

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS  
Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM**

**Ana Milagros de Armas Ferrera**

**Pelotas, 2015**

**Ana Milagros de Armas Ferrera**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS  
Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/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: Lilian Zielke Hesler

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

F385m Ferrera, Ana Milagros de Armas

Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com HAS e DM na UBS Manoel Messias de Oliveira, itamarati/AM / Ana Milagros de Armas Ferrera; Lilian Zielke Hesler, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

66 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Hesler, Lilian Zielke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho as pessoas que fizeram possível que os médicos cubanos pudessem participar do Programa Mais Médico para o Brasil e assim colaborar para a melhoria da saúde brasileira, fazendo da medicina um gesto de amor, profissionalismo, bondade e humanidade.

Dedico em especial este trabalho de intervenção à população do município de Itamarati, estado Amazonas que nos acolheu desde o dia da nossa chegada, recebendo deles mostra de agradecimento.

Dedico este trabalho a meus dois filhos e meu esposo, que são meu motivo de viver, também a minha família e a todo o povo cubano.

## **Agradecimentos**

Agradeço antes de tudo a Deus.

Agradeço a minha família maravilhosa, composta por meus filhos, esposo, mãe, irmãs e sobrinhas, que me apoiaram incondicionalmente para que eu pude-se trabalhar no benefício do povo brasileiro e em especial ao povo de Itamarati.

Agradeço ao coletivo de profissionais e professores que ficam comprometidos com nossa superação e em especial agradecer a minha orientadora Lilian Zielke Hesler por sua ética como pessoa e como profissional, por sua paciência e por estar presente em momentos difíceis, deixando dicas, dando alento e perseverando junto a nós para mudar as realidades que nos chocaram, e também por sua ativa participação neste curso de especialização.

Agradeço ao doutor Arturo Alcolea Viamonte por sua ajuda no projeto e colaboração em todo momento, a Eliane Mota Lima por sua ajuda incondicional para o acesso a internet na escola Padre Guilherme, aos gestores de secretária de saúde Jean Carlo, Selmo, a equipe da UBS Manoel Messias de Oliveira e em especial a todos os ACS, a todos minha eterna gratidão.

## Resumo

FERRERA, Ana Milagros de Armas. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM.** 2015. 66. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho refere-se a uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Manoel Messias de Oliveira, município de Itamarati, estado do Amazonas, que teve por objetivo geral melhorar a atenção a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes pertencente à área de abrangência do serviço. Como objetivos específicos propomos ampliar a cobertura do programa, melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e diabetes, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde desses usuários. No decorrer da intervenção fizemos uso da ficha-espelho e da planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso, a fim de monitorar as ações realizadas. As atividades ocorreram durante 12 semanas, com o desenvolvimento de ações nos quatro eixos do curso: engajamento público, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço. Durante a intervenção conseguimos cadastrar na unidade 251 (19,3%) usuários com hipertensão e 47 (14,6%) com diabetes, realizamos exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes; 233 (92,8%) usuários com hipertensão e 43 (95%) com diabetes realizaram os exames complementares; foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários; buscamos 100% dos faltosos às consultas; 100% dos hipertensos e diabéticos tiveram registro adequado da ficha de acompanhamento e realizaram estratificação do risco cardiovascular; garantimos orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos usuários acompanhados. Diante desses resultados, podemos observar que a intervenção proporcionou a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e contribuiu para que a equipe trabalhe-se de maneira mais unida. Também permitiu aos profissionais maior aquisição de conhecimentos sobre as doenças através da utilização dos protocolos para hipertensão e diabetes disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Os agentes comunitários também tiveram um papel importante no cadastro dos usuários, contribuindo para identificar e melhorar a qualidade dos registros. Ainda contamos durante todo o período da intervenção com o importante apoio da secretaria de saúde.

**Palavras-chave:** saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1: Imagem área da cidade de Itamarati/AM. ....	12
Figura 2: Unida Básica de Saúde Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM.....	13
Figura 3: Roda de conversa com os usuários da UBS Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM.....	18
Figura 4: Médica da UBS Manoel Messias de Oliveira realizando visita domiciliar nas áreas acometidas pela enchente do Rio Juruá. ....	39
Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.....	42
Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015. ....	43
Figura 7: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.....	44
Figura 8: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015. ....	45
Figura 9: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015. ....	46
Figura 10: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015. ....	47

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CETAM	Centro de Educação Tecnológica do Amazonas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação à distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo do texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	27
2.3.3 Logística .....	33
2.3.4 Cronograma .....	35
3 Relatório da Intervenção .....	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	39
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	40
4 Avaliação da intervenção .....	41
4.1 Resultados .....	41
4.2 Discussão.....	53
5 Relatório da intervenção para gestores.....	55
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	58
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	60
Referências .....	62
Anexos .....	63

## **Apresentação**

O seguinte volume refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família, modalidade EaD, da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, em parceria com a Universidade Aberta do SUS. O trabalho de intervenção foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Messias de Oliveira, no município de Itamarati, estado do Amazonas/AM, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência do serviço de saúde. A intervenção ocorreu de março a junho de 2015, correspondendo ao período de 12 semanas.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresenta-se organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo consta a Análise Situacional com a descrição do serviço de saúde em relação à estrutura física, processo de trabalho e ações programáticas desenvolvidas. O segundo capítulo contém a Análise Estratégica, que corresponde a todas as etapas do projeto de intervenção. Já o terceiro capítulo do trabalho refere-se ao Relatório da Intervenção, que apresenta as ações desenvolvidas durante a intervenção na unidade de saúde, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço de saúde. O quarto capítulo contempla a Avaliação da Intervenção com a descrição dos resultados e discussão obtidos na intervenção. No quinto capítulo encontra-se descrito o Relatório da Intervenção para Gestores e para a comunidade. E por fim, no sétimo capítulo consta a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

A unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Messias de Oliveira pertence ao município de Itamarati, no estado do Amazonas/Brasil. A UBS situa-se no bairro do centro e presta assistência médica à população da cidade e ribeirinha, conta com 89 comunidades rurais, situadas ao longo do rio Juruá, delas 15 são comunidades indígenas, onde as doenças mais frequentes são a malária, doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores. Os vetores são mais abundantes ao entardecer e ao amanhecer e não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Entre outras, temos também as hepatites virais, manifestações clínicas variadas, infecções respiratórias agudas e infectocontagiosas crônicas como a tuberculose e hanseníase. Além das doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, que tem como fatores de risco o alcoolismo, o sedentarismo, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas e hipercolesterolemia com grande número de incidência, sobretudo na população ribeirinha.

A população que predomina no município é a masculina, onde ainda existem muitos tabus que geram violência contra a mulher. Outro problema de saúde de grande importância que leva a um alto índice de abandono dos estudos é a gravidez na adolescência. Atualmente atendemos em nossa UBS 80 grávidas, 50 crianças menores de um ano, 232 crianças de um a cinco anos, 341 hipertensos, 82 diabéticos, sete epiléticos, 88 asmáticos, 200 usuários com gastrite crônica. A existência de tantas doenças deve-se a falta de saneamento básico e estrutura sanitária na cidade e comunidades. Estamos trabalhando na abordagem de todas essas doenças através da elevação da cultura sanitária fazendo palestras com capacitações aos agentes comunitários e usando os meios de comunicação social

como a rádio da cidade e alto-falantes. A UBS tem a seguinte estrutura: dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de recepção, uma farmácia, também conta com dois banheiros, um almoxarifado, sala de vacinação, sala de reunião, uma área de acolhimento e um departamento de direção. Além disso, a UBS possui duas equipes de saúde onde trabalham dois médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, duas técnicas de enfermagem, dois enfermeiros licenciados, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma auxiliar de limpeza, uma dentista e dois secretários de saúde, porém não temos técnica em farmácia.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Itamarati localiza-se na parte sul do estado do Amazonas, e encontra-se rodeado pelo rio Juruá e tem 31 anos de fundação, com uma população de oito mil habitantes. Em relação aos serviços de saúde o município dispõe de uma UBS Manoel Messias de Oliveira, com ESF tradicional e, disponibilidade de serviço hospitalar com uma unidade mista, Antônio Sousa Brito onde são realizados exames complementares de laboratório: Hemograma completo, EAS, EPF, grupo e fator RH, colesterol, triglicérides, glicemia e Raios X de tórax, tem aparelho de ultrassonografia, porém não tem radiologista. Também temos no município um aparelho de mamografia que não está funcionando por problemas no regulador de voltagem. No entanto, realizamos exame clínico de mama a toda a população alvo seguindo as etapas de inspeção visual, palpação das axilas e regiões supraclaviculares e tecido mamário. Quando o exame clínico das mamas é normal, orientamos que a mulher continue realizando o exame clínico anualmente e mensalmente o autoexame mamário. Porém, se for detectada alguma anormalidade que necessita de investigação diagnóstica como mamografia, ultrassonografia, punções e biopsias, as mulheres são encaminhadas para Manaus e/ou município polo de Eirunepé. Não temos no município disponibilidade de Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e atenção especializada.



Figura 1: Imagem área da cidade de Itamarati/AM.  
Fonte: Arquivo pessoal da especializanda

O serviço de saúde onde eu trabalho é denominado de UBS Manoel Messias de Oliveira, encontra-se localizado na área urbana, com área geográfica definida, possui dois turnos de atendimento, com carga horária de quarenta horas semanais. Na unidade atuam duas equipes multiprofissionais, cada uma delas composta por um médico especialista em saúde da família, um enfermeiro generalista, um técnico de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. Ainda fazem parte das duas equipes da UBS, três profissionais de saúde bucal, dois odontólogos e um auxiliar de saúde bucal. O número de ACS cobre 100% população cadastrada com no máximo 750 pessoas para cada um deles. A área adstrita da UBS Manoel Messias de Oliveira corresponde a uma população total de 8.551 habitantes, sendo que cada uma das equipes é responsável por 4.275 e 4.276 pessoas respectivamente.



Figura 2: Unida Básica de Saúde Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM.  
Fonte: Arquivo pessoal da especializanda.

