usuários, sem discriminação. Geralmente o atendimento das pessoas diabéticas e hipertensas foi realizado duas vezes na semana, deixando sempre

duas vagas suplementares para consultas espontâneas. Fizemos revisão quinzenal de estoques dos remédios, revisões constantes de materiais de trabalho e o acompanhamento dos usuários era registrado na ficha espelho. As fichas espelho são um sistema de registro que possibilitam identificar as pendências do acompanhamento de cada usuário, permitindo a organização de busca ativa dos usuários faltosos. Em cada ficha com pendências, foi anexada uma anotação em colorido, para chamar a atenção da equipe.

Da mesma forma, a planilha de coleta de dados nos deu uma informação panorâmica do acompanhamento, informando em quais usuários precisávamos investir mais para a adesão das ações. A ficha espelho era sujeita a revisão constante para investigar se não havia irregularidade. O médico e a enfermeira realizam quatro visitas domiciliares ao mês e os ACS diariamente; assim procurávamos os faltosos e acompanhávamos as famílias já conhecidas pela equipe. Esse trabalho foi possível devido a dedicação direta de cada membro da equipe, o que permitiu a viabilidade da relação da equipe com os cidadãos de área. Estas atividades foram realizadas conforme o cronograma do projeto e as diretrizes dos eixos do curso.

O contato entre as pessoas de nossa área de abrangência e a equipe foi mais dinâmico e conseguimos estabelecer um vínculo mais estreito. Em regra, o acolhimento era realizado na recepção por um profissional e continuou nas consultas com o médico e/ou enfermeira. Os agendamentos desses usuários eram realizados semanalmente na UBSF pelo profissional que fica na recepção ou podiam ser agendados durante as visitas domiciliares, pelos ACS, pelo médico ou a enfermeira, se fosse necessário. No dia correspondente ao programa HIPERDIA, o médico ou a enfermeira avaliavam mais de 16 pessoas hipertensas e/ou diabéticas. Se precisassem de um atendimento no dia, sempre haviam vagas disponíveis para eles. Desde o primeiro encontro, tratávamos as pessoas com carinho e respeito, é um de nossos pontos fortes, que garantem o sucesso de nosso trabalho. Todas as pessoas avaliadas já sabem como identificar os fatores de risco, já sabem a importância de uma dieta saudável e exercício físico regular.

Durante o período da intervenção, acreditamos que a qualidade de vida de muitos desses usuários melhorou bastante, devido ao monitoramento das atividades. O monitoramento foi realizado semanalmente pelo médico e a enfermeira. Cuidadosamente revisávamos as fichas espelho de cada usuário avaliado, para saber se estávamos cumprindo com todos os parâmetros de avaliação estabelecidos. A cada consulta, preenchíamos a ficha espelho e semanalmente revisávamos todas as fichas para saber se haviam faltosos às consultas, para posteriormente serem buscados nas visitas domiciliares. Tudo isso nos permitiu manter a periodicidade das consultas dos usuários e atualização dos dados dos mesmos. O médico e/ou a enfermeira avaliavam cada pessoa hipertensa e/ou diabética de forma integral, fazíamos a promoção de saúde de forma individual ou coletiva conforme as datas programadas.

Todos os usuários avaliados, ao sair da consulta, já sabiam a data da próxima consulta. Além disso, a equipe garantiu a avaliação interdisciplinar dos usuários, por exemplo, foram encaminhados para orientação nutricional quando necessário. Paralelamente, houveram consultas odontológicas para eles. O cronograma de atendimento odontológico na UBSF permite atendimentos para os idosos, os usuários hipertensos, diabéticos, as gestantes, as crianças, adolescentes e adultos. Na UBSF a equipe odontológica realiza 70 procedimentos por semana, o que seria 272 procedimentos por mês em dias úteis. A dentista trabalha de segunda até quinta-feira e as atividades realizam-se durante dois turnos, manhã e tarde. Durante o processo de trabalho, ela faz tratamento básico, faz cirurgia menor e também faz tratamento de urgência. Existem outras atividades, tais como: cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, cobertura de primeira consulta odontológica programática. As informações dos atendimentos foram registradas numa ficha denominada assistência odontológica, já utilizada pela dentista do serviço.

Incentivamos a população na implicação de tomada de decisão concreta no seu próprio engajamento para a melhoria de qualidade de vida. A prevenção era uma ferramenta promovida durante todas as nossas atividades e usamos todos os recursos disponíveis para veicular as informações. Queremos ressaltar que o cadastramento das pessoas captadas foi realizado

paulatinamente e atualmente isso nos deu uma ideia global sobre a estimativa real de pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área. Expomos à comunidade as atividades desenvolvidas pela equipe de forma individual ou na reunião realizada com os diferentes grupos sociais da comunidade. Incentivamos seu próprio cuidado e discutimos sobre a mudança de estilo de vida. As pessoas sabiam a importância de ser avaliados pelos profissionais da equipe e sabiam como identificar ou evitar os fatores que podem agravar a doença de base. Todas essas informações foram divulgadas na nossa reunião com a comunidade através da educação coletiva.

A facilidade da execução do projeto em nossa comunidade foi a recepção dos cidadãos de nossa área; o bom acolhimento foi o motor das atividades. Todas as ações foram realizadas com o prévio consentimento dos usuários da área e eles testificam o quanto é importante continuar com as atividades. A principal dificuldade era o número reduzido de ACS. Nossa UBSF deveria ter sete ACS, mas estamos trabalhando com apenas quatro, o que explica a falta de cobertura de algumas microáreas. Tudo isso dificulta um pouco a velocidade do trabalho, pois queríamos que todos os membros da equipe ficassem confortáveis, sem esforçar nem sobrecarregar ninguém. Também na trajetória das atividades não contávamos com a enfermeira em alguns períodos, devido a problemas de saúde, por isso nas últimas semanas da intervenção as dificuldades foram acentuadas, mas conseguimos avançar.

Também outro aspecto negativo foi em relação a dificuldade para realizar os exames laboratoriais, por vezes demoram tanto que o usuário acaba desistindo. Também houve dificuldade para vagas de encaminhamento para especialista. Mas notificamos e solicitamos apoio dos gestores, por isso essa situação melhorou bastante e esperamos, no futuro, garantir uma agilização mais efetiva desses procedimentos.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, tem a ver com alguns fatos alheios a nossa vontade. Durante a primeira semana da

intervenção, foi planejado o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de ação programática e solicitar apoio para a captação dos usuários e demais ações que seriam implementadas na UBSF. Algo que não conseguimos realizar na data prevista devido a falta de tempo, que não foi propício para encontrar esses líderes devido a sua pouca disponibilidade. Mas conseguimos recuperar esse atraso na terceira semana da intervenção. Fizemos contato com igrejas, com grupos de associação de bairro, também tivemos a oportunidade de encontrar uma organização de grupo de idosos. Tivemos a chance de expor o projeto, falar das atividades que estão desenvolvidas na UBSF.

Também a equipe deixou folhetos elaborados pela Secretaria de Saúde com informações educativas sobre o cuidado das pessoas hipertensas e diabéticas. Esse contato ajudou bastante, porque muitas pessoas foram encaminhadas para atendimentos depois de informações fornecidas por esses órgãos. Como relatamos, houve a redução dos profissionais, o que prejudicou as visitas domiciliares de todas as microáreas vinculadas a UBSF nº 28, mas ficamos satisfeitos pelos esforços da equipe, além do feedback positivo da população, o que já é uma vantagem para que haja continuidade às atividades da intervenção em nossa rotina.

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

Antes do início do projeto, as dificuldades relacionadas com as ferramentas de execução das atividades foram baseadas nas planilhas. As dúvidas dos membros da equipe foram focalizadas em como manejar ou interpretar os dados das planilhas. Esse problema era natural porque a equipe não tinha o hábito de usar essas ferramentas de trabalho. Mas tivemos um espaço de tempo prévio ao início das atividades para treinar e se acostumar com as ferramentas, principalmente a planilha de coletas de dados. Depois dessas práticas, conseguimos habilidades, isso nos ajudou a sanar as dificuldades e ao longo de desenvolvimento do projeto, conseguimos superar essa confusão. Desde então, não houve mais dificuldades na coleta e

sistematização de dados relativos à intervenção. A inserção dos dados na planilha, o fechamento das planilhas de coletas de dados e surgimento do cálculo automático dos indicadores foram realizados corretamente.

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

O motivo primordial da implementação do projeto na UBSF nº 28 era dar uma resposta à falta de cobertura das pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área. As informações encontradas com a avaliação das ações programáticas durante a Unidade 1, da análise situacional, a visualização do caderno de ações programáticas e conhecendo a realidade de nossa área, nos estimulou na incorporação das ações previstas no projeto na rotina de nosso serviço.

Após a introdução das atividades em nosso serviço, observamos que houve um aumento considerável dos indicadores de cobertura e de qualidade vinculadas as pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área. Tudo isso nos deu aval para a permanência e/ou incorporação das ações do projeto em nossa rotina. Essa incorporação é viável e indiscutível para o melhoramento da qualidade de vida dos cidadãos. Além de isso, são compatíveis com os demais programas já existentes em nosso serviço. Para tanto, contamos com o apoio de nossa equipe para que seja continuada a estratégia do projeto. É um modelo adaptado a nossa realidade; sua continuidade vai contribuir no aprimoramento de um atendimento de qualidade e acreditamos que o impacto será ainda maior na melhoria da qualidade de vida desses usuários.

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

A seguir, apresentamos os resultados da intervenção que fora realizada na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM. A população total está estimada em 4000 habitantes. Na área adstrita, a população alvo eleita para a intervenção estava estimada em 608 usuários hipertensos e 150 usuários diabéticos, de acordo com os dados da Planilha de Coleta de Dados, proposta pelo curso de especialização. A dita intervenção foi realizada no período de 3 meses e teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus nessa unidade de saúde.

***Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.***

**Meta 1.1** Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta 1.2.** Cadastrar 100% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

No primeiro mês de intervenção foram cadastradas 130 pessoas hipertensas e 58 pessoas diabéticas, o que correspondeu, respectivamente, a 21,4% de cobertura dos hipertensos e 38,7% dos diabéticos. No segundo mês, foram cadastradas 255 pessoas hipertensas e 96 pessoas diabéticas, o que correspondeu a 41,9% de cobertura dos hipertensos e 64% dos diabéticos. Fechamos o terceiro mês com 359 pessoas hipertensas cadastradas e 136

pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma cobertura total de 59% dos hipertensos e 90,7% dos diabéticos.

Como mencionamos acima, de acordo com os dados de planilha de coleta de dados de nossa área de abrangência, temos 608 pessoas hipertensas e 150 pessoas diabéticas em nossa área adstrita. Antes do início do projeto em nossa rotina, havia uma cobertura de 24,6% dos usuários hipertensos. A cobertura dos diabéticos era melhor, mas devido a relação concomitante entre DM e HAS, deduzimos que seria necessária uma cobertura simultaneamente boa para ambas patologias. Para reverter essa situação, o projeto foi implementado em nosso serviço num período de 3 meses com objetivo de dar uma melhor cobertura possível. Ao início tudo pareceu difícil porque trabalhamos com quantidade reduzida dos ACS, mas a determinação de toda equipe ajudou bastante a superar as dificuldades. Elogiamos os esforços de todos os membros que converteram todas as suas energias para aprimorar a abordagem dessas pessoas. Uma das atividades realizadas para atingir nosso objetivo foi o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de ação programática e solicitar apoio para a captação dos usuários e demais ações que foram implementadas na UBSF.

