

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM**

**Annia Lennis Laffita Salazar**

**Pelotas, 2015**

**Annia Lennis Laffita Salazar**

**Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, 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 (a): Rosângela De Leon Veleda de Souza.

Pelotas, 2015

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

S161m Salazar, Annia Lennis Laffita

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM / Annia Lennis Laffita Salazar; Rosângela De Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

100 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Rosângela De Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe, meu irmão e meu pai, que são o motor impulsor de meu esforço e dedicação.

## **Agradecimentos**

Agradeço eternamente a todas as pessoas que de uma forma ou outra aportaram seus conhecimentos, tempo e dedicação para realizar este trabalho. Agradecimentos especialmente para minha assessora Rosangela Veleda de Souza por sua sublime dedicação e paciência.

## Resumo

SALAZAR, Annia Lennis Laffita. **Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM. 2015.** 98f. 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.

O controle da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus tem importância porque evita complicações posteriores com outras doenças que são incapacitantes para as pessoas. O objetivo desse trabalho foi melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira. Trata-se de uma intervenção envolvendo a população alvo de faixa etária a partir de 20 anos. As ações realizadas incluíram os eixos de monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e a qualificação da prática clínica. Para uma melhor organização da intervenção foram utilizadas as fichas espelho e a planilha coleta de dados. Os protocolos que se adotaram foram os Cadernos de atenção básica número 36 e 37 do 2013. A intervenção foi desenvolvida desde 26/03/2015 até 18/06/2015. Ao final de 12 semanas, a intervenção atingiu 262 usuários com hipertensão (50%) e 75 usuários com diabetes (50%). Foram realizados 262 exames clínicos aos usuários com hipertensão (100%) e 75 exames clínicos aos usuários com diabetes (100%). Tivemos 260 usuários com exames complementares em dia porque dois dos usuários com hipertensão se encontram fora da área (99,2%). Apresentamos 75 usuários com exames complementares em dia que representa o 100% dos usuários com diabetes. Os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários com diabetes fazem uso dos medicamentos que fornece a farmácia do consultório (100%). Realizou-se avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 260 usuários com hipertensão (99,2%) faltaram 2 usuários que se recusaram ao atendimento e 75 usuários com diabetes (100%). Foram avaliadas as necessidades de atendimento odontológico. Os 262 usuários com hipertensão foram avaliados em tempo nas consultas médicas (100%), não apresentando faltosos nas consultas ao final da intervenção; igualmente aconteceu com as pessoas com diabetes, os 75 usuários foram avaliados em tempo (100%). Os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários com diabetes apresentaram as fichas espelhos que representa o 100% para as duas doenças. Realizou-se a estratificação do risco cardiovascular para as 262 pessoas com hipertensão e 75 pessoas com diabetes cadastrados (100%). Para os 262 usuários com hipertensão (100%) e os 75 usuários com diabetes (100%) foram dadas as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. A intervenção teve importância porque a equipe ganhou em organização e melhor controle sobre os usuários; na comunidade foram diagnosticados novos casos com hipertensão e diabetes, houve melhora da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e com diabetes. O trabalho está inserido atualmente na rotina do serviço.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia do mapa do município São Gabriel da Cachoeira	14
Figura 2	Fotografia de imagens externa e interna da UBS/ESF Dabarú. São Gabriel da Cachoeira	15
Figura 3	Fotografia da parte interior da UBS/ESF Dabarú	16
Figura 4	Fotografia dos membros da equipe participando nas capacitações Equipe 10. ESF- Dabarú	53
Figura 5	Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita fazendo atendimento no consultório aos usuários com diabetes e com hipertensão. ESF- Dabarú	54
Figura 6	Fotografia da técnica de enfermagem fazendo triagem aos usuários com HAS e DM. Equipe 10. ESF- Dabarú	55
Figura 7	Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita fazendo trabalho de mesa com os ACS, no consultório para garantir o registro das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastrados no programa. ESF- Dabarú	56
Figura 8	Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita com parte da equipe fazendo visita domiciliar aos usuários faltosos a consulta no Bairro Dabarú. Equipe 10 da UBS- Dabarú	57
Figura 9	Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita Salazar fazendo a atualização dos profissionais sobre HAS e DM Equipe 10 da ESF- Dabarú	58
Figura 10	Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita apresentadora principal da palestra sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM. Centro comunitário do bairro Padre Cícero na área de abrangência.	59
Figura 11	Fotografia da odontóloga da equipe 10 da UBS- Dabarú fazendo palestra aos usuários com hipertensão e diabetes sobre saúde bucal. Centro comunitário do bairro Padre Cícero na área de abrangência	60
Figura 12	Gráfico da evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM	64
Figura 13	Gráfico da evolução mensal do indicador de cobertura do programa de	65

atenção ao usuário com diabetes na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM

- Figura 14 Gráfico da evolução mensal do indicador de proporção de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa de Hipertensão na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM 67
- Figura 15 Gráfico da evolução mensal do indicador de proporção de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa de diabetes na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM 68
- Figura 16 Gráfico da evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM 69
- Figura 17 Gráfico da evolução mensal do indicador de proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM 70
- Figura 18 Fotografia da especializada Dra. Annia L. Laffita fazendo visita domiciliar a usuário com sequela de um Acidente Vascular encefálico no Bairro Dabarú. Equipe 10 da UBS- Dabarú 71
- Figura 19 Fotografia da nutricionista realizando palestra com aos usuários com HAS e DM no consultório. ESF- Dabarú 74
- Figura 20 Fotografia da médica e enfermeira fazendo palestra no bairro Dabarú sobre a importância da prática de atividade física 75



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

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
AM	Amazonas.
CAP	Caderno de Ações Programáticas.
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial.
CEO	Centro Especializado Odontológico
CREAM	Centro de Referência Especializada Ambulatoriais Medica.
DM	Diabetes Mellitus.
DST	Doença sexualmente transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
e - SUS	Estadística do Sistema Único de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HGu.	Hospital de guarnição.
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.
IMC	Índice de massa corporal.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SUSAM	Sistema Único de Saúde do Amazonas.
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas.

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	31
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	60
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados .....	62
4.2 Discussão.....	75
5 Relatório da intervenção para gestores.....	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	85
Referências .....	87
Apêndices.....	88
Anexos .....	91

## **Apresentação**

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são consideradas doenças importantes que causam alto índice de morbimortalidade em todo o mundo, sendo considerado problema de saúde pública e representando além, fatores de riscos para outras patologias. No Brasil os indicadores de incidência e prevalência são considerados elevados, diversos programas e estratégias tem sido implementado objetivando controlar a incidência destas duas doenças. Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família como parte do Programa Mais Médico. Foi realizada uma intervenção na unidade básica Dabarú do município São Gabriel da Cachoeira no estado do Amazonas, tendo como foco a ampliação da cobertura e o melhoramento da qualidade da atenção para pessoas com hipertensão e diabetes com objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com estas duas patologias. As ações para o trabalho foram realizadas durante 12 semanas. O projeto foi conformado em sete unidades de estudo. A primeira foi a Análise Situacional onde descrevemos estruturalmente e funcionalmente como é a UBS/ESF- Dabarú. A segunda foi Análise Estratégica onde trabalhamos os objetivos, metas e a importância do projeto. A terceira unidade foi o Relatório da Intervenção onde relatamos todas as ações previstas. A quarta foi a Avaliação da Intervenção onde informamos os resultados obtidos e fizemos a discussão. Na quinta unidade foi o Relatório da Intervenção para os gestores onde apresentamos para o secretário o trabalho desenvolvido e os resultados. A sexta unidade foi o Relatório da Intervenção para a comunidade onde expusemos a importância que teve o trabalho para os usuários da área. Já na sétima unidade foi a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem onde destacamos os conhecimentos adquiridos com o projeto. No final do volume encontram-se os materiais anexos utilizados na intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Estou atuando como médica vinculada ao Programa Mais Médicos em um dos maiores municípios do Brasil, São Gabriel da Cachoeira. Encontra-se localizado na região noroeste do estado do Amazonas, fazendo limite com dois países: Colômbia e Venezuela.

A Unidade Básica de Saúde onde estou trabalhando se chama Dabarú, se localiza na área urbana do município. Toda a parte urbana do município apresenta quatro locais para UBS, ou seja, existem sete postos de saúde que apresentam médicos vinculados ao Programa Mais Médicos. O 95 % da população do município é de origem indígena.