Quanto à estrutura física da UBS, temos dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de recepção, uma farmácia, também conta com dois banheiros, um almoxarifado, sala de vacinação, sala de reunião, uma área de acolhimento e um departamento de direção. Já, em relação às barreiras arquitetônicas o prédio da unidade de saúde não é adequado para o acesso de idosos e portadores de deficiência física, existem degraus no acesso ao prédio que dificulta o ingresso de pessoas com alguma deficiência e/ou limitação motora, não existem corrimãos e rampas. As portas dos banheiros não permitem o acesso de usuários com cadeiras de rodas e não possuem espaço suficiente para manobrar as cadeiras de rodas. Devido à falta de estrutura adequada para receber esses usuários minha equipe tem cadastrado todos os deficientes e idosos da área e assim são realizadas consultas domiciliares e são atendidos no centro de idosos onde não existem essas dificuldades estruturais. No entanto, as calçadas do prédio permitem o deslocamento com segurança de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, existem cadeiras de rodas a disposição dos usuários com estas necessidades, as cadeiras da sala de espera são adequadas para os usuários.

Dentre as atribuições da equipe está à realização dos cuidados domiciliares pelo enfermeiro e ACS como curativos, ações de promoções e prevenção em saúde, consulta médica a pessoas com incapacidades e idosos que não podem ir à unidade de saúde. Encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos

de referência e contra referência e são utilizados protocolos para internação hospitalar. Acompanhamos os doentes com internação hospitalar e domiciliar, realizamos a notificação compulsória de doenças e agravos, busca ativa de doenças e atividades de grupos com adolescentes, idosos, diabéticos e hipertensos, pré-natal, prevenção de câncer de mama, puericultura e para o combate ao tabagismo, com ajuda do enfermeiro e ACS. Minha equipe promove a participação da comunidade no controle social e identificamos parceiros para trabalhar com os seguintes temas: organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica e planejamento das ações. Essas ações feitas por minha equipe são para melhorar a saúde da população e garantir uma melhor qualidade de vida. Quanto à saúde bucal, os odontólogos realizam pequenas cirurgias, remoção de abscesso e cisto, restaurações, curativo e exodontia e profilaxia com aplicação de flúor. Também desenvolvem atividades educativas nas escolas e UBS sobre a importância da escovação e higiene bucal.

Em relação à população da área adstrita o número de habitantes por idade e sexo é: 2.620 mulheres entre 25 e 64 anos; 1.994 mulheres entre 50 e 69 anos; 110 gestantes na área; 120 crianças menores de um ano, sendo 45 do sexo masculino e 75 do sexo feminino; 169 crianças menores de 5 anos, sendo 90 do sexo masculino e 79 feminino; pessoas de 5 a 14 anos são 338, sendo 185 do sexo masculino e 153 do sexo feminino; pessoas entre 20 e 59 anos são 4.025, sendo 2.348 homens e 1.677 mulheres; pessoas com 60 anos ou mais são 483, 250 do sexo masculino e 233 do sexo feminino.

Na UBS é realizado o acolhimento do usuário na recepção e tem uma sala específica para acolhimento que é realizado pela recepcionista, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico/auxiliar de enfermagem e de consultório dentário. A recepcionista tem o primeiro contato com as pessoas que estão procurando atendimento na unidade, assim realiza a primeira escuta e prioriza os usuários com sinais de maior risco ou sofrimento. Os ACS tem contribuição muito valiosa na avaliação de vulnerabilidades. Assim, quando chega um usuário com situação aguda a recepcionista ou ACS comunica ao médico que prioriza o atendimento a esse usuário e realiza a escuta qualificada. O acolhimento é realizado todos os dias, em todos os turnos. Os usuários solicitam consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento imediato, mas não oferecemos na UBS serviço de prótese dentária.

Na UBS realiza-se atendimento de puericultura para grupos etários de crianças menores de zero a 72 meses. Esse atendimento é realizado por médicos e enfermeiros, em três dias da semana em todos os turnos. Após a consulta a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada. Na UBS são desenvolvidas ações de cuidado às crianças, de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, prevenção de anemia, de violência, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, porém o teste do pezinho não é realizado na UBS. Os profissionais utilizam os protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamentos para internação hospitalar e para atendimento nas especialidades. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial da puericultura e ficha-espelho de vacinas, que são guardadas em arquivos. Costuma-se revisar periodicamente para verificar crianças faltosas, avaliar a qualidade do programa e identificar procedimentos em atraso peso ou vacinas. Existe o programa de bolsa de família, a equipe realiza atividades com grupos de mães das crianças de puericultura nas escolas, na associação de bairros. Não temos pediatra no município. Conforme estimativa gerada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos na UBS 169 crianças menores de um ano residentes na área, o que corresponde a uma cobertura de 100%.

O atendimento direcionado ao pré-natal e puerpério é realizado pelo enfermeiro e médico da unidade todos os dias da semana, deixando a próxima consulta já agendada. Existe demanda de gestantes para o atendimento de problemas de saúde agudo. Existe protocolo de atendimento pré-natal utilizado pelo médico e enfermeiro. Avaliam-se e classificam-se as gestantes de risco. São registrados os atendimentos às gestantes em prontuários clínico, formulário especial do pré-natal, ficha espelho das vacinas. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestante, costuma-se revisar periodicamente para verificar gestantes faltosas e completude de registros por médico e enfermeiro. Minha equipe realiza atividades com grupos de gestantes na escola, na associação de bairro, realizamos avaliação e monitoramento do Programa de pré-natal. Em nosso município não contamos com médicos especialistas em pediatria, ginecologista e obstetra. Temos um aparelho ótimo de ultrassonografia, mas não tem profissional que faça o exame, assim a alternativa que temos é o serviço privado, não sendo acessível a toda população este serviço. Quanto às



especialidades, os usuários são encaminhados a Manaus. Fazemos a visita domiciliar no puerpério como também as visitas do recém-nascido. A Cobertura da área da UBS em relação ao pré-natal é de 74% e de puerpério é de 87%.

Em relação ao câncer de colo de útero e mama, o médico e enfermeiro da UBS estão envolvidos no acompanhamento das mulheres com exame citopatológico alterado, os profissionais orientam todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, são realizadas ações de educação em saúde para realização periódica do exame preventivo de câncer do colo de útero nas escolas e na associação de bairro. Realiza-se a prevenção através da coleta de exame citopatológico, o profissional de saúde investiga os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame, os atendimentos são registrados no livro de registro, prontuário clínico e formulário especial. Já foi realizada a primeira etapa da campanha nacional de vacinação contra o vírus papiloma humano, onde foram vacinadas todas as meninas compreendidas nesta primeira etapa. Não temos ginecologista no município.

Quanto ao rastreamento de câncer de mama, também realizamos no serviço ações de educação em saúde as mulheres para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e rastreamento com exame clínico de mama. Em outubro de 2013 realizamos um rastreamento em todo o município, examinamos 85% da população feminina onde predominaram as afecções benignas e displasias mamárias. Existe protocolo de controle do câncer de mama, os profissionais da saúde investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam ações de rastreamento e registrados os atendimentos na ficha individual de cada usuária. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos na UBS 1.694 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, o que corresponde a uma cobertura de 73% de mulheres acompanhadas no serviço de saúde para o câncer de colo do útero. Já em relação à prevenção do câncer de mama, temos uma estimativa de 394 mulheres entre 50 e 69 residentes na área, e cerca de 62% das mulheres são acompanhadas no serviço de saúde.

Na UBS também são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e DM, ações para o controle de peso corporal, estímulo à prática regular das atividades físicas, e orientações sobre os malefícios do tabagismo. Realizam-se atendimentos de adultos portadores de HAS e DM todos os dias da semana em todos os turnos pelos médicos, após a consulta os usuários

com HAS e DM saem da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além disso, existe demanda de adultos para atendimento de saúde agudo devido a HAS e DM já que não fazem o tratamento direitinho ou abandonam o tratamento e se descompensam, a equipe de saúde atende esses usuários mesmo tendo excedido a sua capacidade. Existe protocolo de atendimento, com ações no cuidado com imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os atendimentos são registrados em prontuários clínicos e os profissionais explicam como reconhecer sinais de complicações, são utilizado protocolos para internação hospitalar e são realizadas as atividades de grupo no âmbito da UBS e na associações de bairro. Os profissionais utilizam a classificação de risco global segundo escore de Framingham para portadores de DM e HAS. Conforme estimativas geradas no CAP, a UBS apresenta cerca de 1.420 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, o que equivale a uma cobertura de 16,2% (n=231). Quanto aos usuários com diabetes mellitus temos uma estimativa de 406 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, o que corresponde a 14% (n=57) da cobertura do programa.

Na UBS realiza-se atendimento de idosos todos os dias da semana, o atendimento acontece em todos os turnos, não existem idosos fora da área de cobertura. No atendimento aos idosos participa a assistente social, educador físico psicólogo, médicos e enfermeiros. Após a consulta o idoso sai com a próxima consulta programada agendada, além disso, existe demanda de idosos para atendimento de problemas agudos por abandono do tratamento e descompensação de patologias de base. Existe protocolo de atendimento para idosos e são desenvolvidas ações de promoção das atividades físicas, imunizações, promoção de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos. O profissional de saúde avalia a capacidade funcional do idoso, realiza exame clínico, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência nos idosos como: HAS, DM e depressão. Existe um centro de atenção aos idosos que tem todas as condições, boa estrutura e conforto. Todos os dias da semana realizam-se atividades como exercícios físicos, caminhadas, consultas médicas, atividades culturais e outras. Além disso, a equipe de saúde realiza atividades com grupos de idosos na associação de bairro. Os profissionais realizam

cuidados domiciliar aos idosos com incapacidade física. Os médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Segundo informações geradas no CAP temos na UBS 483 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, porém acompanhamos na unidade 300 pessoas idosas, o que equivale a uma cobertura de 62% do programa de saúde do idoso.