Entre as atividades e ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as capacitações dos profissionais, revisões constantes de planilha de coleta de dados, correções propícias das irregularidades, mantimento da periodicidade das consultas e as visitas domiciliares, nos permitiram manter uma evolução favorável da cobertura. O médico e/ou a enfermeira foram os responsáveis pelas atividades, insistimos numa avaliação integral dos usuários e todos os dados foram registrados corretamente no registro específico correspondente.

Por vezes extrapolamos nosso serviço fora da UBSF, no objetivo de ficar ainda mais perto dos cidadãos. Tudo isso mudou a qualidade de nosso atendimento e nos ajudou captar muitos usuários novos para serem atendidos em nossa UBSF. Queremos ressaltar que nosso objetivo era cadastrar e dar cobertura a 60% das pessoas hipertensas de nossa área e a 100% das pessoas diabéticas. No final da intervenção, atingimos uma cobertura de 59% da cobertura total dos hipertensos e 90,7% dos diabéticos, ou seja, chegamos muito perto de nosso objetivo e acreditamos que a continuidade das ações em

nossa rotina nos vai permitir alcançar inteiramente essa cobertura, com possibilidade de encontrar novos usuários com necessidade de ser atendidos pela UBS. Por isso vale a pena que seja continuada a intervenção em nossa unidade; nossa maior satisfação é porque a equipe já está comprometida para assegurar essa sequência.

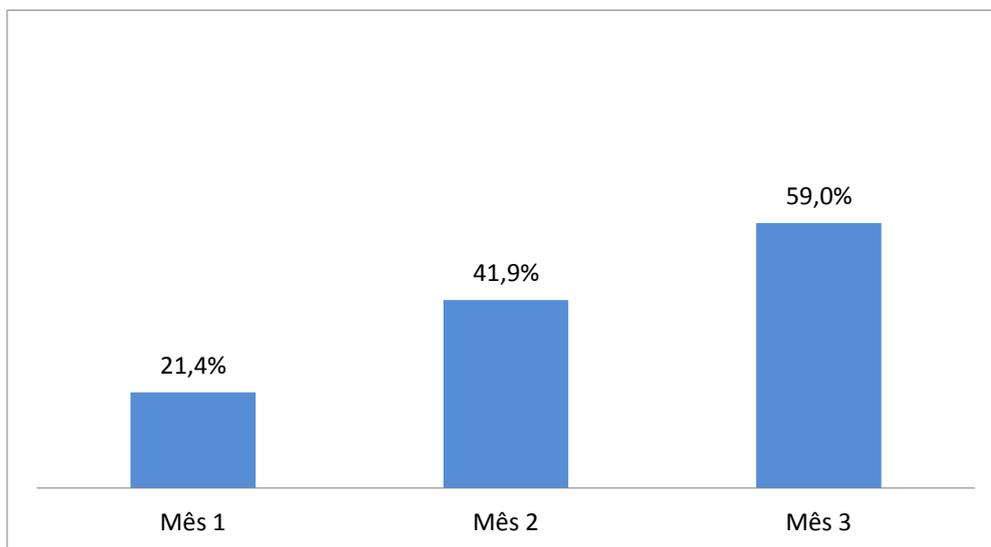


Figura 01: Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

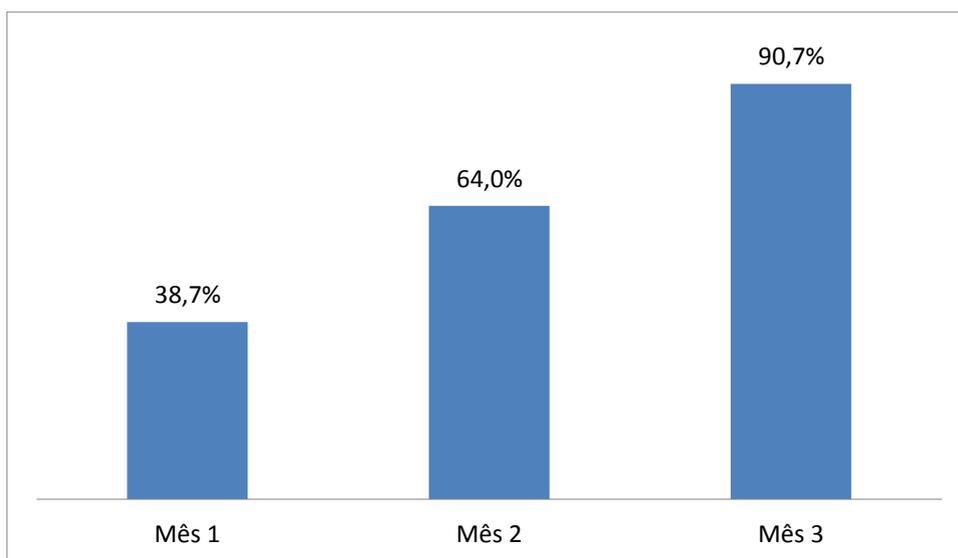


Figura 02: Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

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

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção foi realizado exame clínico para 119 pessoas hipertensas e 53 pessoas diabéticas, o que correspondeu, respectivamente, a uma proporção de 91,5% de pessoas com HAS com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo e 91,4% das pessoas diabéticas como o exame clínico em dia de acordo ao protocolo. No segundo mês, foram realizados exames clínicos para 236 pessoas hipertensas e 86 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 92,5% de pessoas hipertensas com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo e 89,6% dos diabéticos com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo. Fechamos o terceiro mês com realização de exame clínico para 359 pessoas hipertensas e 136 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 100% de realização de exame em dia para as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

O médico e/ou a enfermeira foram os responsáveis por avaliar os usuários. Nosso atendimento foi integral baseando-se no protocolo do Ministério de Saúde. Foi uma avaliação de qualidade e cuidadosa, sempre revisamos os prontuários e as fichas espelho para ver se os dados estavam atualizados. Tudo isso nos permitiu saber se foram avaliadas adequadamente as pessoas. Se existisse irregularidade ou se houvesse uma falta na aplicação do protocolo, agendávamos uma nova consulta para sanar o problema. Esse vínculo nos garantiu que os usuários fossem avaliados de acordo ao protocolo adotado e foi o que nos permitiu atingir nosso objetivo.

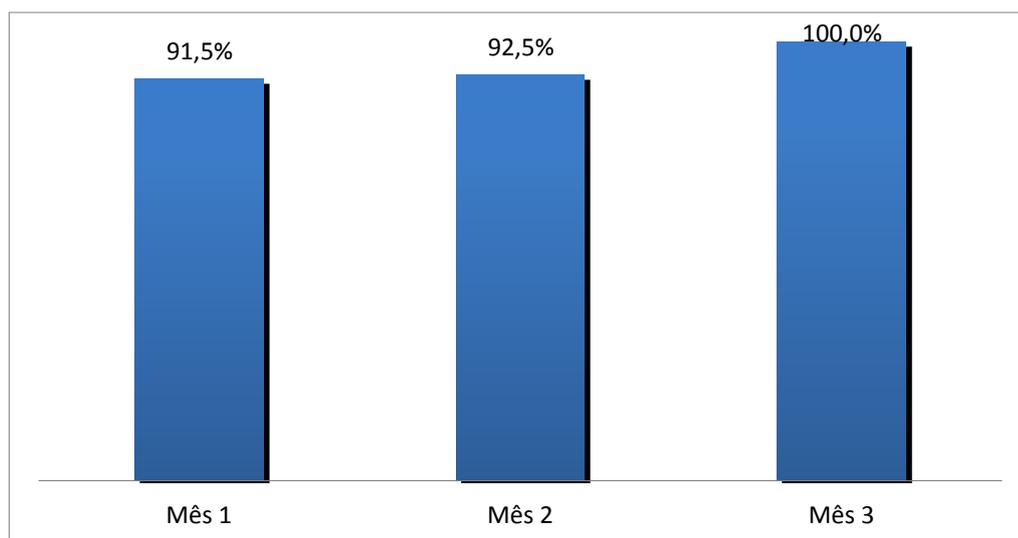


Figura 03: Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez(10) de dezembro de 2015.

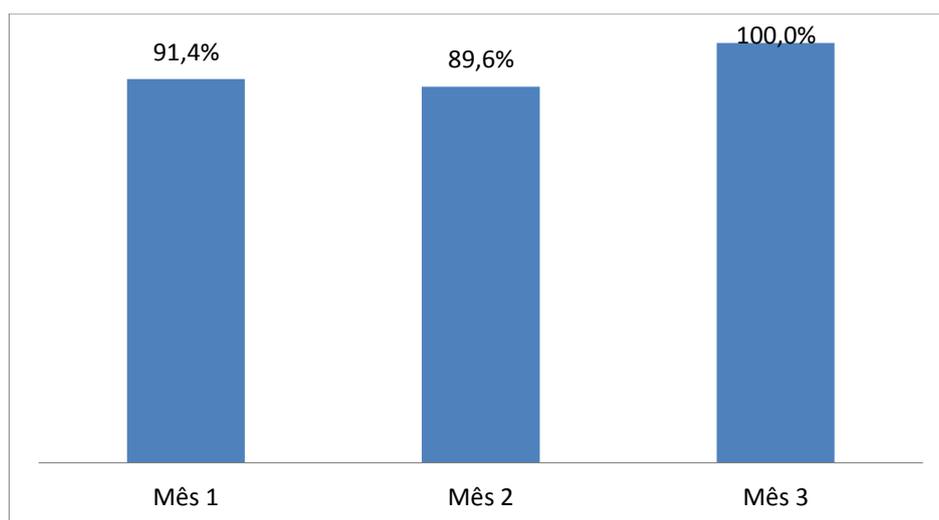


Figura 04: Gráfico de Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo na UBSF nº28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito(18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015.

**Meta 2.3.** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3:** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

No primeiro mês da intervenção, foram realizados exames dos pés para 58 pessoas com diabetes, o que correspondeu a 100% da realização desse exame; no segundo mês foram realizados exames dos pés para 96 pessoas, o que correspondeu a 100% e no terceiro mês 100% das pessoas diabéticas tiveram seus pés examinados (136 pessoas).

Os atores principais para a avaliação sistemática dos usuários foram o médico e/ou a enfermeira. A cada consulta agendada ou nas consultas espontâneas, foi realizado o exame físico integral das pessoas, fazendo ênfase no exame específico, por exemplo, o exame dos pés no caso das pessoas diabéticas. A prática do protocolo foi respeitada, além da avaliação, eles foram orientados sobre a prevenção das afeções fúngicas, conservando os pés em um estado seco. Se, de repetente, houvesse alguma afecção, tomávamos a providência de tratar os usuários ou solicitar avaliação de outra disciplina se fosse necessário. Esse tipo de atividade foi realizada de forma constante nos 3 meses de intervenção e nos permitiu cumprir com nosso objetivo de realizar exame dos pés das pessoas diabéticas durante o desenvolvimento das atividades em nossa UBSF.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5:** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção foram realizados exames complementares para 120 pessoas com HAS e 52 pessoas com DM, o que correspondeu a uma proporção de 92,3% para os hipertensos e uma proporção de 89,7% para os diabéticos. No segundo mês foram realizados exames complementares para 234 pessoas hipertensas e 89 pessoas com diabetes mellitus, o que correspondeu a uma proporção de 91,8% para os hipertensos e uma proporção de 92,7% para os diabéticos. No terceiro mês, os exames

foram realizados para 359 pessoas hipertensas e para 135 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 100% e 99,3% dos exames realizados para ambas as patologias.