A UBS apresenta boa estrutura física, na entrada encontra-se bem identificada com o nome e o horário dos diferentes tipos de serviços oferecidos na unidade. Há uma rampa na entrada para facilitar o acesso aos usuários cadeirantes e usuários portadores de necessidades especiais. A estrutura interna é composta por uma sala de espera com a recepção e o arquivo, um consultório odontológico, duas salas de consulta médica, duas de consulta de enfermagem, uma sala para agentes comunitários, uma sala de coleta de exame (somente para diagnóstico de malária e filarias) uma pequena farmácia que poucas vezes carece de algumas medicações. Além disso, apresenta uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma cozinha e três banheiros, um para os usuários portadores de necessidades especiais, outro para os profissionais da saúde e outro para usuários sem necessidades especiais.

O funcionamento da UBS está bem estabelecido. A equipe trabalha com a demanda espontânea dos usuários, realizamos atenção continuada aos grupos prioritários como as crianças, gestantes, idoso, e com as doenças crônicas e infecciosas. Temos um dia para fazer visita domiciliar e fazemos palestras aos grupos específicos e a população aberta. A demanda dos usuários pela assistência é muito alta e as vezes não temos muito tempo para fazer muitas atividades de prevenção e promoção à saúde. É uma população que não está acostumada a ter continuidade nas consultas de acompanhamento e geralmente só procura a consulta quando estão doentes. Estamos trabalhando neste aspecto, já que agora existe estabilidade com os médicos que antes não existia.

Estamos fazendo o cadastramento das famílias novamente para alcançar 100 % da população embora à mesma seja caracterizado por um alto nível tanto de imigração quanto de emigração, o cadastramento se torna um pouco difícil. Penso que os Agentes Comunitários deveriam ter mais capacitação quanto às tarefas que realizam, eles realizam um papel muito importante na ESF. Eu acho que muitas das insatisfações que a população apresenta poderiam ser resolvidas com um agente de saúde bem treinado.

O problema mais importante que encontrei é que não temos consulta com especialistas, ou seja, os usuários que são encaminhados ao especialista têm que se deslocar para Manaus para receber atenção médica e esse processo demora muito, além de não voltar com uma contra referência. Os usuários não têm uma estrutura ordenada de atenção, eles vão de uma atenção primaria a uma atenção hospitalar. Nossa equipe tem uma relação com a comunidade muito boa, existe interação com a comunidade, mas não do jeito esperado, acredito que isso ocorre devido à alta demanda espontânea que existe, também pela inexistência de médicos anteriores.

A equipe interage com as escolas de nossa área de abrangência e outros locais sociais, exemplo uma penitenciária onde existem reclusos, nos locais sociais fazemos palestras dependendo do tipo de usuários. Penso que ainda há muito para fazer neste campo para direcionar ações de trabalho, e desenvolver mais atividades de promoção e prevenção à saúde.

Embora tenha todas essas dificuldades, eu gosto de trabalhar na Unidade de Saúde da Família, me sinto muito bem com a equipe e acho que por meio do

trabalho desenvolvido diariamente avançaremos para dar uma atenção de saúde com qualidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) onde atuo como médica vinculada ao Programa "Mais Médicos" se encontra no Estado de Amazonas, no município de São Gabriel da Cachoeira, um dos maiores do Brasil com 41.575 habitantes (De acordo com estatísticas da secretaria de Saúde do município). São Gabriel está localizado na região noroeste do estado do Amazonas, fazendo limite com dois países: Colômbia e Venezuela (Figura 1). O município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com sete consultórios. São Gabriel obtém ainda, o Hospital de Guarnição (HGu), de convênio com a SUSAM e Exército brasileiro, ao qual atende a população em geral. No entanto, não se verifica a existência de estruturas de serviço de pronto socorro e pronto atendimento. Outro fator importante é a inexistência de especialistas, de outras áreas, como por exemplo: Pediatras, médicos Angiologistas, Cardiologistas, Cirurgiões gerais, Clínicos gerais, Dermatologistas, Neurologistas, Psiquiatras, Oftalmologista entre outras especialidades. Com isso, o usuário para se consultar com os especialistas, têm que se deslocar para Manaus, capital do estado. A Rede de Atenção à Saúde conta também com uma equipe do Núcleo de Apoio de Saúde Família (NASF), que atua de forma multidisciplinar na solução de casos de área, e um Centro Especializado Odontológico (CEO). Com relação aos exames laboratoriais o município conta com um Centro de Referência Especializada Ambulatorial (CREAM), mais não existe ainda o serviço de exames de urgências.