Os maiores desafios estão em manter a assistência médica com maior qualidade, preparação científica da equipe de saúde para melhorar qualidade de vida da população do município e diminuir a incidência de gravidez na adolescência. O melhor recurso que minha UBS tem é uma equipe integrada e dedicada à atenção da população. Além disso, precisamos de uma reforma da UBS com o objetivo de melhorar as barreiras arquitetônicas, a fim de facilitar o acesso de idosos e de usuários com dificuldades motoras. Precisamos melhorar atenção à saúde bucal e confecção de próteses dentárias para os usuários.



Figura 3: Roda de conversa com os usuários da UBS Manoel Messias de Oliveira, Itamarati/AM.

Fonte: Arquivo pessoal da especializanda.

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

Em relação ao texto inicial e o relatório análise situacional, posso destacar que o texto inicial foi superficial, onde mencionei brevemente as atividades desenvolvidas na UBS, não dando um panorama adequado de cada programa que é trabalhado na unidade de saúde. Já no relatório descrevo com clareza todas as atividades realizadas na UBS em relação à promoção da saúde dos usuários, redução de risco, detecção precoce, rastreamento de doenças, tratamento e reabilitação. Essas informações foram fruto do trabalho desenvolvido durante o decorrer da Unidade 1 – Análise Situacional, onde aprendi a usar as ferramentas necessárias para o processo do cuidado integral á saúde dos usuários, e conhecer as condições adequadas de estrutura e organização dos serviços de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que apresenta elevados índices no Brasil e no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública. Além disso, a hipertensão pode gerar complicações à saúde dos usuários como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônica, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (BRASIL, 2012). A prevalência de usuários com Diabetes Mellitus (DM) também está aumentando na população adulta no Brasil, e lidera como principal causa de cegueira, amputações e doença renal. Ainda, a diabetes expõe os usuários a um acréscimo de mortalidade por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2010).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Manoel Messias de Oliveira encontra-se instalada em imóvel próprio da prefeitura municipal de Itamarati. O serviço de saúde realiza atendimento em dois turnos (manhã e tarde), possui vínculo com ensino e atende uma população de 8.551 habitantes, com área geográfica definida. A UBS conta com a seguinte estrutura física: uma recepção e triagem, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, e de enfermagem, sala de vacina, sala de reuniões, de programas, de informática, almoxarifado e secretaria. Há disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentos de uso geral em condições satisfatórias, medicamentos para as doenças crônicas e exames complementares que se realizam no hospital. Em relação às barreiras arquitetônicas a unidade de saúde não é adequada para o acesso de idosos e portadores de deficiência física, existe degrau na UBS que dificulta o ingresso de deficientes ao local, não existem corrimãos, não tem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas deficientes, as portas dos banheiros não permitem o acesso de usuários com cadeiras de rodas e não possuem espaço suficiente para manobras de

aproximação. Precisa-se de rampas, corrimão, eliminação de degraus para facilitar o acesso dos usuários, já que a ausência destas barreiras podem provocar acidentes, considerando que estamos em um período de mudanças na pirâmide demográfica brasileira, com aumento de população idosa acima de 60 anos e conseqüente aumento de doenças crônicas neste grupo etário, a garantia de acesso com menos dificuldades são ações necessárias.

A UBS Manoel Messias de Oliveira conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por dois médicos, dois enfermeiros, 12 ACS, um odontólogo, dois auxiliar de saúde bucal e de farmácia, dois recepcionistas, um secretário de saúde, três auxiliar de serviços gerais. As duas equipes atendem uma área com 8.551 usuários, conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, destes 1.420 são usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 406 com Diabetes Mellitus (DM), porém acompanhamos na UBS somente 231 (16,2%) usuários com HAS e 57 (14%) com DM. Assim, trabalhando com esse foco de intervenção pretendo aumentar o número de usuários acompanhados na UBS e ter controle periódico da doença, mudando e diminuindo os fatores de riscos que incidem na prevalência e ocorrência das mesmas, sendo os mais frequentes, hipercolesterolemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentar não saudável, alcoolismo.

Como o município fica 856 km de distância de Manaus, todos os alimentos são trazidos de lá, vegetais, verduras, entre outros. Além da dificuldade de adquirir esses alimentos a população não tem hábito de comer frutas, verduras e vegetais, e consomem muita comida gordurosa e bebida alcoólica. Muitos deles poderiam plantar aqui no município esses alimentos, já que as condições climáticas são boas, só que as autoridades do município não têm um plano para abordagem do problema. No entanto, já está em execução um projeto de iniciativa privada (agricultor), que é a execução de uma Horta a qual vai ajudar e melhorar muito no fornecimento destes alimentos para a população. Também com ajuda da igreja estamos fazendo palestras para educar e estimular os grupos de família para que cada família plante em seu quintal verduras, já temos algumas delas que estão fazendo isso, a igreja católica deu o primeiro passo.

Para cumprir com este foco de intervenção será implementada na equipe de saúde a utilização da classificação do risco global segundo Escore de Framingham para portadores de DM e HAS em baixo risco, intermediário e alto risco; se dará

continuidade no atendimento e acompanhamento dos diabéticos e hipertensos com maior qualidade e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde. Pretendemos implementar a realização sistemática de exercícios físicos, caminhada, e motivar as escolas a fazer horta para ensinar as crianças no consumo de vegetais; fazer atividades educativas todas as semanas no posto sobre alimentação saudável, fatores de risco, importância do tratamento diário; visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde (ACS) para busca ativa dos faltosos.

Temos algumas dificuldades no município referente a alguns exames como o exame oftalmológico, fundamental na detecção precoce das retinopias hipertensivas ou diabéticas. Também existem outras dificuldades no hospital como, por exemplo, o laboratório não tem bioquímico para realizar exames de rastreamento como creatinina, ureia, ácido úrico, teste oral de tolerância à lá glicose, hemoglobina glicada entre outros. Além disso, quando precisam os usuários são encaminhados oportunamente para avaliação com especialista.

Cabe ressaltar que na UBS são oferecidas consultas e palestras e em conjunto com a equipe planejamos as atividades realizadas. Acredito que com a realização da intervenção alcançaremos em conjunto com toda a equipe melhoria na qualidade de vida dos usuários. Percebo muita motivação em todos os integrantes da equipe com o projeto. Deste modo, juntos trabalharemos para alcançar um povo mais saudável e com uma maior qualidade de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Manoel Messias de Oliveira, município de Itamarati, Amazonas.

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

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

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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



Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Manoel Messias de Oliveira, no município de Itamarati, Amazonas. Participarão da intervenção os usuários com hipertensão e diabetes acima de 20 anos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcançar os objetivos propostos na intervenção estaremos executando ações nos quatro eixos temáticos do curso, como: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Em relação à Qualificação da Prática Clínica, estaremos capacitando as duas equipes da UBS sobre o cadastramento dos usuários com HAS e DM e para

verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, verificando o conhecimento de cada um e esclarecendo os erros e dúvidas. Esta capacitação será realizada pelo médico da equipe na primeira semana de trabalho do projeto. Semanalmente nas reuniões da equipe serão esclarecidas dúvidas sobre o preenchimento da ficha espelho e registro das pessoas com HAS e/ou DM, controlados os usuários faltosos por todos os ACS, assim como serão discutidas as tarefas para o resgate das consultas. Mensalmente temos proposto fazer um encontro para capacitar e avaliar o desenvolvimento de nossa equipe na realização de exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. As duas equipes da UBS serão capacitadas sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, e para a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, realizando, estratégias para um melhor controle e quanto às estratégias de avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso. Esses encontros serão realizados pelo médico e enfermeiro da equipe, convidando os membros de outras equipes de saúde de nosso município. Os ACS serão treinados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Ofereceremos capacitação sobre temas importantes para um excelente controle das pessoas com HAS e/ou DM como, cuidados da higiene bucal, prática de alimentação saudável, de atividade física regular, tratamento de tabagista e sobre metodologias de educação em saúde todos os meses por duas horas no posto de saúde.

Para realizar o Monitoramento e avaliação da intervenção os ACS ficaram responsáveis por monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus no serviço de saúde no decorrer dos quatro meses da intervenção. Também será realizado o monitoramento da realização de exame clínico periódico apropriado nos HAS e DM, e o número de HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS. Semanalmente serão revisadas as atividades dos ACS assim como os prontuários dos usuários com HAS e DM em busca de atrasos ou falta de orientações necessárias, esta revisão será feita pelo enfermeiro e o médico da equipe.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia/Hiperdia teremos o controle adequado dos medicamentos fornecidos aos usuários, assim como, um estoque de medicamentos para casos novos incorporados. Será realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, do número de usuários HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Ainda será monitorado a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional, de atividade física regular e sobre riscos do tabagismo.

Em relação à Organização e gestão dos serviços, será garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa pelo médico e enfermeiro, melhorar o acolhimento para as pessoas portadoras de HAS e DM pela recepcionista, enfermeiro e médico da unidade de saúde. Será garantido material adequado para a tomada da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde pelo secretário de saúde. Serão definidas as atribuições de cada um dos membros das duas equipes, será realizado o exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos pela médica, será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, será estabelecida a periodicidade para atualização dos profissionais, e estaremos dispendo na unidade de saúde a versão atualizada do protocolo.

Ainda quanto a Organização e gestão dos serviços, será garantida a solicitação dos exames complementares, e com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, será estabelecida sistemas de alerta nos exames complementares preconizados, será realizado controle de estoque de medicamentos e um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Será implantada a planilha/registro específico de acompanhamento, pactuado com as equipes o registro das informações, a definição do responsável pelo monitoramento registros. Ainda será priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizada a agenda para o atendimento desta demanda, organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de

atendimento considerando a classificação do risco odontológico, demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários, será organizado práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física.