Quanto a realização dos exames sempre enfrentamos dificuldades, devido as poucas vagas no sistema dos exames laboratoriais do município. A situação foi melhorada com a implementação do projeto em nossa rotina. Os gestores foram notificados pela equipe para intervir na agilização dos exames básicos. Durante os 3 meses do desenvolvimento do projeto, todas as pessoas avaliadas tiveram seus dados registrados na ficha espelho, isso nos ajudou a verificar a dinamização e o bom funcionamento das atividades. Todas as pessoas avaliadas foram encaminhadas para realizar os exames de acordo ao protocolo.

O médico e a enfermeira revisaram com periodicidade os registros, anotamos os usuários com exames complementares incompletos, atrasados ou não realizados. Na próxima consulta agendada e/ou com a ajuda dos ACS nas visitas domiciliares, atualizamos a avaliação, indicando os exames faltosos para serem avaliados na próxima consulta. O objetivo era chegar a uma proporção de 100% dos exames complementares em dia para as pessoas diabéticas e hipertensas. Cada mês, foi melhorada a realização dos exames e no terceiro mês atingimos uma proporção de 100% dos exames complementares para os hipertensos e uma proporção de 99,3% para os diabéticos. Tudo isso foi possível com a colaboração de toda equipe.

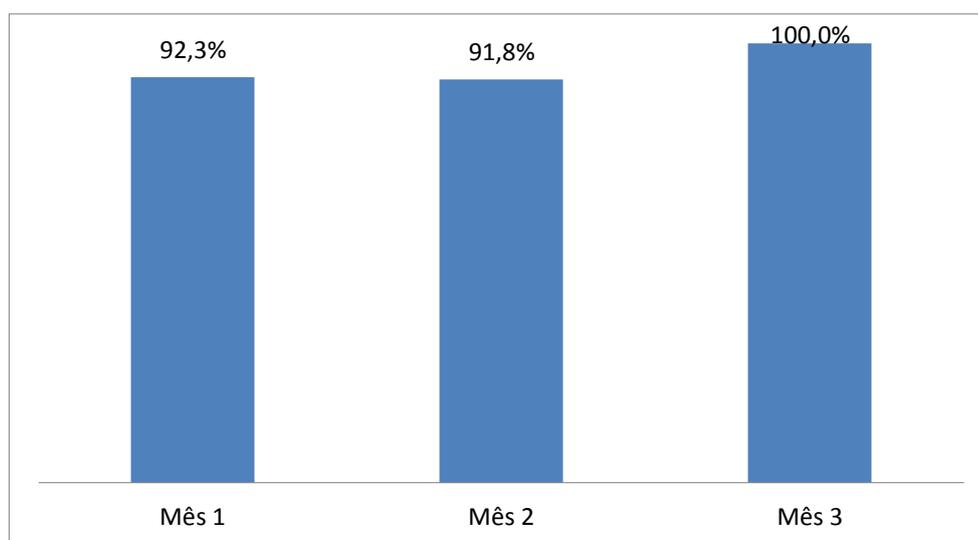


Figura 05: Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo na UBSF n°28, no município de Manaus/AM, realizado

no período de dezoito(18) de setembro 2015 a dez(10) de dezembro de 2015.

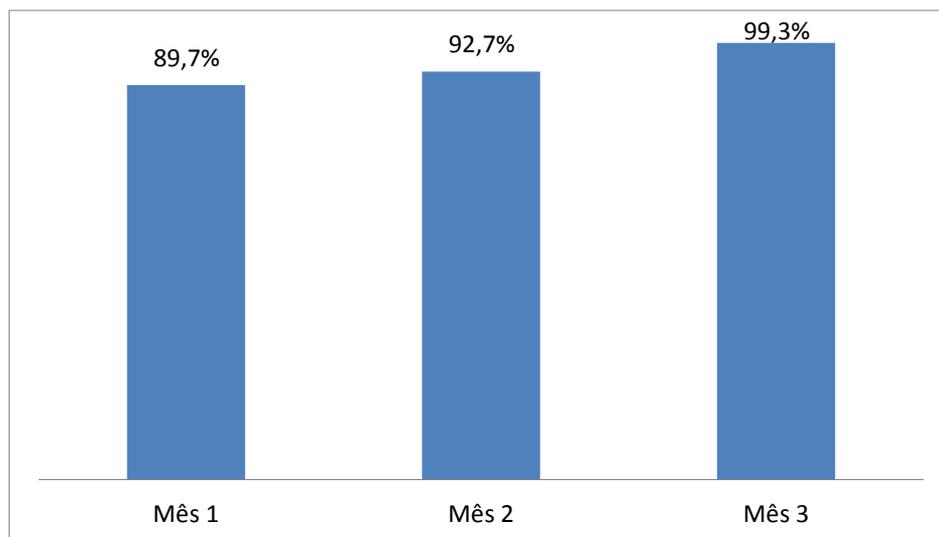


Figura 06: Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo na UBSF n°28, no município de Manaus no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6:** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

**Indicador 2.7:** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No primeiro mês da intervenção foram prescritos remédios da farmácia popular para 130 pessoas hipertensas e para 58 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 100% para os hipertensos e 100% para os diabéticos. No segundo mês foram prescritos remédios para 254 pessoas hipertensas e para 95 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 99,6% para as pessoas hipertensas e 100% dos diabéticos. No terceiro mês receberam remédios 358 pessoas hipertensas e 135 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma proporção de 99,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Queremos ressaltar que os remédios prescritos são, geralmente, da farmácia popular ou são da própria farmácia da UBSF, ou seja, são remédios de fácil acesso para os usuários. Durante os 3 meses da intervenção, fizemos revisão constante dos estoques de remédios fazendo ênfase na sua data de vencimento, da quantidade e de variedade. Se houvesse uma carência, notificávamos os gestores ou secretaria de saúde do município para providenciar. Nossa meta era chegar a uma proporção de 100%. No final da intervenção atingimos uma proporção de 99,7% para os hipertensos e 100% para os diabéticos. Isso só foi possível com a ajuda de toda equipe.

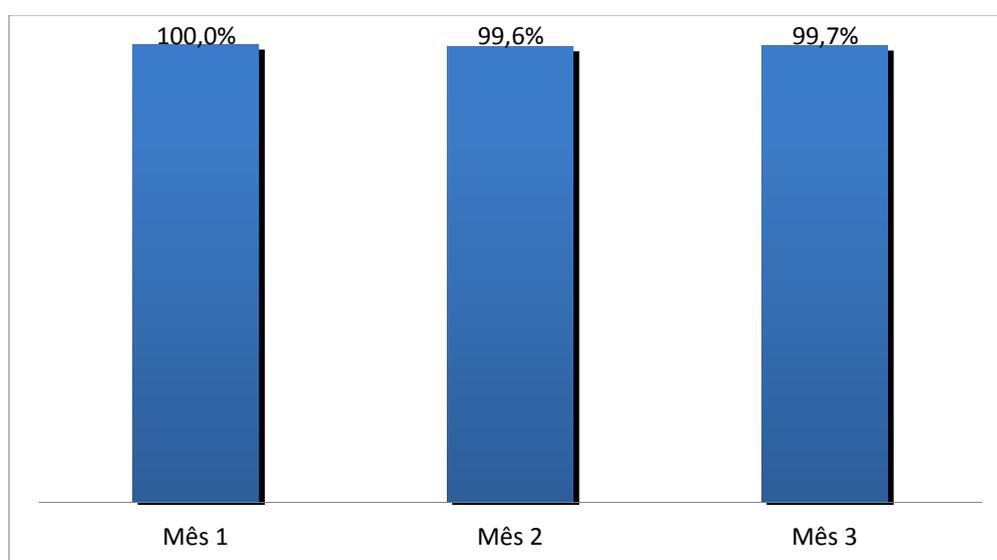


Figura 07: Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicação da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBSF n°28, no município de Manaus no período de setembro (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro 2015.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

**Indicador 2.8:** Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

**Indicador 2.9:** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês da intervenção, a proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico,

respetivamente, correspondeu a 93,8% (n=122) e 87,9% (n =51). No segundo mês, com o fortalecimento do projeto em nossa rotina, a proporção cresceu para 97,6% para os hipertensos (n=249) e 94,8% para os diabéticos (n=91). No terceiro mês da intervenção, momento mais decisivo na fase da intervenção, com a colaboração de toda equipe e o reforço nas atividades, atingimos uma proporção de avaliação de atendimento odontológico de 99,7% para os hipertensos e 99,3% para os diabéticos (HAS n=358 e DM n=135).

A avaliação de atendimento odontológico no final da intervenção para as pessoas com hipertensão e diabetes ficou muito perto da meta desejada (100%). Esse sucesso foi possível devido a colaboração de toda equipe. Queremos ressaltar que a parte odontológica participou ativamente na execução das atividades, pois toda a equipe teve uma aspiração em comum: a melhoria de qualidade de vida dos usuários de nossa área de abrangência.

O agendamento das pessoas era feito, simultaneamente, para a dentista e o médico e/ou enfermeira, de maneira que todos os usuários fossem avaliados para ambas partes da equipe. Essa estratégia fez parte da avaliação integral que promulgamos durante todo o desenvolvimento do projeto. Além disso os dados foram registrados na ficha de atendimento odontológico e sempre houve anotações dos faltosos ou aqueles que falhavam nas consultas. Eles foram buscados e posteriormente atendidos pela dentista.

Um dos fatores que influenciou positivamente no sucesso desse trabalho foi a divulgação das informações. Na reunião com os cidadãos, na reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos, insistimos sobre a importância de uma avaliação odontológica. Também nas visitas domiciliares os ACS, o médico ou a enfermeira estimularam e orientaram os usuários para serem atendidos pela dentista, ou seja, a participação ativa de todos os integrantes e a colaboração da comunidade teve um impacto positivo no resultado final da avaliação odontológica.