**Figura 1:** Mapa do município São Gabriel da Cachoeira. Tomado da internet. Wikipédia.

A ESF onde eu trabalho se chama Dabarú, se localiza na área urbana do município e apresenta uma população de 2953 usuários a maioria de origem indígena. O local antigamente era uma delegacia, depois foi adaptada para fazer uma UBS (Figura 2). Foi ativada em 01 de Outubro de 2002, ou seja, têm 13 anos de serviços. Apresenta dois turnos de atendimento e não presta serviço nos fins de semanas. O tipo de UBS é ESF com programa de Agentes Comunitários em Saúde (ACS), a vinculação com o Sistema Único de Saúde (SUS) é através da prefeitura. Atualmente se dissemina as informações ao SUS mediante o sistema e - SUS que começou a ser implantado em junho de 2014, antigamente as informações eram através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Existe ainda, vínculo com as instituições de ensino já que realizamos atividades coletivas nas escolas e centros de trabalhos. A área de abrangência está definida e temos um mapa da área geográfica atualizado. No momento as famílias se encontram em processo de cadastramento. A UBS – Dabarú conta com duas equipes de ESF, e as duas apresentam os trabalhadores mínimos necessários para o bom funcionamento da unidade. A equipe a qual atuo está composta por uma cirurgiã dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, sete ACS, uma técnica de laboratório, uma auxiliar de farmácia, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza e uma médica.



Figura 2: Fotografia de imagens externa e interna da UBS/ESF Dabarú. São Gabriel da Cachoeira. Diário de intervenção da pesquisadora.

Estruturalmente a UBS está composta por uma sala de espera com capacidade aproximadamente para 30 pessoas, com espaço suficiente para acolher a pessoas em espera de atendimento (Figura 2). Não há sala de reuniões. Na UBS existe um sanitário para usuários portadores de necessidades especiais. O material para esterilizar se leva para outro local porque não temos sala de esterilização. Não existe abrigo para os dejetos sólidos, isto pode trazer contaminação biológica e ambiental. A coleta do lixo biológico e infestado é realizada por meio da Coordenação da Vigilância Sanitária, a coleta se faz por meio das caixas coletoras para esse material. As quatro salas para consultórios médicos tem janelas que possibilitam a circulação do ar, mas todos os banheiros e a sala de vacina não têm; isto afeta negativamente, pois é um lugar fechado e possibilita a contaminação de usuários e profissionais com bactérias, fungos e vírus. Todas as paredes internas são de superfícies lisas e laváveis, muito importante para a limpeza e desinfecção evitando germes patógenos. Os pisos são todos laváveis, de superfície regular, firme estável e antiderrapante, importante para evitar acidentes dos usuários em especial idosos, crianças e portadores de necessidades especiais (Figura 3). As janelas não são teladas, o que não evita a entrada de vetores. Não existe sinalização visual dos ambientes que permitam a comunicação por textos figuras ou Braille, requisitos indispensáveis para a melhor organização da estrutura e para evitar acidente aos usuários. As quatro salas para consultórios são utilizadas de forma compartilhada com os demais profissionais da saúde. A UBS tem rampas alternativas para garantir o acesso dos portadores de necessidades especiais; as calçadas do consultório permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos. De



forma geral, a estrutura da UBS Dabarú é adequada para o acesso de todos os usuários e as pessoas portadoras de necessidades especiais.



Figura 3: Parte interior da UBS/ESF Dabarú. Diário de intervenção da pesquisadora.

Com relação ao sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetro e da calibragem de balanças não existe, isto incide negativamente com o bom funcionamento dos aparelhos e pode dar falsos diagnósticos. Não existe ainda, uma sala para coleta de material para análise clínica, fato que incide negativamente tanto para os usuários quanto para os profissionais da saúde, o usuário tem que ser encaminhado para outro local e os resultados demora muito, não existe um laboratório para urgências. As necessidades abordadas em relação à estrutura física dependem da estrutura da UBS e como é um local adaptado, não cumpre totalmente os requerimentos necessários para uma boa estrutura de física. As limitações abordadas correspondem a Secretaria Municipal de saúde, vinculada a Prefeitura Municipal, as quais devem tomar as devidas providências, tais como: a construção de uma Unidade de Saúde com todas as normas como preconiza o sistema de saúde brasileiro. Neste sentido o município está se projetando, existem áreas marcadas para a construção das diferentes UBS no território, eu acredito que antes de terminar o ano de 2015 estas UBS fiquem prontas para brindar o melhor

atendimento. No entanto muitos fatores dependem da vontade e empenho dos gestores.