Para desenvolver as ações relacionadas ao Engajamento Público, está previsto realizar palestras e orientações para comunidade sobre O Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Essa ação será realizada na UBS e também nas escolas e igrejas, pelos ACS, médico e enfermeiro. A comunidade também será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHG, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre a necessidade da realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Também em relação ao Engajamento Público está previsto informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As duas equipes buscarão parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Os hipertensos e diabéticos e seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Nas consultas, palestras e visitas domiciliares serão orientados sobre os direitos dos usuários do SUS.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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



Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção aos usuários com HAS e DM vamos a utilizar o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Para viabilizar o monitoramento de todas as ações que se desenvolveram na intervenção utilizamos os prontuários clínicos dos hipertensos e diabéticos que constam na UBS e a ficha-espelho de hipertensos e diabéticos disponibilizadas pelo curso (ANEXO C). O preenchimento da ficha-espelho será realizado na UBS pelo médico e enfermeiro durante a realização do atendimento clínico. Estaremos realizando contato com o gestor municipal para disponibilizar as cópias de ficha-espelho as quais serão utilizadas na UBS durante a intervenção. Serão impressas a quantidade de fichas-espelho relacionadas ao número de usuários com hipertensão e diabetes inscritos no programa. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa o enfermeiro revisará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais.

Após apresentar o projeto de intervenção para as duas equipes começaremos a intervenção com a capacitação de todos os profissionais sobre o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde,

para que todos profissionais utilizem essa referência no atendimento aos hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS durante as reuniões das duas equipes. Todas estas atividades serão desenvolvidas pelo médico com apoio de todos os profissionais das duas equipes de saúde.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será feito por todos os profissionais das duas equipes que atuam na UBS. Além disso, será garantido o atendimento a todos os hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS. Para sensibilizar a comunidade faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade para apresentar o projeto de intervenção, esclarecer a importância do acompanhamento na UBS de usuários com hipertensão e diabetes. Será solicitado o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, sendo os ACS responsáveis de desenvolver o vínculo com a população. Também serão realizadas orientações e atividades educativas para os hipertensos e diabéticos com a finalidade de orientar e prevenir as possíveis complicações da doença.

O monitoramento da intervenção será realizado semanalmente pelos médicos das duas equipes que examinará as fichas-espelho dos HAS e DM a fim de identificar aqueles que estão com consultas, exame clínico, laboratoriais ou vacina em atraso. O agente comunitário de saúde fará a busca ativa dos mesmos. Ao fazer a busca ativa já será agendado um novo horário de consulta para o paciente. Assim, ao final de cada mês todas as informações coletadas na ficha de espelho serão consolidadas na planilha eletrônica (ANEXO B).



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção realizada na UBS Manoel Messias de Oliveira, município de Itamarati, estado do Amazonas/AM, proporcionou uma importante experiência profissional e possibilitou a melhoria da atenção à saúde de adultos com hipertensão e diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. As atividades previstas na intervenção foram desenvolvidas no período de março a junho de 2015, contemplando ações direcionadas a qualificação da prática clínica, organização e gestão dos serviços, monitoramento e avaliação, e engajamento público. A intervenção foi realizada em 12 semanas ou invés de 16, essa redução foi recomendada pelo curso de Especialização em Saúde da Família para adequação da atividade com o término do cronograma do curso.

As capacitações previstas no projeto de intervenção foram realizadas com a participação das duas equipes da UBS. As equipes foram capacitadas em relação ao protocolo de hipertensão e diabetes, fatores de risco, tratamento da HAS e DM, procedimento para a verificação da pressão arterial, utilização da classificação de risco global, busca ativa de faltosos, preenchimento das fichas-espelho, dentre outros temas. Nesse momento verificamos o conhecimento de cada profissional das equipes para que pudessemos seguir com o protocolo adotado. Mensalmente, fizemos encontros capacitando e avaliando o desenvolvimento das duas equipes na prática clínica. Essa atividade sempre foi supervisionada pelo médico e enfermeiro da equipe, foram controlados os usuários com HAS e DM faltosos ao programa pelos ACS, assim como discutidas as tarefas para o resgate das consultas. O responsável pelas reuniões sempre foi o médico. Semanalmente se avaliou em conjunto (enfermeiro e Farmácia/Hiperdia) a existência e quantidade dos medicamentos para os usuários com HAS e DM, datas de vencimento assim como

as necessidades das medicações. Os usuários faltosos a consultas planejadas foram visitados no domicílio pelos ACS e agendaram e recuperam as consultas na UBS com o médico, supervisionado pelo enfermeiro da equipe.

As reuniões com as duas equipes de saúde foram realizadas, de modo que foi discutida a proposta do projeto de intervenção, os instrumentos que acompanharam a intervenção e o desenvolvimento das ações. Garantiu-se no decorrer da intervenção o registro adequado dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, melhorou-se o acolhimento para esses usuários com doenças crônicas, foi garantido material adequado para a verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste, e tivemos um encontro com a diretora do hospital e profissionais do laboratório.

O Monitoramento e Avaliação das ações aconteceram durante todo período da intervenção através do cadastramento dos hipertensos e diabéticos, preenchimento da ficha-espelho e acompanhamento periódico da planilha de coleta de dados. Por meio desses instrumentos realizamos o monitoramento do exame clínico apropriado, dos exames laboratoriais em tempo de acordo com periodicidade recomendada, da periodicidade das consultas previstas no protocolo, acesso aos medicamentos da farmácia com controle adequado dos medicamentos para cada usuária. Também monitoramos o cumprimento e a periodicidade das consultas e a qualidade dos registros, sendo que cada semana foi revisado o prontuário dos usuários com HAS e DM pelo enfermeiro. Monitoramos a realização de orientação nutricional, realização de atividade física regular e riscos de tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Em relação ao Engajamento Público os usuários foram convidados a participar dos grupos realizados na sala de espera e nas atividades educativas. Os usuários com HAS e DM foram orientados durante as consultas e visitas domiciliares sobre os direitos dos usuários, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância da avaliação dos pés periodicamente. Ouvimos a comunidade sobre as estratégias que podem ser utilizadas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes e fizemos parcerias com os líderes na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Também esclarecemos aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sobre a importância do

acompanhamento na UBS. Tivemos contato contínuo com a secretaria de educação, assim como com outras entidades para juntos trabalhar pôr uma comunidade saudável. Realizamos palestras nas igrejas e escolas sobre alimentação saudável e hábitos prejudiciais a cada quinze dias.

Com as palestras e visitas realizadas houve mudanças principalmente em relação à alimentação dos usuários, pois muitos conseguiram mudar seus hábitos alimentares. Ainda orientamos sobre a possibilidade de plantar verduras no seu próprio quintal. Além disso, respeitando as costumes dos amazonenses de comer farinha em todas as refeições, à maioria percebeu que o consumo excessivo da mesma é causa frequente de problemas gástricos, como gastrites, úlceras, e que deveriam mudar o padrão de consumo e variar mais a dieta. As palestras no âmbito da UBS e comunidade foram realizadas em cada semana da intervenção e se converteram em momentos de discussão, e conversa ampliada com a participação dos usuários do serviço através de uma atenção à saúde mais participativa.

Podemos mencionar que no decorrer da intervenção as facilidades encontradas foram direcionadas ao apoio do gestor do município para o desenvolvimento deste trabalho, a incorporação da outra equipe que atua na UBS Manoel Messias de Oliveira através da colaboração de todo os profissionais da equipe, a parceria do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM), em especial da professora e dos alunos de nutrição e dietética, assim como o apoio das lideranças comunitárias como o padre de Igreja católica, a diretora da escola e o pastor da Igreja Assembleia de Deus.

Dentre as dificuldades encontradas no decorrer da intervenção estão às intensas chuvas que alagaram toda a área ribeirinha, pelo aumento de nível do rio Juruá, dificultando o acesso das equipes às residências para realização de visitas domiciliares aos usuários com HAS e DM. Embora a comunidade tenha auxiliado no empréstimo de canoas para realização das visitas, a equipe teve dificuldade no acesso aos usuários em virtude das áreas que estavam alagadas permanecerem isoladas pela presença de muito barro, mesmo assim continuamos visitando as famílias. Outra dificuldade está na falta de bioquímico no hospital para fazer os exames complementares como ureia creatinina, filtrado glomerular e outros. Não tínhamos glicômetro na unidade de saúde, porém essa questão foi solicitada pelo secretário de saúde. O acesso à internet continua difícil, mas agradeço muito a colaboração da diretora da escola Padre Guilherme e todas as pessoas da escola

que me acolheram com tanto carinho e permitiram que eu estivesse acessando a internet na escola a qualquer hora para enviar as tarefas do curso.



Figura 4: Médica da UBS Manoel Messias de Oliveira realizando visita domiciliar nas áreas acometidas pela enchente do Rio Juruá.  
Fonte: Arquivo pessoal da especializanda.

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

Uma das ações previstas no projeto que não pode ser desenvolvidas em sua totalidade no decorrer da intervenção foi à realização de algumas visitas domiciliares aos usuários com HAS e DM por residirem em áreas do município que estavam alagadas em decorrência da enchente, porém priorizamos as visitas aos idosos com HAS e/ou DM com problemas de locomoção. Além disso, não foi possível realizar os exames de rotina para determinar níveis de colesterol e triglicérides no sangue por falta de reagentes, os mesmos não são realizados a mais de três meses.

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

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção. O preenchimento da ficha espelho foi um importante instrumento para a coleta de informações dos usuários com HAS e DM no serviço de saúde e serviram para alimentar todos os itens da planilha de coleta de dados. Através da utilização



da ficha espelho e da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso foi possível realizar o monitoramento da intervenção no decorrer dos três meses. No decorrer da intervenção tivemos o auxílio do médico Arturo e de toda sua equipe para realizar o preenchimento da ficha espelho para os usuários com HAS e DM atendidos por ele.

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

Fiquei muito feliz com o trabalho de intervenção, já que motivou muito as duas equipes e gestor de saúde, com ajuda deles o trabalho foi melhor, com mais qualidade, e tivemos uma experiência nunca antes vivida. Ainda aprendemos que quando se trabalha em equipe os objetivos se cumprem. Este projeto é muito viável para a incorporação a rotina de trabalho na UBS, pois o cadastro e a consulta dos usuários com hipertensão e diabetes seguirão sendo desenvolvidos, bem como o preenchimento da ficha espelho e a organização dos registros para aumentar os indicadores da ação programática. O projeto de intervenção foi muito bem acolhido pela duas equipes, pois estavam conscientes da importância da intervenção para a melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM e mesmo com as adversidades, cumprimos com os objetivos propostos no projeto.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Manoel Messias de Oliveira, no município de Itamarati, Amazonas e foi desenvolvida no período de março a junho 2015, correspondendo a 12 semanas de atividades.