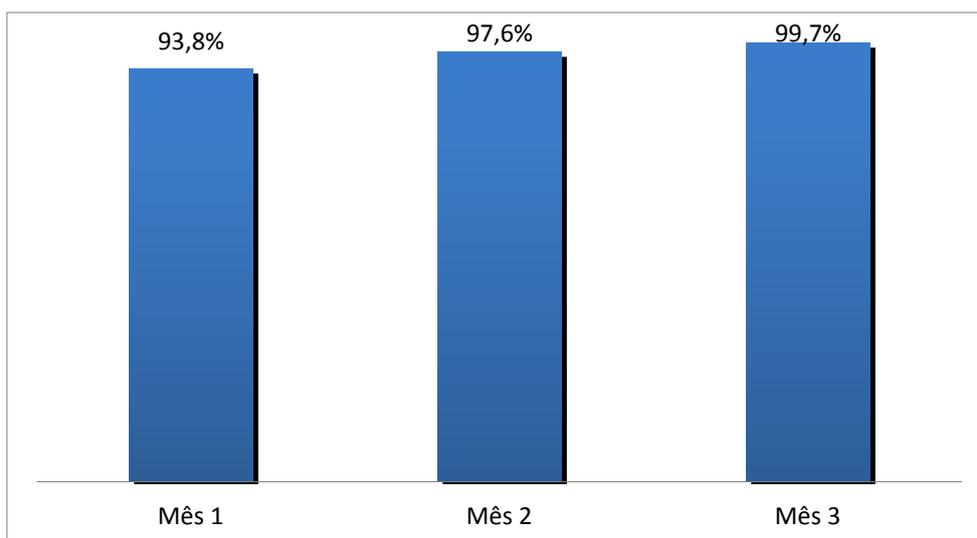


Figura 08: Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF n°28, no município de Manaus no período de Dezoito (18) de setembro 2015 à dez (10) de dezembro de 2015.

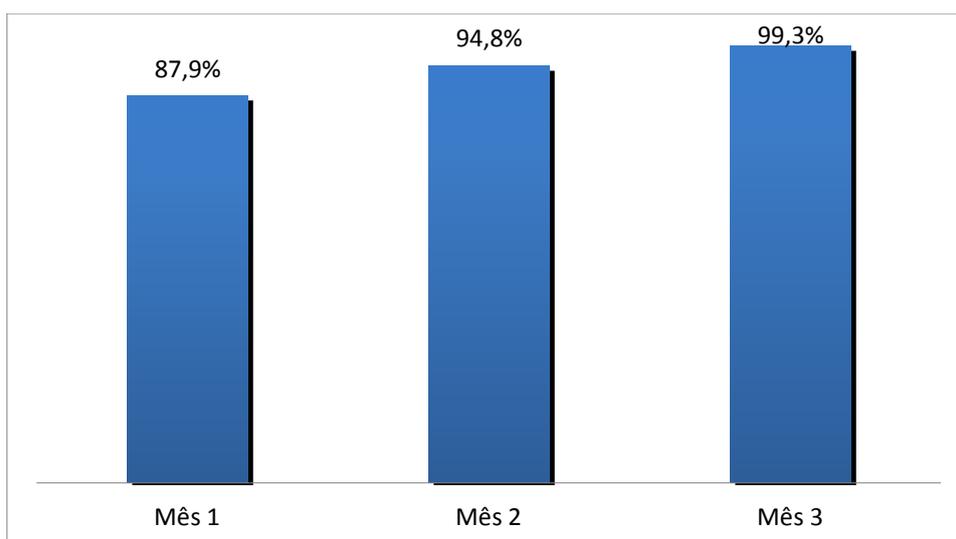


Figura 09: Gráfico de Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF n°28, no município de Manaus no período de dezoito (18) de setembro 2015 à dez (10) de dezembro de 2015.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês da intervenção a proporção de pessoas com hipertensão e diabetes faltosas as consultas médicas com busca ativa foram 100% para os hipertensos (n=6) e 100% aos diabéticos (n=2). No segundo mês para ambos a busca atingiu 100% (n=9 para os hipertensos e n=3 para os diabéticos). No terceiro mês da intervenção foram buscados também 100% dos hipertensos faltosos (n=9) e 100% dos diabéticos (n=4).

Durante os 3 meses da intervenção conseguimos atingir nosso objetivo de buscar 100% das pessoas hipertensas e diabéticas faltosas às consultas médicas. No início do projeto, os profissionais, principalmente os ACS, foram capacitados para a abordagem correta das pessoas com hipertensão e diabetes. Além do atendimento, procurávamos buscar os usuários faltosos nas consultas, para isso contamos com a ficha espelho ou os prontuários para ver se todos os usuários estavam atualizados conforme a periodicidade das consultas. Através de revisão programada das fichas espelho, podíamos ver quem estava faltoso às consultas.

Em nossa reunião da equipe, juntos identificamos essas irregularidades. Uma vez identificada, os ACS, através da visita domiciliar, buscaram esses usuários. A regra fundamental para localizar os usuários começou no acolhimento. No primeiro contato com as pessoas, colhemos todos os dados, o endereço e/ou o número de telefone, que foram registrados corretamente. Com essa estratégia, conseguimos recuperar as pessoas que por motivo ou outro foram faltosos. O resultado sempre foi positivo para nossa equipe e para os usuários de nossa área, pois eles mesmos se sentiam valorizados pelos profissionais de saúde.

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

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 4.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 4.2:** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês da intervenção, a proporção de pessoas com registro adequado na ficha de acompanhamento correspondeu a 93,8% para as pessoas com hipertensão (n=122) e 91,4% para as pessoas com diabetes (n=53). No segundo mês da intervenção, a organização de nosso serviço melhorou bastante e a proporção atingiu um valor de 96,5% para os hipertensos (n=246) e 93,8% para os diabéticos (n=90). No terceiro mês da intervenção, com o esforço de todos os integrantes, contemplamos, respectivamente, uma proporção de 100% tanto para as pessoas com hipertensão como para as diabéticas (HAS n= 359; DM n= 136).

Queremos ressaltar que com a implementação do projeto em nossa rotina, nosso serviço foi melhorado, a organização está adequada e contribui no bom funcionamento da UBSF. O acompanhamento dos usuários da área era precário e confessamos que isso foi devido à falta de estratégia para manter atualizados os dados das pessoas de área. Era um problema de muito tempo de existência e isso afetou até o atendimento adequado dos profissionais. Desde o primeiro mês até o final da intervenção, constatamos uma melhoria enorme no registro dos usuários. Uma vez que a pessoa foi captada, a equipe procedeu ao registro dos seus dados e depois foi acompanhada periodicamente.

Durante o desenvolvimento do projeto, usamos diferentes tipos de registros de acompanhamento: os prontuários da consulta médica, prontuários de assistência odontológica e as fichas espelho do programa. Todas as pessoas avaliadas tiveram seus dados registrados nas fichas de registros, isso nos permitiu acompanhá-las corretamente. Além do cadastramento adequado, a ficha de acompanhamento contribuiu no atendimento de qualidade e monitoramento dos usuários. Durante a capacitação dos profissionais durante os 3 meses do projeto, insistimos sobre a importância do registro de acompanhamento, pois é um documento legal e preconizamos um cuidado especial porque é um recurso para a equipe e também nos fornece várias informações sobre os faltosos, a qualidade de atendimento e evolução das pessoas depois do tratamento. Na reunião da equipe ou depois do expediente do dia, revisávamos nossa ficha de acompanhamento e mantínhamos sempre

atualizados os dados. Toda equipe contribui nesse trabalho e a colaboração de todos nos ajudou para atingir nosso objetivo no final da intervenção.

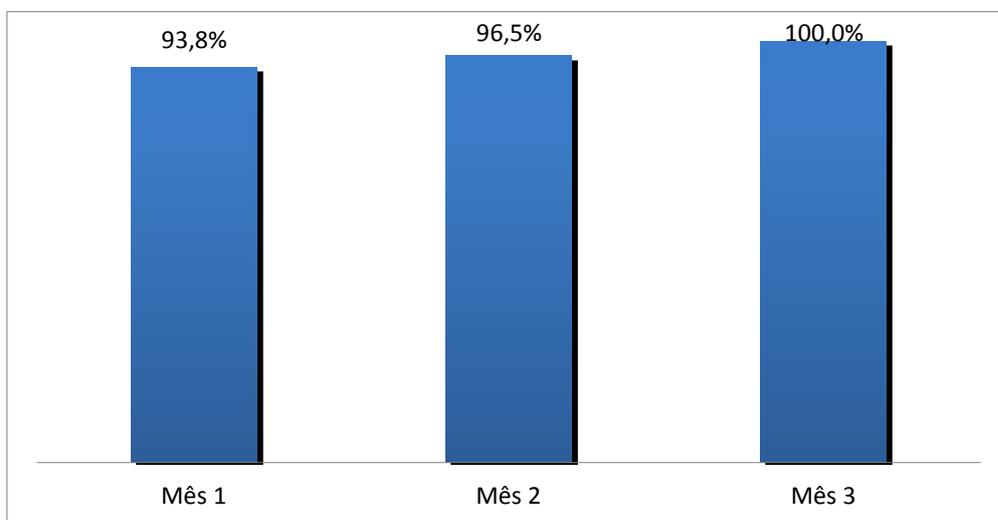


Figura 10: Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF n°28, no município de Manaus no período de dezoito(18) de setembro 2015 à dez (10) de dezembro de 2015

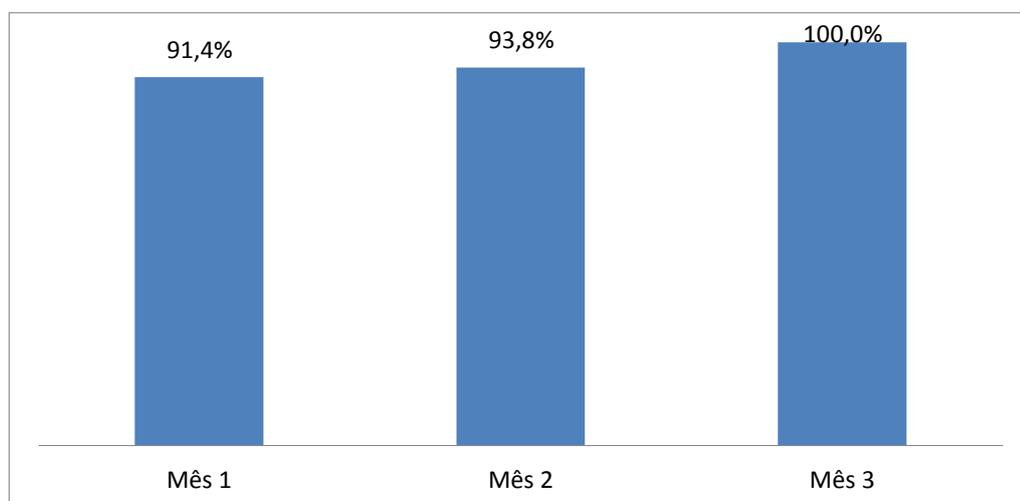


Figura 11: Gráfico de Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF n°28, no município de Manaus no período de dezoito (18) de setembro 2015 à dez (10) de dezembro de 2015

**Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão

**Indicador 5.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2:** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês da intervenção a proporção de pessoas com hipertensão e diabetes com estratificação de risco cardiovascular foi, respectivamente, 100% para os hipertensos e diabéticos (HAS n=130, DM n=58); no segundo mês da intervenção com a ampliação das atividades em nossa rotina, foram estratificadas 255 pessoas com hipertensão e 96 pessoas com diabetes (100% para ambas). No terceiro mês da intervenção mantivemos uma proporção de 100% de estratificação de risco para as pessoas com hipertensão e diabetes (HAS n=359, DM=136).

A estratificação do risco cardiovascular faz parte de atendimento de qualidade de todos os usuários, tanto os hipertensos, diabéticos como outros usuários de outra categoria. Em nossa UBSF nunca faltávamos em avaliar as pessoas de forma integral porque isso contribui na qualidade de vida também. Durante toda a trajetória da intervenção, os profissionais fizeram a avaliação do risco cardiovascular. Como referência, usamos as ferramentas do protocolo do Ministério de Saúde ou da ficha espelho.