Em relação às atribuições das equipes na UBS, os profissionais que participam do processo de territorialização e mapeamento geralmente são os ACS, as enfermeiras, técnicos de enfermagem e médica, todos participam de forma ativa, identificando os grupos vulneráveis, famílias e indivíduos expostos a riscos, além disso, identificamos os grupos de agravos. No consultório realizamos atendimentos de urgência/ emergência. A enfermeira, os ACS e a médica fazem a busca ativa de usuários faltosos à consulta. Uma vez por semana realizamos as visitas domiciliares para dar continuidade ao cuidado domiciliar. No cuidado domiciliar os profissionais realizam curativos, educação em saúde, aferimento de pressão, entrega de medicamentos, aplicação de medicação oral, injetável, coleta de exames, troca de sondas, revisão puerperal entre outros procedimentos. Os encaminhamentos são feitos por meio de fluxos de referência e contra referência, geralmente se utiliza os protocolos ao encaminhar ao usuário para as especialidades e internação hospitalar já que não se conta com serviços de pronto atendimento e pronto-socorro. São realizados ainda acompanhamento aos planos terapêuticos dos especialistas, quando os usuários estão hospitalizados e quando está em internação domiciliar. Todas as doenças de notificação compulsória são feitas. Os profissionais da saúde no consultório fazem a busca ativa de doenças de notificação compulsória. Semanalmente os profissionais se reúnem em equipe onde são tratados temas como: construção da agenda, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações e monitoramento e análise de informações e indicadores em saúde.

Em relação à população da área adstrita, o número de equipes está adequado ao tamanho da população da área de abrangência, cobrindo toda a área da população sem deixar de brindar o serviço de saúde para algum bairro ou família. Conhecemos muito bem a territorialização da área de abrangência e a quantidade de pessoas que os ACS e a ESF devem ter. Geralmente está protocolizado que cada consultório deve de ter aproximadamente 4000 habitantes com uma média de 3000. No consultório temos 2953 usuários cadastrados, cifra que está próxima a média. O tamanho da equipe também é adequado, o consultório conta com sete ACS os quais não sobrepesam a média indicada de usuários estabelecidos. A distribuição da população por sexo e faixa etária no consultório não é diferente com

a distribuição brasileira, em alguns casos os números não estão muito longe da realidade.

Em comparação a distribuição brasileira, temos que as crianças menores de um ano são 45 devemos ter 62 crianças o que representa 17 crianças menos. Menores de 5 anos temos 316 crianças de acordo com a distribuição brasileira devemos ter 124, apresentando mais 192 crianças na faixa etária menores de cinco anos. De 5 a 14 anos temos 613 usuários e devemos ter 665 pessoas, o que representa menos 52 pessoas de 5 a 14 anos. De 15 a 59 anos temos 1782 usuários, devemos ter 1795 usuários. Pessoas entre 20 e 59 anos temos 1421 devemos ter 1486. Pessoas com 20 anos ou mais devemos ter 1363 deveríamos ter 1665. Pessoas com 60 anos ou mais temos 242 e deveríamos ter 179 usuários que representa mais 63 pessoas maiores de 60 anos. O número de crianças menores de um ano é de 45 o que não coincide com a distribuição brasileira que é de 62, com uma diferença de 17 crianças, isto se pode atribuir a emigrações que é muito frequente na minha área igual acontece com as grávidas. O número de gestantes na área de abrangência é 13, com 1.09% muito longe da realidade, de acordo com a distribuição brasileira tem que ser aproximadamente 44 gestantes que significa o 1.5% da população total. Nessa situação se devem atentar os esforços para solucionar essa problemática. É importante ressaltar, que os dados numéricos algumas vezes não se comportam como o estimado, pois, todas as populações têm suas tipicidades que as distinguem umas da outra em relação às características demográficas.