A UBS Manoel Messias de Oliveira atende uma população de 8.551 habitantes, destes 1.301 são hipertensos e 321 diabéticos com 20 anos ou mais segundo estimativas geradas na planilha de coleta de dados do curso. Optamos por utilizar as estimativas da planilha de coleta de dados por estarem mais próximas da realidade da unidade de saúde. Os objetivos específicos e metas foram monitorados por meio de indicadores de cobertura e qualidade.

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ao analisar os indicadores de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão, podemos verificar que no primeiro mês foram cadastrados e acompanhados na UBS Manuel Messias de Oliveira 47 (3,6%) hipertensos, no segundo mês 141 (10,8%) e no terceiro mês 251 (19,3%). Embora, houve um avanço gradual dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS, não conseguimos alcançar a meta de cobertura proposta de 70%. Acredito que algumas dificuldades encontradas no decorrer da intervenção acabaram prejudicando o alcance da meta como, às intensas chuvas que alagaram toda a área ribeirinha em decorrência do aumento do nível do rio Juruá, dificultando o acesso das equipes às residências para realização de visitas domiciliares e o acesso dos próprios usuários

com HAS e DM a unidade de saúde. Além disso, alguns usuários que estavam diagnosticados com hipertensão, ao fazer aferição repetida da pressão arterial em dias diversos, história clínica, exame físico, avaliação laboratorial, presença de lesões em órgãos alvo não eram hipertensos. No entanto, cabe mencionar que conseguimos através do cadastramento melhorar o registro e acolhimento dos usuários portadores deste agravo no serviço de saúde.

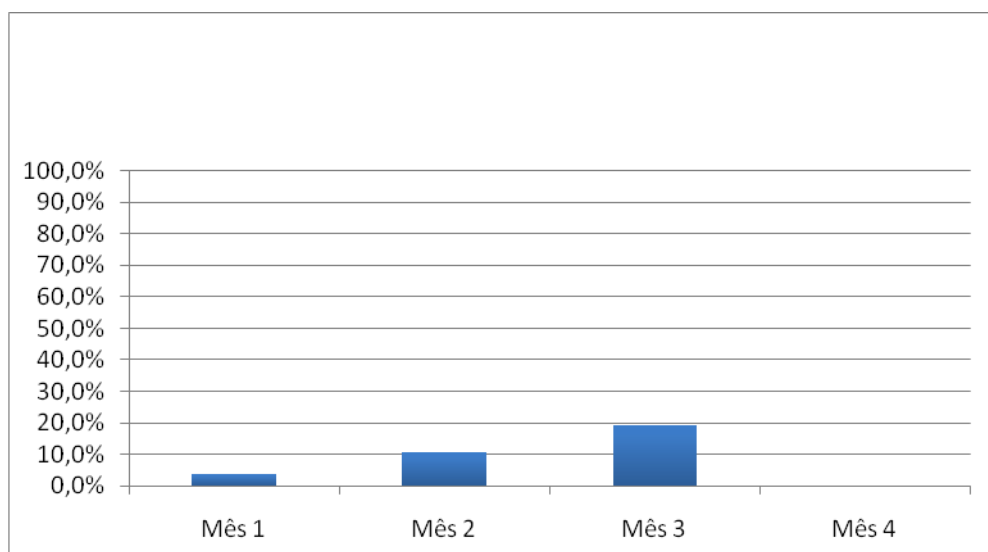


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 1.2: Cadastrar 70% das pessoas com diabetes mellitus da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Já em relação aos indicadores de cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes, podemos verificar que no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 11 (3,4%) usuários com diabetes, no segundo mês 23 (7,2%) e no terceiro mês 47 (14,6%). Apesar de não alcançarmos a meta proposta é possível verificar um aumento da cobertura ao longo dos meses.

Os ACS tiveram papel fundamental no desenvolvimento desta ação, pois ficaram responsáveis pelo cadastramento dos usuários com HAS e DM na UBS. Além disso, disponibilizamos na sala de triagem todos os recursos necessários para avaliação inicial dos HAS e DM como, esfigmomanômetro, fita métrica, a balança de adulto, materiais de oficina o que contribuiu para identificar e melhorar os prontuários dos usuários. Porém, às intensas chuvas que alagaram toda a área

ribeirinha, acabaram dificultando o acesso das equipes às residências dos usuários e o acesso dos mesmos ao serviço de saúde.

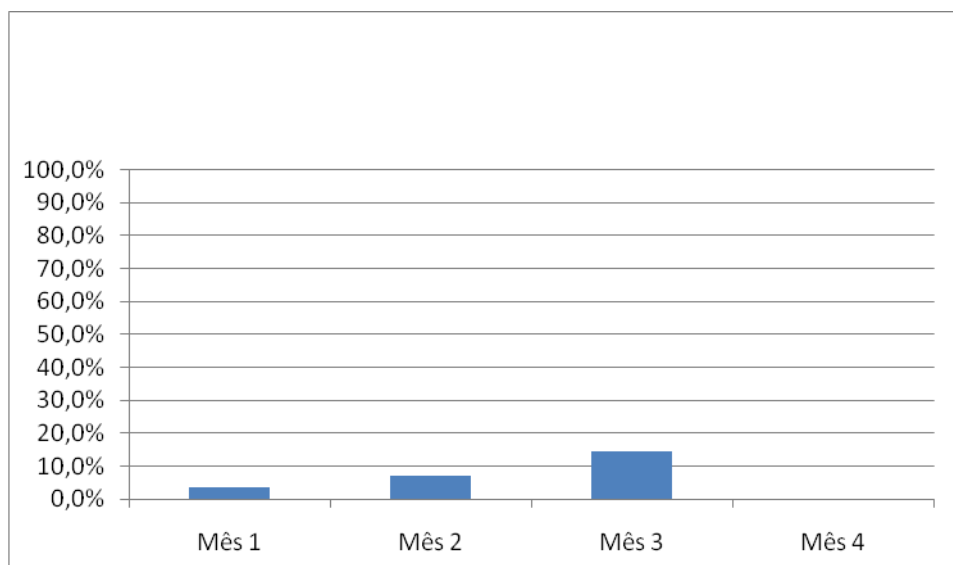


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

Ao analisar os indicadores de qualidade em relação ao exame clínico apropriado, podemos verificar que no primeiro mês 46 (97,9%) hipertensos foram avaliados, no segundo mês 140 (99,3%), no terceiro mês 251 (100%). Verifica-se que ao longo da intervenção os dados tiveram um comportamento crescente em relação ao quantitativo de pessoas cadastradas, sendo possível alcançar a meta proposta de 100%. Para melhorar a atenção às pessoas com HAS foi realizado o exame clínico apropriado em todos os usuários no momento da consulta. Todos os usuários idosos com HAS e/ou DM e com problema de incapacidade motora foram avaliados em seu domicílio durante as visitas domiciliares.

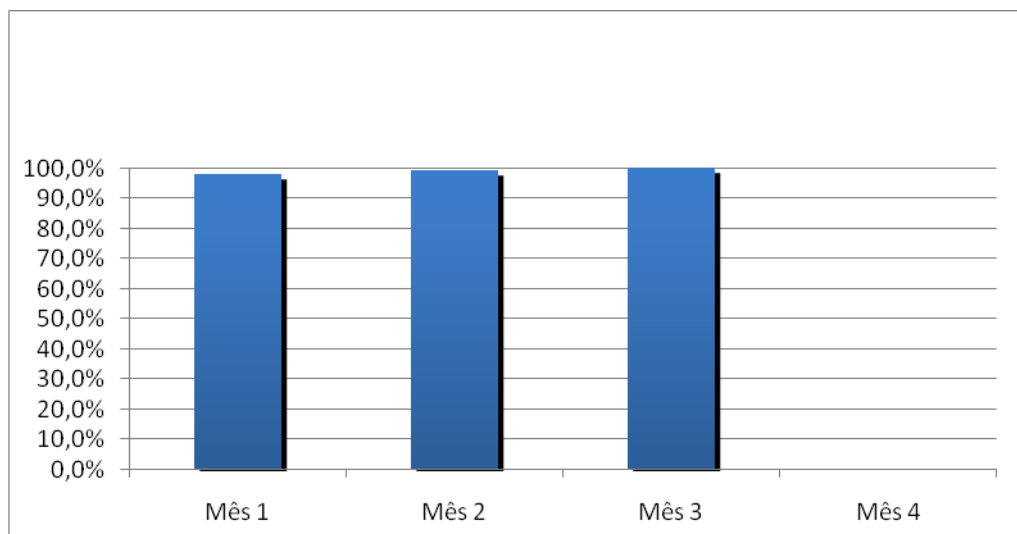


Figura 7: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

Quanto aos usuários com diabetes, no primeiro mês realizamos exame clínico apropriado em 11 (100%) usuários, no segundo mês em 23 (100%) e no terceiro mês em 47 (100%) pessoas com diabetes. Alcançando durante os três meses da intervenção 100% dos usuários atendidos e cadastrados no programa. Esses resultados obtidos durante a intervenção só foram possíveis graças ao apoio dos ACS, pois participaram mais ativamente da visita domiciliar, orientando sobre a importância dos usuários com HAS e/ou DM realizarem o acompanhamento na unidade de saúde. Assim, para todos os usuários atendidos durante a consulta foi realizado o exame clínico pela médica da equipe.

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

Quando analisamos os indicadores de qualidade do programa sobre a realização de exames complementares pelos usuários com HAS, podemos verificar que no primeiro mês 40 (85,1%) usuários com HAS realizaram os exames, no segundo mês 129 (91,5%) e no terceiro mês 233 (92,8%) usuários, não atingindo a meta proposta de 100%.