Em nossas consultas, para cada pessoa avaliada, o médico e/ou a enfermeira avaliam o risco cardiovascular baseando-se na idade, no sexo, na pressão sistólica, no colesterol total e frações, e procuramos saber se está em uso de medicação anti-hipertensiva, se é tabagista, se é diabético ou se é simultaneamente hipertenso e diabético, etc. Isso faz parte de nossa rotina e todas as pessoas avaliadas durante a intervenção passaram por essa avaliação. Isso nos ajudou bastante a prevenir complicações das pessoas com essas doenças crônicas. Durante a implementação do projeto em nossa UBSF, apenas reforçamos esse desempenho, pois já tínhamos o costume de abordar os usuários de acordo a esses parâmetros.

**Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional

No primeiro mês da intervenção houve orientação nutricional para 100% das pessoas com hipertensão (n=130) e para 100% das pessoas com diabetes (n=58). No segundo mês da intervenção, houve orientação nutricional para 255 pessoas com hipertensão (100%) e 96 pessoas com diabetes (100%). No terceiro mês da intervenção, houve maior divulgação de informações e maior educação coletiva. Conseguimos dar orientação nutricional para 359 pessoas com hipertensão (100%) e 136 pessoas com diabetes (100%).

A orientação nutricional é vital na melhoria de qualidade de vida dos usuários com hipertensão e diabetes. Essa atividade incluiu todos os profissionais da equipe e se realizou durante as consultas agendadas, espontâneas ou nas visitas domiciliares. Durante todo o desenvolvimento das atividades, fizemos ênfase sobre a prevenção. Uma das formas de prevenir complicações e manter o corpo em estado saudável é através, por exemplo, de uma dieta saudável. Cada vez que tivemos contato com uma pessoa com hipertensão ou diabetes, explicamos com detalhamento para eles, a importância de uma dieta saudável, é algo que realizamos de forma individual ou coletiva.

Na educação coletiva com grupos de diabéticos ou hipertensos, não paramos de estimular nosso usuário no consumo de alimentos não prejudiciais para o corpo. Além, na consulta domiciliar ou depois do atendimento, deixamos para eles um folheto elaborado pela secretaria de saúde que tem conteúdo educativo sobre a alimentação saudável. Também, muitas vezes, caso necessário, encaminhamos os usuários para serem avaliados com nutricionista, isso faz parte da avaliação multidisciplinar que preconizamos durante todas as etapas da intervenção. Nossa meta era dar orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS e DM de nossa área abrangência. Conseguimos atingir esse objetivo devido a propagação massiva das informações pela equipe. Isso foi possível devido a participação de todos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física

No primeiro mês da intervenção, 100% das pessoas com hipertensão e diabetes receberam orientação sobre a prática de exercício físico (HAS n=130, DM n=58). No segundo mês da intervenção, mantivemos a proporção de 100% das pessoas com HAS e DM com orientação sobre a prática de exercício físico regular (HAS n = 255, DM n=96) e no terceiro mês da intervenção, também orientamos 100% das pessoas hipertensas e diabéticas sobre a prática regular de exercício físico (HAS n=359, DM n= 136).

Nosso objetivo era orientar todas as pessoas avaliadas (100%) sobre a importância de prática de exercício físico regular. Atingimos esse objetivo e durante os 3 meses da intervenção conseguimos orientar todas as pessoas com hipertensão e diabetes sobre tal prática. Queremos ressaltar que toda a equipe foi participativa nessa atividade. Os ACS, cada vez que visitam uma pessoa da área, procuram saber se é sedentária e se fosse o caso, a pessoa era orientada corretamente sobre a prática de exercício físico regular. Também damos continuidade a esse tipo de orientação nas consultas. Todos os usuários, durante o atendimento, foram recomendados de praticar regularmente o exercício físico, de acordo com sua capacidade física. Por exemplo, podemos orientar a fazer exercício como, no mínimo, 30 minutos diariamente; as pessoas podem optar pela academia ou fazer caminhadas. Ou seja, durante as 12 semanas da intervenção, toda a equipe assumiu a responsabilidade de incentivar os cidadãos sobre a prática de exercício físico regular e foi por isso que conseguimos atingir nosso objetivo.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.5:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês da intervenção, orientamos 100% das pessoas com HAS e DM sobre o risco do tabagismo (HAS n=130; DM n=58); no segundo mês foram orientados sobre o risco do tabagismo 255 pessoas hipertensas e 96 pessoas com diabetes, o que correspondeu, respectivamente, a uma proporção de orientação de 100% para os hipertensos e diabéticos. No terceiro mês da intervenção, também 100% das pessoas com HAS e DM foram orientadas sobre os riscos do tabagismo (HAS n=359; DM n=136).

Ao início do projeto, foi planejado orientar todos os usuários sobre os fatores de risco de agravamento (100%). Para conseguir esse objetivo, na capacitação dos profissionais, todos os integrantes da equipe tiveram conhecimento sobre os fatores de risco para as pessoas diabéticas e/ou hipertensas e foram os responsáveis de informar os usuários sobre o efeito nocivo do tabagismo.

Tivemos diferentes ferramentas para passar as informações aos cidadãos de nossa área sobre o efeito negativo do tabagismo. Por exemplo, houve a nossa disposição, os folhetos com conteúdo didático sobre o efeito nocivo do cigarro, também houve informações visíveis no mural da UBSF para a prevenção do tabagismo, ou seja, uma vez que entrou na unidade de saúde, a pessoa já sabe o risco e a consequência nefasta do tabagismo sobre a sua saúde. Foi uma atividade de qualidade e todos os membros da equipe participaram ativamente. Ainda, na consulta ou durante a educação coletiva com grupos específicos, incentivamos as pessoas ao abandono do tabagismo, é algo básico que fazemos diariamente em nossa rotina. Então, na implementação do projeto, reforçamos essas medidas. Desde o início até o final da intervenção, conseguimos orientar 100% das pessoas sobre o risco do

tabagismo, ao encontro de nosso objetivo. Foi possível devido a colaboração de toda a equipe.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7:** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8:** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês da intervenção, houve orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas diabéticas e hipertensas (DM n=58, HAS n=130); no segundo mês da intervenção também houve orientação para a 100% das pessoas com HAS e DM sobre higiene bucal (DM n= 96, HAS n=255). No terceiro mês da intervenção foram orientadas 359 pessoas com HAS e 136 diabéticas, o que correspondeu, respectivamente, a uma proporção de orientação a 100% para ambas patologias.

Ao início da intervenção, o objetivo era orientar 100% das pessoas com hipertensão e diabetes sobre a higiene bucal. A higiene bucal faz parte de avaliação de qualidade dos usuários. No contexto do exame físico integral, o médico e/ou a enfermeira avaliam todos os usuários de uma forma integral. A avaliação bucal é algo básico em nossa consulta e para atingir nosso objetivo, durante as consultas, todas as pessoas, sistematicamente, foram avaliadas e orientadas sobre a higiene oral. Queremos relatar que a participação da equipe odontológica foi ativa desde o início da intervenção e sua colaboração foi muito produtiva em cada ação desenvolvida na intervenção. Conseguimos atingir esse objetivo devido a persistência dessa avaliação pelos profissionais durante os três meses da intervenção.

## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha UBSF, foi uma ferramenta indiscutível para a melhoria de qualidade de vida das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência. Em um período de 12 semanas, propiciou uma maior cobertura e cadastramento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas, fornecendo estratégias simples que nos permitiram atingir nosso objetivo sem prejudicar as outras ações programáticas de nosso serviço. Ressaltamos que foram melhorados o acolhimento e o atendimento. A intervenção permitiu realizar a avaliação de uma forma global, fazendo ênfase em um exame físico integral desses usuários, priorizando as áreas que não se pode desconsiderar na avaliação física. Permitiu-nos realizar o monitoramento e a estratificação do risco dessas pessoas de acordo ao protocolo do Ministério da Saúde, garantindo o acompanhamento adequado através de registros confiáveis.

A intervenção foi muito importante para a equipe porque lhe permitiu ter uma visão global das pessoas com hipertensão e diabetes de nossa área; além disso, tecnicamente, ofereceu ferramentas concretas que permitiu-nos ter uma facilidade para buscar ou localizar nossos usuários. A intervenção favoreceu a harmonia e a colaboração de todos os integrantes da equipe. Permitiu a distribuição dos papéis de cada membro de uma forma equilibrada, facilitando a integração compatível do desempenho de cada um. Através da intervenção, o médico agora tem mais facilidade de fazer uma avaliação mais profunda do usuário porque a busca e a localização deles tornaram-se mais fácil. A intervenção permitiu ao médico avaliar os usuários no aspecto psicofísico e biológico, conhecendo mais profundamente as pessoas.

A intervenção permitiu à equipe a possibilidade de estimular os gestores para a providência dos medicamentos mais acessíveis para o tratamento dos usuários e facilitou acompanhamento periódico deles. Qualificou também o trabalho da enfermeira; o seu desempenho reforça o serviço dando continuidade ao trabalho do médico. A enfermeira contribuiu positivamente no monitoramento e acompanhamento adequado dos usuários. A rotina da parte odontológica também ficou mais organizada e foi possível oferecer uma cobertura mais ampla a nossa área.

Da mesma forma, a relação entre a equipe e a comunidade foi mais viável, era mais fácil conhecer a realidade dos cidadãos de nossa área. A intervenção exigiu a equipe cumprir o protocolo do Ministério de Saúde para a capacitação adequada dos profissionais, a fim de abordar e avaliar adequadamente as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. O rastreamento, tratamento ou o diagnóstico foram realizados pelos profissionais qualificados de nossa equipe, o que gerou confiança para nossa comunidade porque os próprios cidadãos sentiram-se satisfeitos, afirmando que o seu atendimento foi de qualidade.

A intervenção já é um verdadeiro modelo para nossa rotina. Foi tão importante que até já tem impacto em outras atividades. Por exemplo, através da intervenção realizada, pretendemos organizar os serviços correspondentes aos programas de saúde do homem, saúde da mulher e atenção ao pré-natal e puerpério. Mesmo sendo programas diferentes, a esquematização das estratégias da intervenção nos ajudará na organização dessas ações programáticas.

Antes da intervenção em nossa rotina, o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa área era muito precário. Não havia uma adesão forte entre os membros da equipe, o que muitas vezes gerou uma maior concentração das atividades no médico. Com a implementação da intervenção em nosso serviço, todos os membros da equipe estão cumprindo suas responsabilidades em função dos seus papéis. Essa união e colaboração mútuas refletem a organização do serviço e nos permitiu dar uma resposta favorável à carência de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área.

A intervenção foi vital para o bom funcionamento de nosso serviço. O registro dos usuários foi feito com muita qualidade e foi realizado conforme ao padrão do protocolo adotado. Além disso, o acesso dos usuários ao atendimento médico ficou mais fácil, a enfermeira conseguiu avaliar a quantidade de pessoas desejadas, houve mais agilidade no trabalho dos ACS e muito mais pessoas tiveram acesso ao atendimento odontológico. No cronograma de atendimento da UBS, conseguimos encaixar um espaço para o

atendimento/demanda espontânea; o acolhimento foi realizado com respeito e o registro dos usuários foi efetivado corretamente. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Conseguimos ampliar nossas atividades e extrapolar nosso serviço para a comunidade. De fato, no período da intervenção, o número das pessoas atendidas foi aumentado e o impacto foi positivo na melhoria de qualidade de vida dos cidadãos.

Queremos ressaltar que a intervenção foi feita especificamente para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, o que as vezes pode gerar certa confusão ou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. O público alvo está satisfeito, eles elogiam a mudança no serviço da UBS e estão conscientes do benefício que isso aportou na qualidade de vida. A equipe conseguiu dar uma maior cobertura para esses usuários e conseguiu chegar muito perto da sua meta. A comunidade alvo se sentiu valorizada, orientada e acompanhada pela equipe. Os cidadãos relatam que os seus direitos foram respeitados e solicitam a continuidade dessas atividades em nosso serviço.

A intervenção poderia ser melhor se desde a fase de análise situacional a equipe tivesse bom conhecimento das atividades que vinha desenvolvendo. Mas era uma etapa precoce e seria muito difícil esperar um resultado positivo, pois faltava o contato com os líderes, faltava o contato profundo com a comunidade e não havia a capacitação da equipe. Chegamos ao fim da intervenção, agora temos mais recursos para a incorporação definitiva dessas atividades em nossa rotina e temos condições para superar as dificuldades. Agora, nossa equipe tem maturidade para a execução e continuidade do projeto. O espírito comum dos membros já é uma garantia para vencer os obstáculos. Além disso, temos ferramentas necessárias para aprimorar nosso serviço.

Nossa equipe já está pronta para a incorporação da intervenção em nosso serviço. Na verdade, as atividades já têm continuidade mesmo após a última semana da intervenção da especialização. Sabemos da insatisfação inicial gerada na comunidade diante da consideração especial dos hipertensos

e/ou diabéticos. Nossa equipe vai trabalhar assiduamente para uma maior sensibilização e conscientização da comunidade sobre a importância de priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, especialmente os de alto risco. Também, como relatamos, esse projeto será um modelo para outras ações; de fato vamos trabalhar para a melhoria de outros programas. O balanço foi positivo, ainda vamos trabalhar para um melhor atendimento e acreditamos que será possível descobrir novos usuários sem cobertura.

Uma das dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da intervenção foi a falta dos ACS para cobrir todas as microáreas. Por isso, a equipe foi exigida de mais esforços para levar as informações às áreas descobertas e isso foi realizado pela conscientização de todos sem sobrecarregar os profissionais. Também tomamos como providencia avisar os gestores para resolver essa situação. A resposta foi positiva e estamos na espera de chegada de novos ACS para a cobertura total de todas as áreas. Uma vez chegando os novos profissionais, vamos investir na implementação de cobertura de hipertensos e diabéticos dessas áreas. Nesse momento, a equipe está usando as estratégias da dita intervenção para o monitoramento e abordagem do programa de saúde da mulher e a atenção pré-natal; tudo isso tem como objetivo melhorar o atendimento e contribuir na melhoria da qualidade de vida de todos os usuários de área.

## **5. Relatório da Intervenção para os Gestores**

Prezados gestores,

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) nº 28 tem a responsabilidade de dar cobertura à uma área de abrangência com um total de, aproximadamente, 4000 pessoas. A UBSF está vinculada a estratégia de saúde da família, e o seu desempenho está relacionado aos vários programas destinados ao atendimento de grupos específicos em nossa área, conforme as estratégias do Ministério da Saúde. Entre eles, desenvolvemos programas de saúde da mulher, saúde bucal, atenção ao pré-natal e puerpério, saúde dos homens, atenção à criança e aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

A política do Ministério da Saúde é fornecer aos profissionais lotados na atenção primária, recursos necessários para atuar devidamente nos programas e melhorar a situação de saúde dos usuários. Nesse contexto, foi implementado na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, no período de 18 de setembro a 10 de dezembro de 2015, o projeto da intervenção em nossa rotina, idealizado através do curso de especialização em Saúde da Família proporcionado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Depois um estudo minucioso baseado nas ferramentas do curso, descobrimos que a cobertura e acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área eram mais precária que nos demais programas da UBS, razão pela qual a equipe escolheu como foco de intervenção os usuários hipertensos e diabéticos. O objetivo principal da dita intervenção foi a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nossa área

de abrangência. Estiveram a nosso alcance os protocolos do Ministério da Saúde: os cadernos de atenção básica nº 36 e 37, de 2013. Sem essas ferramentas seria difícil atingir nosso objetivo. As ações foram desenvolvidas sobre os quatro eixos pedagógicos do curso: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

As atividades foram realizadas em um período de 12 semanas, a execução deu-se conforme o cronograma planejado, de modo que não houve risco de prejudicar os outros serviços da unidade. A união da equipe era o essencial para o sucesso de nosso objetivo; todos os integrantes estiveram comprometidos em colaborar e contribuir na melhoria de qualidade de vida desses usuários. Durante todo o desenvolvimento das atividades, para garantir abordagem correta dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área, realizamos a capacitação dos profissionais conforme o protocolo. Além disso, para reforçar a capacitação dos profissionais, organizamos atividades suplementares, por exemplo, em muitas ocasiões, usamos slides ou outros materiais para fornecer conhecimento adequado. Em nossa reunião de equipe discutimos os relatórios das atividades realizadas e junto sanávamos as dúvidas. Houveram visitas domiciliares constantes para buscar os usuários hipertensos e diabéticos desconhecidos de nossa área, para serem cadastrados e acompanhados pela UBS.

O acolhimento dessas pessoas respeitava as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, todos os usuários foram tratados da mesma forma, sem discriminação. Geramos o sentimento de interesse nos usuários, sua ajuda foi muito grande na propagação rápida das informações; a relação equipe-comunidade foi mais estável, houve confiança e eles demonstraram a necessidade de dar continuidade às atividades em nossa rotina. A coordenação de todas as atividades foi realizada pelo médico e/ou a enfermeira, estes foram os dois atores responsáveis pela condução das atividades.

Ressaltamos que a organização do serviço se tornou dinâmica ao longo do desenvolvimento das atividades. Cada membro da equipe sabia o seu

papel, isso contribuiu na agilização das atividades e evitou a sobrecarga dos profissionais. Fizemos atividades individuais e coletivas para grupos de hipertensos e/ou diabéticos. Todos nossos usuários avaliados sabem a importância de uma dieta saudável e do exercício físico regular. O acesso ao atendimento médico e da enfermeira para os usuários tornou-se mais fácil, sua avaliação e o monitoramento foram feitos de forma integral, fazendo ênfase na estratificação de risco deles. Encontrávamos algumas dificuldades, por exemplo, trabalhamos com efetivo menor de profissionais, dificuldades para realização dos exames de rotina, mas fizemos muito esforço para conseguir nossa meta.

A introdução da implementação do projeto teve sucesso em nosso serviço. Aportou resultado positivo e o benefício é considerável na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos de nossa área. Uma das metas principais era dar cobertura e cadastrar 60% das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS. Conforme aos dados da planilha de coleta de dados de nossa área de abrangência, temos 608 pessoas hipertensas e 150 pessoas diabéticas. A cobertura prévia ao início do projeto era de 24,6% aos usuários hipertensos, a cobertura aos diabéticos era melhor, mas devido a relação estreita entre as duas entidades, foi necessário trabalhar simultaneamente na busca ativa de ambos. Nesse período de 12 semanas, acentuamos nas capacitações dos profissionais, respeitamos a periodicidade das visitas domiciliares e houveram revisões constantes das planilhas de coletas de dados. Os registros foram atualizados e os dados eram confiáveis.

O médico e enfermeira acompanharam todas as atividades realizadas e apoiaram o desempenho dos profissionais. Além de tudo, as ações do projeto foram bem aceitas pela população, o que deu à equipe a possibilidade de interagir mais rápido. No primeiro mês de intervenção foram cadastradas 130 pessoas hipertensas e 58 pessoas diabéticas, o que correspondeu, respectivamente, a 21,4% de cobertura dos hipertensos e 38,7% dos diabéticos. No segundo mês, foram cadastradas 255 pessoas hipertensas e 96 pessoas diabéticas, o que correspondeu a 41,9% de cobertura dos hipertensos e 64% dos diabéticos. Fechamos o terceiro mês com 359 pessoas hipertensas

cadastradas e 96 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma cobertura total de 59% dos hipertensos e 90,7% dos diabéticos. Abaixo o gráfico para ilustrar o aumento na captação de usuários com hipertensão no programa.

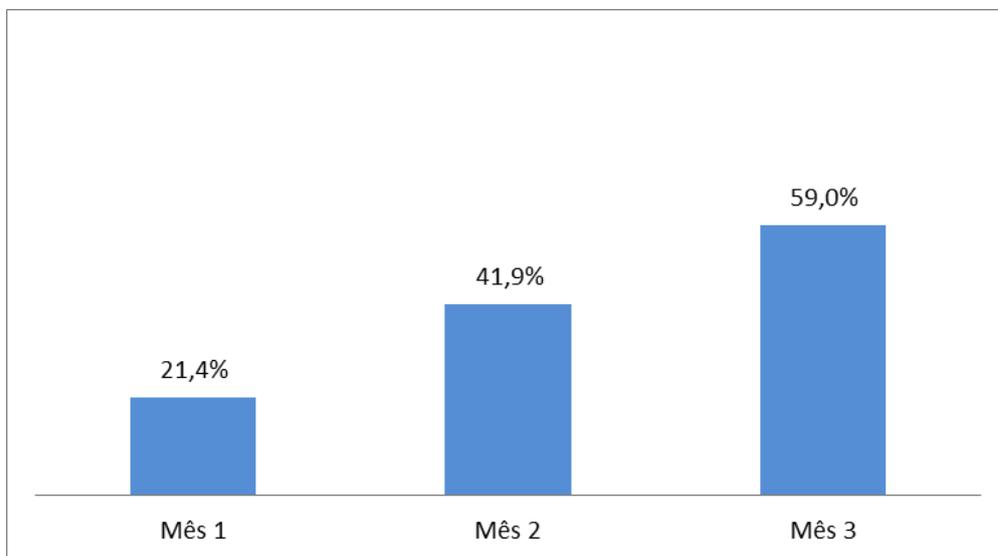


Figura 01: Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

Outro balanço positivo da intervenção tem a ver com a ficha de acompanhamento. A equipe teve como objetivo também manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. O bom funcionamento da UBSF após a implementação da intervenção em nossa rotina, contribuiu no sucesso desse trabalho. A irregularidade nos registros ou ficha de acompanhamento era um problema técnico, precisávamos de estratégias para organizar de maneira mais simples os documentos dos usuários. Durante o desenvolvimento das ações, usamos diferentes tipos de registros de acompanhamento: os prontuários da consulta médica, prontuários de assistência odontológica e as fichas espelho do programa.