Durante os atendimentos clínicos e visitas domiciliares a médica realizou a solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo para usuários com HAS e/ou DM. Porém, alguns usuários não conseguiram realizar os exames por

falta de bioquímico e de reativos no hospital do município, embora tenha sido realizado um esforço para dar prioridade aos usuários do programa. Os ACS tiveram uma participação ativa na identificação dos usuários assim como na orientação sobre a importância da realização dos exames. Muitas vezes os próprios ACS entregavam aos usuários as solicitações dos exames que já estavam devidamente preenchidas e carimbadas pela médica, este trabalho igualmente foi monitorado pela enfermeira da UBS.

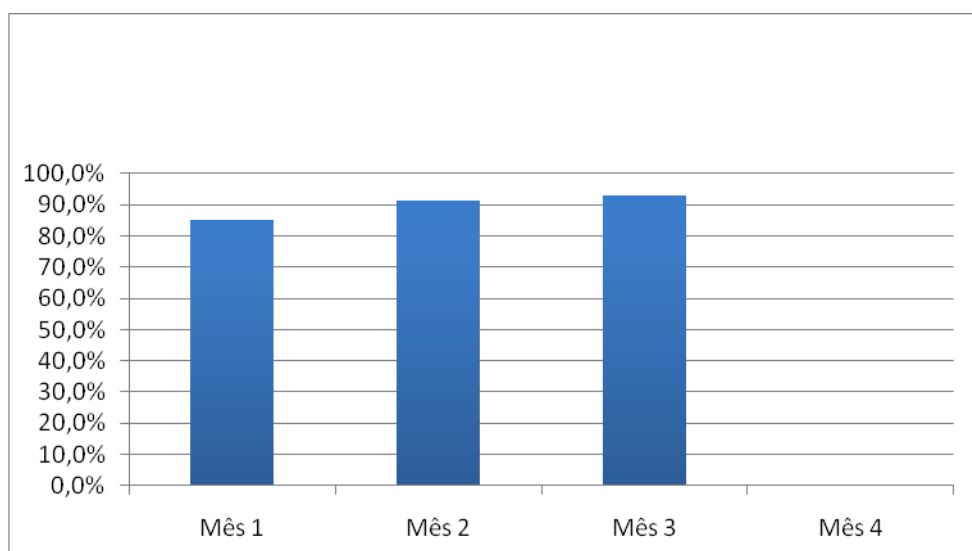


Figura 8: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira, Itamarati, AM, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

Quanto aos usuários com diabetes, no primeiro mês 11 (100%) pessoas com diabetes havia realizado os exames complementares, no segundo mês 23 (100%) e no terceiro mês 43 (95%). Conseguimos alcançar 100% da realização de exames complementares pelos usuários com diabetes no primeiro e segundo mês da intervenção, porém no terceiro mês houve um declínio, pois tivemos dificuldade com bioquímico e reativo.

Alcançamos o controle metabólico dos usuários diabéticos diante da avaliação laboratorial regular dos usuários, para alguns tivemos que introduzir novos tratamentos incluindo a insulina. Neste trabalho, contamos com o apoio do técnico de enfermagem que realizou uma relação dos usuários que precisavam a coleta cedo de manhã, a mesma foi feita no âmbito domiciliar, e com certeza, com boa

aprovação dos usuários, alternativas que tivemos que traçar, para reforçar a adesão ao tratamento.

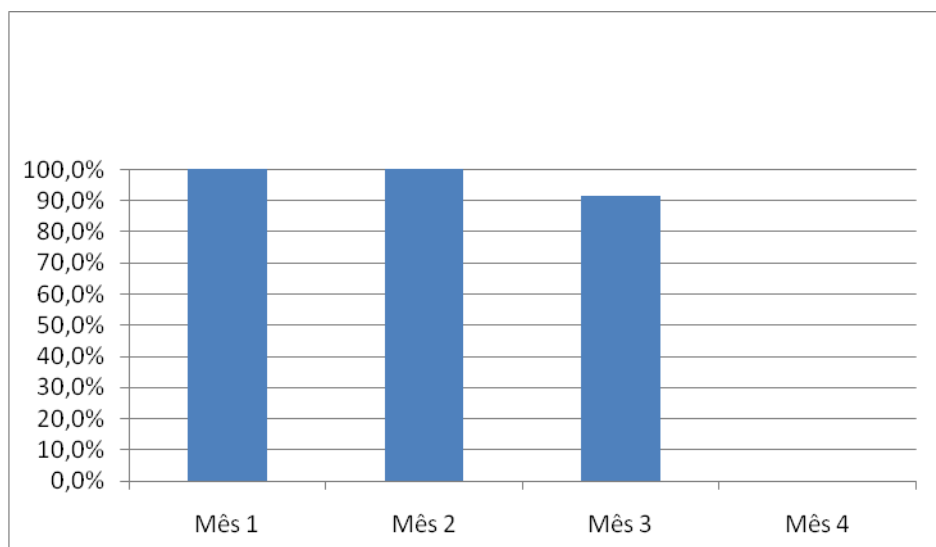


Figura 9: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia na UBS Manuel Messias de Oliveira, Itamarati, AM, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção 35 (74,5%) usuários com HAS receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 127 (90,1%) e no terceiro mês 237 (94,4%). A meta proposta não foi cumprida, pois alguns usuários cadastrados no programa fazem uso de medicamentos não disponíveis na farmácia popular e para os que residem no interior do município, os familiares desconheciam a medicação que estava em uso pelo hipertenso, o que dificultou o preenchimento deste dado, assim não conseguimos alcançar a meta de 100%. No entanto, acho importante mencionar que não temos falta de medicamentos na farmácia popular/Hiperdia, pois o gestor de saúde prioriza o fornecimento dos medicamentos das doenças crônicas.

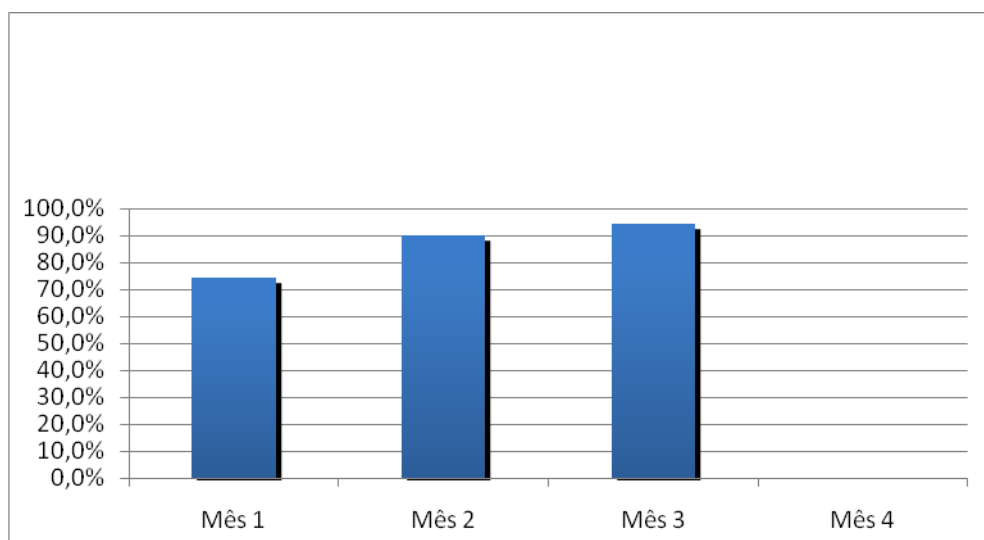


Figura 10: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS Manuel Messias de Oliveira. Itamarati, AM. 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

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

No primeiro mês da intervenção 11 (100%) pessoas com diabetes haviam recebido a prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 23 (100%) e no terceiro mês 47 (100%). Assim, nos três meses da intervenção foi possível garantir que 100% dos usuários com diabetes receberam medicamentos da farmácia popular. Os medicamentos são disponibilizados aos usuários na farmácia popular/Hiperdia sem falta, o que representa uma garantia para o controle desta doença.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

No primeiro mês foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 47 (100%) usuários com hipertensão, no segundo mês em 141 (100%) e no terceiro mês em 251 (100%) usuários. Com o apoio do dentista conseguimos que durante os três meses de intervenção 100% dos hipertensos fossem avaliados, e muitos destes usuários possuem dentadura.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.

Nos usuários com DM também conseguimos que 100% deles fossem avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês 11



(100%) pessoas com diabetes foram avaliadas, no segundo mês 23 (100%) e no terceiro mês 47 (100%). Esses usuários foram avaliados tanto na consulta odontológica, no atendimento médico e durante as visitas domiciliares. Conseguimos abranger 100% dos usuários graças ao empenho do dentista em sua atividade diária. Além disso, os usuários participaram das palestras oferecidas na UBS e nas igrejas pelo grupo de nutrição e dietética onde sempre orientava a importância do cuidado bucal e a visita ao odontólogo. Os usuários idosos e acamados foram avaliados na visita domiciliar pelo odontólogo e médico.