Todas as pessoas avaliadas tiveram seus dados registrados nas fichas de registros, isso nos permitiu acompanhá-las corretamente. Sendo um recurso oficial, prestávamos muita atenção nas fichas de acompanhamento e todos foram realizados com o máximo cuidado possível. Todas as pessoas captadas e avaliadas, tiveram seus dados processados no registro correspondente, isso evitou perda de informações e nos ajudou na manutenção da atualização dos

dados e acompanhamento correto das pessoas na periodicidade adequada. No primeiro mês da intervenção, a proporção de pessoas com registro adequado na ficha de acompanhamento correspondeu a 93,8% para as pessoas com hipertensão (n=122) e 91,4% para as pessoas com diabetes (n=53). No segundo mês da intervenção, a organização de nosso serviço melhorou bastante e a proporção atingiu um valor de 96,5% para os hipertensos (n=246) e 93,8% para os diabéticos (n=90). No terceiro mês da intervenção, com o esforço de todos os integrantes, contemplamos respectivamente, uma proporção de 100% tanto para as pessoas com hipertensão como para as diabéticas (HAS n= 359; DM n= 136). Logo abaixo o gráfico para mostrar a evolução do registro aos hipertensos:

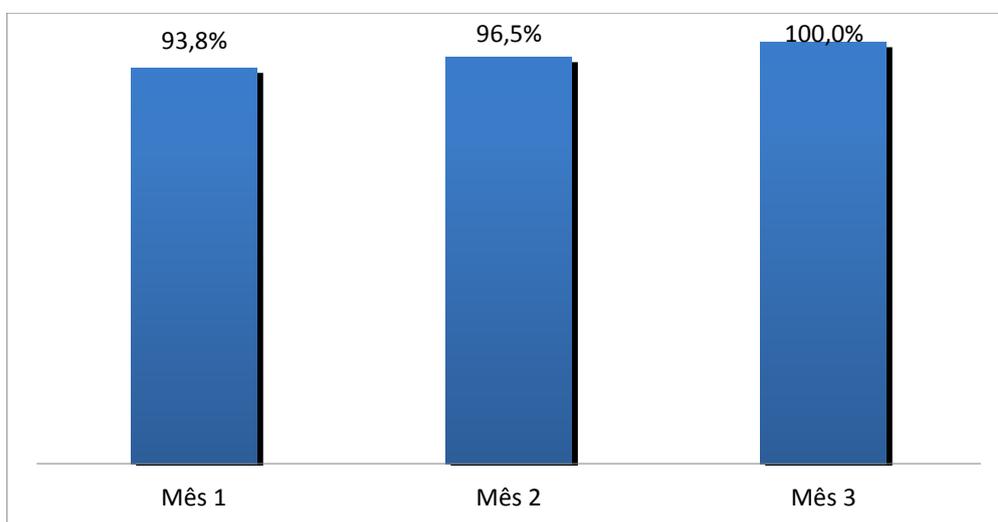


Figura 10: Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF n°28, no município de Manaus no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

De forma geral, a implementação do projeto na UBSF permitiu que a equipe vivesse seu sonho de oferecer um atendimento de qualidade aos usuários da área. No final da intervenção, conseguimos realizar 100% do exame clínico apropriado para os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área, fizemos ênfase na avaliação das pessoas com diabetes, por exemplo, realizamos exame dos pés a 100% desses usuários. Para garantir o acesso ao tratamento para todos, priorizamos a prescrição de medicamentos disponíveis em nossa farmácia; realizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico quase que para todos; os exames complementares

estão em dia e buscamos 100% dos faltosos às consulta na UBSF; realizamos estratificação de risco cardiovascular a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e fizemos a promoção à saúde de forma individual e coletiva a 100% das pessoas avaliadas com hipertensão e/ou diabetes.

Essa conquista foi possível devido a contribuição de todos os membros da equipe. Todos os integrantes participaram ativamente para atingir esse objetivo. Agradecemos aos gestores que nos acompanharam durante todo o desenvolvimento do projeto em nossa unidade, providenciando recursos suficientes para o bom desempenho das atividades. A intervenção é vital para o bom funcionamento de nosso serviço e é imperativo dar continuidade. Estamos precisando de mais ACS para dar cobertura às microáreas que ainda não estão supervisionados por esses profissionais. De fato, devido a esse vazio, já fizemos um pedido aos gestores para complementação da equipe, ainda estamos aguardando a chegada desses novos profissionais para a cobertura de todas as microáreas, assim conseguiremos agilizar e dar maior cobertura possível a todos os usuários da área de forma permanente.

## **6. Relatório da Intervenção para a Comunidade.**

Aos usuários da UBS nº 28, Manaus/AM

Como médico integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizei um curso de especialização em Saúde da Família, na Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esse curso me proporcionou, e também à minha equipe, conhecer mais profundamente a situação de nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), os pontos fortes e os que precisavam de melhorias. Percebemos que as pessoas hipertensas e diabéticas de nossa comunidade eram mais prejudicadas quanto a cobertura e acompanhamento. A população total de nossa comunidade é de, aproximadamente, 4000 pessoas e baseando-se nos dados do curso, descobrimos que antes do início das atividades, a UBS alcançava apenas uma pequena parcela dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nosso território. Após uma análise detalhada, entendemos que o programa direcionado ao atendimento de usuários hipertensos e diabéticos, era o programa que precisava de maior atenção. Também observamos, em nossa comunidade, que existia uma relação estreita entre essas duas doenças, esse motivo nos levou a trabalhar, ao mesmo tempo, sobre as duas doenças.

Em função dessa necessidade, a equipe escolheu como foco de intervenção do projeto que precisávamos desenvolver, os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nosso bairro. O objetivo principal dessa intervenção foi a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nossa comunidade. As atividades foram implementadas na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, no período de 18 de setembro a 10 de dezembro de 2015, tendo uma duração de 12 semanas, conforme o prazo de tempo exigido pelo curso; é curto espaço de tempo para grandes modificações, mas

conseguimos conhecer a realidade das pessoas de nossa comunidade. Para alcançar nosso objetivo, começamos com treinamentos aos profissionais, algo que realizamos durante todo o tempo das atividades e usamos como apoio didático protocolos do Ministério da Saúde.

Também entramos em contato com lideranças da comunidade para informar a população das atividades implementadas na UBS. Além disso, o curso deixou a nossa disposição, planilhas de coletas de dados, fichas espelho, que são guias essenciais que facilitaram à equipe dar um melhor atendimento e um melhor acompanhamento às pessoas hipertensas e diabéticas de nossa área. Desde então, mudou nosso serviço, houve uma melhor organização das atividades e os cidadãos notaram essa mudança, testificando que nosso acolhimento teve um impacto positivo sobre eles, algo que já faz parte da nossa rotina. Houveram dificuldades e facilidades; nosso maior desafio foi trabalhar com uma quantidade reduzida de nossos agentes comunitários de saúde, mas a união e o esforço da equipe superaram essa dificuldade. Também o primeiro contato com os materiais de trabalho foi um pouco difícil para os profissionais, embora após cada capacitação e treinamento, todos os integrantes conseguissem se adaptar as ferramentas. Nossa maior facilidade foi a recepção da comunidade, pois todos se sentiam felizes vendo a preocupação da equipe para cuidá-los de uma forma humanizada.

Conseguimos introduzir essas atividades em nossa rotina sem atrapalhar o atendimento dos demais cidadãos, além disso sempre tentávamos explicar às pessoas o motivo dessa priorização, porque ao final todos seriam beneficiados, sabendo que esse projeto seria um modelo para organizar outros programas da UBS. Conforme as recomendações do projeto, o médico e/ou a enfermeira atenderam de forma integral aos usuários, insistimos na avaliação completa das pessoas sem deixar de examinar partes importantes, por exemplo os pés dos diabéticos. Para cada pessoa avaliada pela equipe, fizemos uma avaliação de risco observando ter ou não problemas no coração ou no cérebro. Ampliamos as visitas domiciliares, de casa em casa incentivamos aos usuários a procurar atendimento da equipe da sua área.

Realizamos palestras de forma individual ou coletiva para os grupos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, por exemplo, todos sabem que muitas gorduras trazem danos e sabem a importância de manter alguma atividade física. Algo interessante em nosso projeto foi a divisão dos papéis dos profissionais, cada pessoa sabia o que deveria fazer, o que facilitou a rapidez de nosso trabalho. Também trabalhamos em parceria com os gestores de saúde de nossa área. A maioria do tratamento usado/prescrito é gratuito e está sempre disponível na farmácia da UBS, isso foi possível graças a providência dos gestores. Os cidadãos receberam favoravelmente ações as ações da intervenção, eles ajudaram na propagação das informações e podemos confessar que eles contribuíram no sucesso do trabalho. Houve uma confiança extraordinária entre a equipe e os cidadãos de área. O seu engajamento, no reconhecimento do seu direito de ser bem atendido, foi uma garantia para a dinamização das ações do curso em nosso território.

Esse projeto era imprescindível para entender a realidade de nossa comunidade. Conforme os dados que possuímos, haviam, aproximadamente, 608 pessoas hipertensas e 150 pessoas diabéticas em nossa área adstrita. No primeiro mês de intervenção foram cadastradas 130 pessoas hipertensas e 58 pessoas diabéticas. No segundo mês, foram cadastradas mais 255 pessoas hipertensas e 96 pessoas diabéticas. Fechamos o terceiro mês com 359 pessoas hipertensas cadastradas e 96 pessoas diabéticas, o que correspondeu a uma cobertura total de 59% dos hipertensos e 90,7% dos diabéticos. Consideramos esses dados um grande ganho para nossa comunidade. Mostramos, apenas para ilustrar, o número crescente de pessoas com hipertensão atendidas nesse pequeno período:

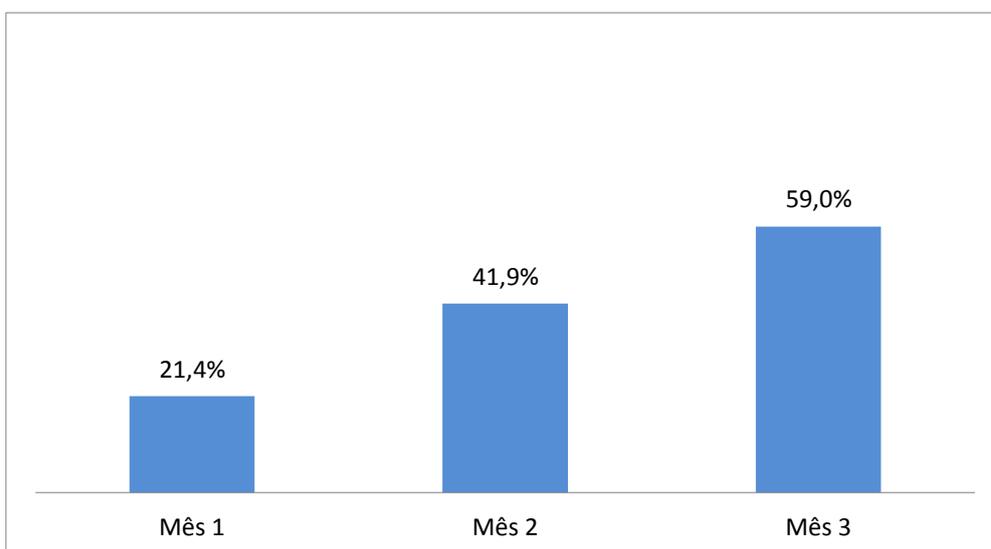


Figura 01: Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na UBSF nº 28, no município de Manaus/AM, realizado no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

Outro resultado bastante positivo da intervenção e que gostaríamos de compartilhar com vocês tem a ver com a ficha de acompanhamento. A equipe teve como objetivo manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes. Essa ficha é muito importante, pois nela anotamos muitos dados dos usuários, como exames, valores da pressão arterial, avaliações de risco, pessoas que faltam às consultas, etc. A chegada da intervenção em nossa rotina ajudou a resolver esse problema que havia, da irregularidade nos registros ou na ficha de acompanhamento. Cada pessoa avaliada teve seu próprio registro, no qual as informações foram realizadas corretamente e isso nos permitiu acompanhá-las perfeitamente. Sendo um recurso oficial, prestávamos muita atenção nas fichas de acompanhamento e todas foram realizadas com o máximo de cuidado possível. Ao final da nossa intervenção, todos os acompanhados estavam com seus registros em ordem, como mostramos na figura abaixo:

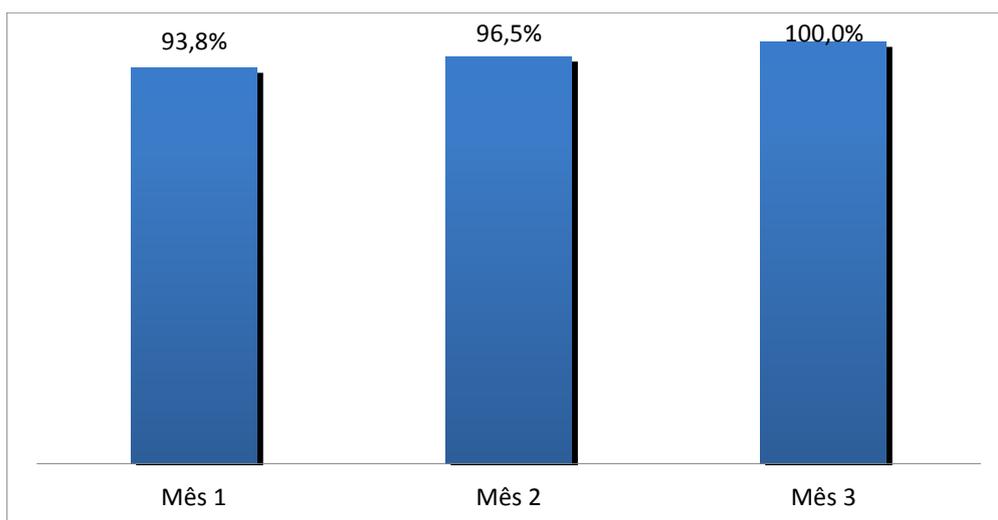


Figura 10: Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBSF nº 28, no município de Manaus no período de dezoito (18) de setembro 2015 a dez (10) de dezembro de 2015.

Trouxemos essas duas figuras para mostrar um pouco do que conquistamos nessas semanas de trabalho, mas outras ações importantes também foram realizadas. A implementação do projeto em nossa UBS teve impacto positivo na qualidade de vida dos usuários de nossa comunidade. Para obter esse resultado, a equipe foi consciente dessa carência, elogiamos a contribuição de todos que participam ativamente para o melhor cuidado da população de nosso território.

No final da intervenção, conseguimos realizar 100% do exame clínico apropriado para os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área, fazendo ênfase na avaliação das pessoas que possuem diabetes; realizamos, por exemplo, exame dos pés de 100% deles, priorizamos a prescrição de medicamentos disponíveis em nossa farmácia a quase todos os usuários para facilitar acesso ao tratamento para todos, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico quase que para todos, os exames complementares estão em dia e buscamos aos 100 % todos que foram faltosos às consultas na UBS, realizamos estratificação de risco cardiovascular para 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e fizemos a educação em saúde de forma individual ou coletiva a 100% das pessoas avaliadas com hipertensão e/ou diabetes. Essa conquista foi possível devido a contribuição de todos os membros da equipe. Todos os integrantes participam ativamente para atingir esse objetivo.

Tudo o que foi realizado durante essa intervenção pode ser resumido em uma só meta que desejamos: a melhoria da qualidade de vida das pessoas com hipertensão e diabetes em nossa comunidade. Nossa equipe ficou feliz sabendo que a população valorizou as atividades da UBS. Por isso vale a pena continuar o projeto em nossa rotina, pois nossa missão é cuidar e assegurar uma vida saudável aos cidadãos. De forma especial, agradecemos a comunidade que contribuiu positivamente na implementação das atividades em nossa rotina, sem os cidadãos seria impossível implementar o projeto em nossa rotina. Vocês davam aval para a continuidade do projeto em nossa rotina, implicando diretamente na agilização da intervenção. Na continuação do projeto, vamos seguir precisando da ajuda da comunidade, porque sua interação com a equipe é muito importante na tomada das decisões, sua

vivência com a equipe inspira os profissionais no aprimoramento do atendimento. Contamos com sua colaboração, continuamente.

## **7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Minhas expectativas diante do curso foram baseadas nos seus eixos temáticos. Em outras palavras, nossa equipe contava com um apoio didático para poder fazer uma avaliação sistemática de nosso território, a fim de oferecer um atendimento com maior qualidade possível aos cidadãos de nossa comunidade. Tudo isso teve o único objetivo de contribuir na consolidação do SUS. Necessitávamos estratégias concretas para organizar e estruturar nossos serviços. Nossa expectativa era que o curso gerasse condições viáveis para uma relação estreita da equipe com a população adstrita, a fim de conhecer melhor a realidade de nossa comunidade e fornecer atendimentos em função dos problemas reais de nossa área. Para isso, esperávamos um mecanismo vital que nos ajudasse na investigação minuciosa de informações, análise dos problemas contextualizados de nossa comunidade e suporte para achar as estratégias adequadas para construir um projeto de intervenção para solucionar os problemas existentes na área.

Ao iniciar o curso, depois de uma leitura profunda da sua filosofia e ideologia, deduzimos que ele foi planejado dentro do contexto do SUS, que nos permite trabalhar com um conjunto de ações de suporte, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, além de oferecer ferramentas que podem facilitar o trabalho dos profissionais e ajudá-los a qualificar as ações programáticas desenvolvidas em seus serviços. Exatamente o fundamento do curso veio ao encontro de nossa aspiração e respondeu favoravelmente a nossa expectativa. O curso nos deu o suporte necessário para enfrentar a situação de nossa realidade; também nos guiou na via correta para encontrar soluções a curto ou longo prazo. No começo não foi fácil para a equipe, porque para nós foi uma nova era, foi um desafio trabalhar com ferramentas novas, instrumentos de trabalho diferentes, mas as dificuldades foram superadas

porque houveram capacitações e treinamentos para podermos nos adaptar. Queremos ressaltar que as ações do curso já fazem parte de nossa rotina e o protocolo está incorporado em nosso serviço.

A cada etapa do desenvolvimento do projeto, conseguimos aprender coisas novas, foi uma experiência inesquecível e precisamos dar continuidade. O curso foi um momento oportuno para reverter a situação precária da realidade dos cidadãos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área. Aproveitamos ao máximo tudo o que foi disponibilizado ao nosso alcance. Nosso serviço ficou organizado, nosso atendimento foi realizado através dos protocolos, conforme o padrão do Ministério da Saúde; conseguimos dar maior cobertura possível e o acompanhamento está sendo realizado adequadamente. Esse ambiente favorável gerou uma aproximação equipe-comunidade que antes não existia, esse vínculo favoreceu o sucesso de nosso desempenho. O curso contribuiu à união dos integrantes da equipe, conseguimos capacitar os membros e podemos dizer que são profissionais qualificados para responder às necessidades da população. O curso é nosso reflexo, através dele conseguimos abordar os cidadãos no aspecto psicofísico e biológico.

Os casos clínicos do curso têm um significado especial em nossa prática profissional, pois deu uma visão global dos fatores que podem afetar a saúde da população onde estamos lotados. Eu aproveitei ao máximo os casos clínicos apresentados durante todo o desenvolvimento do curso e os conhecimentos adquiridos foram aplicados em nossa prática diária. Além da lembrança, me permite interagir com casos frequentes ou mais típicos no Brasil. São casos comuns em nossa comunidade, os sintomas e os motivos de consulta são parecidos, tanto para adultos como para crianças. O protocolo, a abordagem e o tratamento dos casos ajudam bastante na conduta e tratamento correto dos usuários que procuram a nossa unidade. Entre os casos apresentados, as doenças sexualmente transmissíveis, atenção ao pré-natal de baixo risco e abordagem dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, fazem parte dos mais relevantes aprendizados no curso. São casos que enriquecem a prática profissional do especializando e realmente foram muito produtivos. Em respeito ao caso clínico sobre HAS e DM, encontramos todas as estratégias

necessárias para um diagnóstico oportuno, tratamento e acompanhamento correto das pessoas.

Também valorizamos a parte educativa do curso, que se acentua na prevenção fazendo ênfase sobre a promoção de saúde. A promoção de saúde e proteção dos usuários dos fatores de risco que podem agravar sua doença de base foram abordados conforme as ações do projeto e do Ministério da Saúde. Realmente o benefício foi muito grande e nossa grande satisfação foi a obtenção de resultado positivo, pois conseguimos influenciar no estilo de vida de muitos usuários de área e melhorar a qualidade de vida deles.

De modo geral, o curso tem um impacto positivo em nossa rotina, os resultados vão mais longe do que esperávamos, contemplou a nossa expectativa e respondeu a todas nossas inquietudes. Nos ajudou a enfrentar nosso desafio em um espaço de tempo bem curto através das estratégias factíveis.

## Referências

1 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 e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

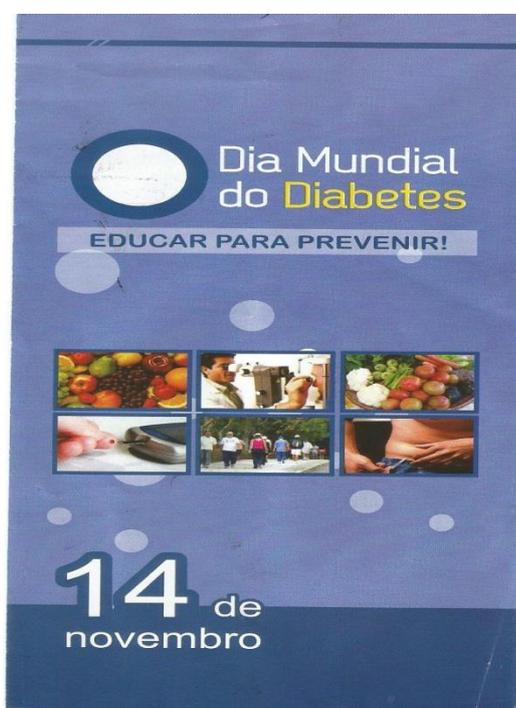
2 Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

4 Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física**: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2009; 14: 39-44.

5 SEMSA/SUSAM. Secretaria do Estado do Amazonas, disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/>, acessado em 10.08.2015.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A- Folheto educativo**

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.

**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 Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> 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/UFPPEL





## 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
<p>Eu, _____</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do declarante</p>