Grças ao trabalho missionário realizado entre a paróquia Nossa Sra. das Dores de Rio Verde, Estado Sul Brasileiro dos Missionários da Sagrada Família, Paróquia São Benedito e Prefeitura de Itamarati foi possível realizar atendimentos médico e odontológicos a população do município. Um protético juntamente com as três odontólogas do município conseguiram confeccionar 117 próteses dentárias aos usuários que necessitavam. Os usuários ficaram muito contentes com as dentaduras, melhorando assim a qualidade de vida dessas pessoas e a autoestima. Inclusive muitos deles eram hipertensos e diabéticos da comunidade em estudo. Os profissionais que realizaram esses atendimentos tem boa preparação acadêmica e excelente relação humana com a população. Nesse período compartilhamos momentos de muito trabalho, alegria, trocamos presentes e fizemos um jantar com pratos típicos da região para confraternizar esse importante momento.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

Em relação aos hipertensos faltosos a consultas, realizamos busca ativa conforme a periodicidade recomendada em 7 (100%) usuários hipertensos faltosos, no segundo mês em 12 (100%) e no terceiro mês em 19 (100%), com uma tendência crescente das buscas. Assim, no decorrer dos três meses de intervenção conseguimos realizar a busca ativa em 100% dos hipertensos faltosos as consultas. É importante reconhecer que para alcançar a meta proposta contamos com o trabalho dos ACS, na identificação e busca destes usuários. Também durante as palestras realizadas pela médica na UBS, igreja e centro de convivência do idoso era reforçada a importância dos usuários faltosos realizarem as consultas na UBS e motivando-os a procurar o serviço.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes que faltam às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A fim de melhorar a adesão dos usuários com diabetes, também realizamos busca ativa para esta população. No entanto, somente no terceiro mês da intervenção tivemos usuários faltosos às consultas. Para os quatro usuários com diabetes faltosos, conseguimos realizar busca ativa em 100%. A busca ativa foi realizada mesmo com as dificuldades apresentadas devido à enchente dos rios nesse período, o que dificulta a locomoção através de canoa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Em relação o registro das informações, conseguimos manter a ficha de acompanhamento para 100% dos usuários com HAS durante toda a intervenção. No primeiro mês 47 (100%) usuários com HAS tiveram registro adequado da ficha de acompanhamento, no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 251 (100%) usuários.

Observar-se que este indicador foi cumprido com qualidade, mas tive uma boa implementação, já que todos os usuários têm os prontuários arrumados para o trabalho, habilitado com as informações pertinentes concernentes ao programa. Mesmo assim, realizou-se mudanças significativas no processo e organização do trabalho na UBS, com registro dos atendimentos, ações antes nunca realizadas na unidade de saúde e que continuam sendo realizada em a rotina de trabalho das equipes de saúde com grande aceitação dos usuários.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

A proporção de usuários com diabetes que tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% em todos os meses da intervenção. Assim, no primeiro mês tivemos 11 (100%) usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês tivemos 23 (100%) e no terceiro mês 47 (100%) dos usuários. Atingimos a meta proposta de 100% porque a ficha de acompanhamento foi preenchida para todos os usuários com HAS e DM que realizaram atendimento clínico na UBS. Com as fichas de acompanhamento pode-se atualizar a data de volta dos usuários tendo em conta a avaliação de risco para doença cardiovascular.

Objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Durante a intervenção foi realizado estratificação de risco em 100% dos usuários com HAS, sendo esta meta atingida. No primeiro mês realizaram estratificação de risco 47 (100%) usuários, no segundo mês 141 (100%) e no terceiro mês 251 (100%) dos usuários.

Esta meta foi atingida, visto ser a primeira vez onde os usuários são estratificados para risco de doença cardiovascular, segundo escore de Framingham: baixo risco-intermediário e alto risco. Sendo que foi uma atividade muito importante para tratar, classificar e acompanhar os usuários, assim temos uma visão integral dos hipertensos, o que permite traçar estratégias de atendimento na UBS. A tarefa foi desenvolvida pelo médico na consulta e na visita domiciliar.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Durante a intervenção conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de usuários com DM, atingindo a meta proposta. No primeiro mês da intervenção foi realizado a estratificação de risco cardiovascular em 11 (100%) usuários, no segundo mês em 23 (100%) e no terceiro mês em 47 (100%) usuários.

Para esta ação toda a equipe foi capacitada para a identificação dos riscos cardiovascular, a tarefa começava na sala da triagem onde se estabeleceu prioridades para os usuários portadores de HAS e DM, prévios conhecimentos de um fluxograma elaborado para organização do atendimento o que permitiu a equipe ganhar em habilidade tendo em conta idade, doença, parâmetro vitais, e área de procedência. Os usuários foram apoderados de informações para controle de sua doença, assim de como identificar situações de riscos.

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

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes

Neste objetivo as metas planejadas foram atingidas em 100% durante o decorrer dos três meses de intervenção, garantindo orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e diabéticos. Essa meta foi cumprida graças ao apoio das lideranças comunitárias, da equipe e do gestor. Também tivemos a parceria com a CETAM, à professora do curso de nutrição e dietética do estágio supervisionado com seus alunos. Foram realizadas palestras na igreja católica, na UBS, nas escolas e praça da cidade com a participação de muitas pessoas e bom acolhimento.

Conseguiu-se envolver as duas equipes pertencentes a UBS no desenvolvimento das atividades de intervenção, após as palestras e visitas realizadas pela equipe houveram muitas mudanças principalmente em relação a alimentação, ou seja, alcançamos que as pessoas mudassem de hábitos alimentares perigosos para a saúde pôr hábitos alimentares saudáveis. Foram orientados sobre a importância do consumo de frutas e vegetais e foram orientados a plantar verduras que podem ser produzidas no seu próprio quintal. Além disso, respeitando os costumes amazonenses de comer farinha em todas as refeições, alimento preferido deles, à maioria percebeu que o consumo excessivo da mesma é causa frequente de problemas gástricos, como gastrites, úlceras, e que deveriam mudar o padrão de consumo, e variar mais a dieta, consumir mais arroz e outros alimentos. Alimentação saudável de acordo as condições socioeconômicas das pessoas, orientei de como aproveitar as frutas que se dão de forma natural na floresta como açaí com propriedades nutricionais muito boas, só que deveriam ter uma boa higiene na preparação e com água de qualidade já que ela pode apresentar muitas vezes contaminação com o vetor que transmite a doença de chagas, que há alguns meses atrás apresentou-se um surto da doença no município próximo ao nosso onde a forma de transmissão foi por esta mesma causa.

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.

Esta meta também foi atingida em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, os idosos tiveram acesso ao centro de convivência de idoso onde se estimula a prática de exercícios físicos, esta tarefa é desenvolvida pelo médico, enfermeiro e educador físico da UBS duas vezes por semana. Explicamos a

importância da prática de exercícios físicos, incentivamos a todos eles a realizar caminhadas, e devem ser aumentadas progressivamente. As palestras realizadas no centro de idosos tiveram a participação dos ACS, o médico Arturo e o enfermeiro conjuntamente com as duas psicólogas que atendem os idosos, assistente social do centro e do município. Falamos sobre HAS e DM como prevenir estas doenças, os principais fatores de risco, tratamento, complicações, exercícios adequados para idade e dieta adequada para cada doença. Os idosos fizeram perguntas interessantes sobre tratamento. Existe muita acolhida e satisfação deste grupo com esta tarefa que já vinha sendo desempenhada antes da intervenção. Pessoas e autoridades do município tem muita motivação a que se realizem exercícios físicos e disponibiliza atividades de dançoterapia, uma vez na semana na praça, a população faz caminhada no aeroporto que fica 10 km da cidade.

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.

Nesta meta também foi possível atingir 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo para hipertensos e diabéticos. No entanto, não foi monitorado o abandono, mas os usuários foram orientados quanto o risco de consumo. Essa orientação foi realizada através da rádio, pelos ACS nas suas visitas domiciliares e nas palestras realizadas na UBS, igrejas e praças.

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.

Esta meta foi atingida num 100% para usuários hipertensos e diabéticos graças ao apoio recebido pelo odontólogo. Foram realizadas orientações sobre higiene bucal na rádio. Tem um trabalho desenvolvido na comunidade há mais de dois anos com muita aceitação da população que é a confecção de dentadura pelos missionários de Rio Verde.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Manoel Messias de Oliveira, município de Itamarati proporcionou a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoria da qualidade do atendimento, principalmente através da realização do exame físico completo, solicitação de exames complementares e priorização da prescrição de medicamentos dispensados através da farmácia. Também tivemos melhoria nos registros de informações dos usuários, da qualificação da atenção para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos populacionais e melhoria das atividades de promoção de saúde sobre alimentação saudável, prática de exercício físico, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Ainda com as ações desenvolvidas durante a intervenção foi possível aumentar o número de visitas domiciliares e avaliar a saúde bucal dos usuários pela equipe de odontológica, com a entrega de dentaduras pela equipe de Rio Verde. Assim, a população alvo tomou conhecimento das ações preconizadas para a hipertensão e o diabetes nos serviços de saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações previstas no protocolo do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, e monitoramento da hipertensão e diabetes. Diante disso, a intervenção impactou de maneira positiva na equipe, pois permitiu uma maior integração e envolvimento de todos no desenvolvimento das ações, desde o médico há recepcionista. Além disso, possibilitou que a equipe organiza-se melhor o serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos eram misturadas com os demais atendimentos. Agora conseguimos realizar as atividades da intervenção e as consultas referentes às outras ações programáticas da UBS como, puericultura, preventivo, pré-natal, alcançando assim um atendimento sistematizado e com qualidade.

A equipe que realizou a triagem obteve mais conhecimentos e recursos para aferição de parâmetros indispensáveis aos hipertensos e diabéticos, como peso, estatura, pressão arterial, circunferência abdominal e braquial, dando prioridade aos usuários de alto risco já identificado nos prontuários. Foi possível preencher com qualidade as fichas espelho as quais estão arquivadas por meses e foram fornecidas pela secretaria de saúde.

Os usuários com hipertensão e diabetes demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e com as atividades de promoção em saúde oferecida pela equipe da UBS, a professora de nutrição e dietética e seus alunos em estágio, com apoio de lideranças comunitárias, igreja católica e mídia. Com a intervenção conseguimos que o gestor municipal tivesse conhecimento da importância de intervir nesta ação programática e de intensificar o conselho municipal de saúde no trabalho proposto.

A intervenção teve impacto na comunidade de maneira favorável, pois a população foi muito receptiva quanto às orientações educativas. A mobilização realizada pelos líderes comunitários contribuiu para inserir a população alvo de HAS e DM nas atividades de grupo, sendo isto uma fortaleza na atenção a saúde. Formou-se um grupo de hipertensos e diabéticos no centro de convivência de idosos com grande número de usuários participantes.

A intervenção não se restringiu a um momento de 12 semanas de trabalho, uma vez que às atividades desenvolvidas na intervenção continuam sendo realizadas no serviço e foram incorporadas à rotina de trabalho das duas equipes com grande aceitação da população, com a finalidade de melhorar ainda mais a qualidade da atenção prestada aos usuários com HAS e DM.

Não foi possível atingir com esta intervenção a meta de cobertura, sigo trabalhando para alcançá-la em médio prazo, para promover a melhoria da saúde física, nutricional, dos usuários das comunidades, com novas iniciativas, buscando uma melhor qualidade de vida dos usuários com HAS e DM. Fiquei muito feliz com a intervenção realizada, com a escolha da ação programática da atenção aos usuários com HAS e DM e com o trabalho em equipe, pois realizaram os atendimentos com profissionalismo, amor e dedicação.

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

Prezados Gestores Municipais de Itamarati,

Com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Manoel Messias de Oliveira, município de Itamarati, Amazonas, realizamos um trabalho de intervenção direcionado a esse público alvo no decorrer de 12 semanas. O desenvolvimento da intervenção faz parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade EaD, da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL, em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Para o desenvolvimento das ações que estavam previstas no projeto da intervenção contamos com o apoio incondicional da secretaria municipal de saúde e gestores do município de Itamarati com o fornecimento de recursos e impressão das fichas espelhos. Obtivemos um bom relacionamento com os gestores sendo o meio propício para esclarecer dúvidas, solucionar problemas, traçar estratégias, e aperfeiçoar as ações desenvolvidas no serviço de saúde. Além disso, sempre tivemos a participação e apoio de toda a equipe na intervenção, e juntos trabalhamos no desenvolvimento de atividades assistenciais e educativas, a fim de alcançar mais qualidade no atendimento e uma população mais saudável.

Antes de iniciar a intervenção apresentamos o projeto para equipe e realizamos a capacitação sobre o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. No decorrer da intervenção conseguimos garantir aos usuários o fornecimento dos medicamentos, sempre em quantidade suficiente. Os usuários faltosos as consultas planejadas foram visitados no domicílio pelos ACS ficando agendada a próxima consulta na UBS com o médico. Garantimos o registro adequado dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa e melhoramos o acolhimento para os usuários com doenças crônicas. Ainda garantimos a



verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste aos usuários acompanhados na intervenção. Ressalto a importância dos ACS nesta intervenção, pois desenvolveram um ótimo trabalho na busca ativa dos usuários com HAS e DM pertencentes à área, uma vez que conhecem melhor a população atendida.

Durante o período da intervenção apresentamos algumas dificuldades no município em relação à realização de exame oftalmológico, fundamental na detecção precoce das retinopatias hipertensivas ou diabéticas. Como também no desenvolvimento de exames de creatinina, ureia, ácido úrico, teste oral de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, dentre outros, pois o laboratório do hospital estava sem bioquímico. Tivemos um encontro com a diretora do hospital e os técnicos de laboratório para garantir com prioridade os exames para os usuários do programa.

Mesmo diante de algumas dificuldades e limitações, podemos garantir que o desenvolvimento da intervenção na UBS Manoel Messias de Oliveira propiciou a melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Segundo estimativas geradas pela planilha de coleta de dados do curso, temos na área da UBS 1.301 pessoas com HAS e 321 com DM. No entanto, durante o desenvolvimento da intervenção conseguimos cadastrar na UBS um total de 251 (19,3%) usuários com HAS e 47 (14,6%) com DM, não alcançando a cobertura proposta de 70%.

No entanto, em relação às metas de qualidade, realizamos exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes; 233 (92,8%) usuários com HAS e 43 (95%) DM realizaram os exames complementares; 237 (94,4%) dos HAS e 100% dos DM tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular; foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e diabetes; buscamos 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas; 100% dos usuários com HAS e DM tiveram registro adequado da ficha de acompanhamento e realizaram estratificação do risco cardiovascular; garantimos orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

Diante desses resultados obtidos gostaria que o apoio dos gestores em relação à intervenção se mantivesse, pois desta forma podemos ampliar a cobertura do programa e melhorar cada vez mais a atenção prestada aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área da UBS Manoel Messias de Oliveira, principalmente os

usuários que residem nas localidades rurais afetadas enchentes, pois essa situação afeta o acompanhamento pela equipe de saúde em decorrência do difícil acesso a esses locais.

Com as experiências positivas e os desafios obtidos no decorrer da intervenção, estamos preparados para seguir trabalhando com as equipes nesta ação programática, aperfeiçoando as ações desenvolvidas a fim de melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM no município de Itamarati/Amazonas.

Meu eterno agradecimento ao gestor do município de Itamarati.

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

Prezada Comunidade da área adscrita da UBS Manoel Messias de Oliveira,

Do decorrer de três meses realizamos no serviço de saúde uma intervenção direcionada a ação programática Hipertensão e Diabetes. Essa intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes; ampliar a cobertura do programa; melhorar a adesão dos usuários ao serviço de saúde; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; e promover a saúde destes usuários.

Escolhemos trabalhar com a Hipertensão e Diabetes porque são doenças crônicas que se não tratadas e acompanhadas de maneira adequada no serviço de saúde podem causar complicações mais graves a saúde do usuário, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e incapacidades funcionais e motoras.

Diante disso, com o apoio da comunidade durante a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar na UBS 251 usuários com HAS e 47 com DM, o que permitiu que muito deles conseguissem melhorar o controle pressórico e metabólico. Para isso, realizamos ações específicas que permitiram uma maior adesão destes usuários às consultas, com o desenvolvimento de avaliação integral dos HAS e DM no programa, realização de exame clínico apropriado, estratificação do risco cardiovascular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico em todos os usuários acompanhados.

Realizamos orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal durante as consultas, sala de espera, através da rádio e nas palestras oferecidas na UBS, igreja católica e praça. Dessa maneira, os conhecimentos obtidos pelos HAS e/ou DM nesses encontros vão auxiliar nos cuidados com a saúde e controle da doença. Pois, a população tem direito de receber do médico e demais membros da equipe orientações claras e

precisas da estratégia terapêutica e consequências da não adesão ao tratamento. No entanto, os usuários também são responsáveis pela procura do serviço de saúde para o acompanhamento e controle da doença.

Cabe ainda mencionar que na intervenção contamos com o apoio e parcerias de lideranças comunitárias como, o padre da igreja católica, diretores das escolas, chefe dos índios, CETAM, professora e alunos do curso de nutrição e dietética, centro de convivência dos idosos, CRAS o que contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre o serviço de saúde e comunidade. Assim, com o desenvolvimento de ações integrais de saúde na comunidade direcionadas aos HAS e/ou DM, momentos de discussão, conversa ampliada e participação dos usuários, conseguimos atingir as metas e indicadores de saúde propostos no projeto de intervenção, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Este trabalho realizado na UBS demonstrou o quanto é importante o apoio da comunidade, por isso estimulamos a população em geral a seguir trabalhando em atividades de promoção de saúde com os ACS e participando ativamente do controle social, pois é uma das maneiras mais eficazes de garantir a melhoria da qualidade do atendimento em saúde para a população de Itamarati.

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

No início do curso tive inúmeros desafios a enfrentar, dentre eles os relativos a dificuldades de acesso a internet que não me permitiram terminar o curso no tempo programado, a dificuldade com o idioma português, mas ao interagir com a comunidade fui aprendendo a pronuncia da região e aperfeiçoando a língua e a escrita corretamente.

No decorrer do curso melhorei os meus conhecimentos em saúde, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios e diretrizes, as políticas públicas do país, sobre o controle social e ações programáticas seguindo estritamente os protocolos do Ministério da Saúde.

Os objetivos propostos nas unidades de estudo tiveram muito bem desenhados com muito rigor científico e pedagógico para alcançar uma melhor qualidade dos conhecimentos da medicina e de saúde coletiva. Além disso, com os temas de revisão da prática clínica aprendi habilidades que me permitiram um melhor desenvolvimento nas pesquisas de informações atualizadas, redação com clareza e sequencia lógica e revisar quantas vezes fosse necessário à confecção de tarefas e aprofundamento sobre os temas. Agradeço e reconheço o importante trabalho realizado pela minha orientadora que é muito exigente, perfeccionista com grande qualificação científica e pedagógica. Os temas abordados no curso ajudaram muito no rastreamento das doenças agudas e crônicas e condutas utilizadas em cada caso. Com a intervenção busquei motivar minha equipe a trabalhar na promoção de saúde com temas direcionados ao combate ao tabagismo, incentivo a prática de exercício físico, mudança de hábitos alimentares, promovendo estilos de vidas saudáveis.

Conheci a realidade do Brasil em relação às desigualdades regionais, onde a distribuição de recursos humanos e financeiro é terrivelmente desigual, por

exemplo, onde eu trabalho é um lugar de difícil acesso, o mesmo ocorre somente por via aérea e fluvial e não temos especialidades e nem bioquímico para a realização de exames de tecnologia avançada. Diante disso, reconhecemos a necessidade e importância deste curso e do Programa Mais Médicos para levar a esses usuários atenção a saúde e profissionais com conhecimento atualizado para dar solução aos problemas pessoais e das coletividades localizadas em regiões distantes da geografia brasileira e sobre tudo ao povo amazonense.

Com a dinâmica do curso conhecemos melhor nossa área de trabalho, e com a intervenção conseguimos trabalhar com uma ação programática que precisava ser melhorada na unidade de saúde. A intervenção permitiu conhecer as necessidades do povo, como moram e do que adoecem. Confesso que foi um grande desafio visitar de canoas as famílias ribeirinhas, mais pobres e carentes do município e olhar de perto como esses lugares fica durante as cheias do rio Juruá que rodeia nosso município. Com a intervenção conseguimos que a equipe de enfermagem, os ACS, e os demais membros da equipe integrassem ao processo de promoção e prevenção de saúde na comunidade fortalecendo o atendimento domiciliar continuado com ações de acompanhamento, sendo isto muito aceitado pela população.

O curso foi ótimo, porque adquirir todas as ferramentas necessárias para trabalhar na estratégia da saúde da família com ações de promoção, prevenção de agravos e tratamento para a resolução dos principais problemas de saúde da população amazonense. Na era moderna a educação a distância tem uma importância determinante na capacitação dos profissionais de saúde no Brasil.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

## **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/UFPEL