Com relação às demandas de atendimento aos usuários na UBS, anteriormente existia um excesso de demanda para consulta de usuários com problemas de saúde que necessitaram atendimento no dia, com risco baixo e vulnerabilidade importante. Atualmente não existe esse excesso de demanda, tanto no consultório médico e de enfermagem. Porém, a UBS realiza atendimento para problemas de saúde que necessitam ser atendido no dia e quando apresentam problemas imediatos. Os usuários que necessitam de atendimento imediato prioritária procuram a enfermeira, que por sua vez realiza medidas de conforto, e dependendo do caso é encaminhado ao consultório médico. Já a demanda odontológica, os usuários solicitam consulta para dentistas no atendimento, os problemas dentários imediatos/ prioritário também são solicitados, mais não apresentam excesso de demanda. A UBS não oferece serviço de próteses, mais

oferece serviço odontológico especializado. Na UBS o acolhimento é feito geralmente na recepção e na sala de espera. Quando os usuários chegam vão diretamente à recepção onde fazem sua demanda, geralmente um dos técnicos de enfermagem sempre está na recepção ouvindo as demandas para começar a fazer o acolhimento, eles orientam ao usuário e brindam as ofertas, mais não somente a recepcionista e os técnicos de enfermagem, de forma geral toda a equipe participa de forma ativa no acolhimento ao usuário. Modelagem do acolhimento na UBS é o "acolhimento pela equipe de referência do usuário", ou seja, mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso num determinado momento e posteriormente assumindo suas demais atribuições. Na UBS existe uma equipe para a realização do acolhimento o mesmo é realizado todos os dias e em os dois turnos de trabalho. A maioria dos usuários que vão à UBS tem suas necessidades acolhidas, o tempo de demora em que os usuários tenham suas necessidades acolhidas varia entre 5 e 10 minutos como tempo máximo.

Em relação à saúde da criança na unidade de saúde realiza atendimento de puericultura todos os dias da semana em todos os turnos. Os atendimentos se fazem para os grupos etários de crianças de zero a 72 meses. Em relação à cobertura de saúde da criança, temos um percentual de 73% de cobertura que equivale a 45 crianças acompanhadas na UBS nas consultas de puericulturas. De acordo com os denominadores do Ministério da Saúde (MS) devemos ter 62 crianças, o que não difere muito da nossa realidade, faltando 17 crianças para alcançar a meta. No atendimento de puericultura participa os enfermeiros, os médicos, a nutricionista, odontólogos, e técnicos de enfermagem. No consultório, além das consultas programadas de puericultura existem demandas de crianças para problemas de saúde agudos que são atendidos no consultório, mas não temos excesso de demandas espontâneas. No consultório são desenvolvidas muitas ações no cuidado as crianças, como o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemias, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal dentre outras. Os profissionais da saúde utilizam classificações para as crianças de alto risco e protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como: encaminhamento para atendimentos nas especialidades e encaminhamentos para internação

hospitalar. Os atendimentos das crianças são registrados no prontuário clínico, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e nas fichas de espelho de vacinas. Existe um arquivo específico para o registro de atendimento da puericultura que é revisado semanalmente, tem como finalidade verificar as crianças faltosas, identificar procedimentos em atraso com peso e/ou vacina, identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa. O arquivo é revisado pelos médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos e ACS. Na unidade de saúde existe o programa de Bolsa Família. A equipe realiza atividades com grupos de mães das crianças de puericultura, nestas atividades participam toda a equipe. Na UBS existem profissionais que são responsáveis de planejar a gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de puericultura, os quais se reúnem mensalmente para avaliar o programa. Considero que para aumentar o indicador de cobertura se deve fazer um trabalho detalhado no cadastramento dos 100% das crianças este tema e discutido em todas as reuniões mensais que temos com a equipe. Temos que explicar às mães importância das puericulturas para atingir 100% de consultas em dia, para isto os grupos de mães das crianças é uma ferramenta muito importante que se pode utilizar para alcançar o objetivo. A população gosta das ações propostas porque agora tem muitas ofertas de saúde a criança que anteriormente não tinham, as mães agradecem a maneira de acompanhamento das consultas. Acredito que os aspectos do processo de trabalho necessários para o melhoramento da qualidade da atenção de saúde da criança são: lograr, obter e trabalhar com o protocolo de atendimento de puericultura das crianças, fazer mais atividades de grupo com as mães das crianças, aumentar os grupos de puericultura por mês e aumentar o porcentual de mães que participam nos grupos de crianças.

Em relação ao pré-natal no consultório se realiza o atendimento todos os dias da semana em os dois turnos de trabalho. A cobertura do pré-natal na área está mais baixa do normal só está cobrindo um 29% do estabelecido de acordo com os denominadores do CAP, já que temos 13 grávidas em seguimento de 44 grávidas que temos que ter, podendo ser uma problemática na identificação e cadastramento das grávidas. Geralmente quem faz avaliação pré-natal são as enfermeiras, os médicos, a odontóloga e a nutricionista, ou seja, é uma equipe interdisciplinar. Sempre que as grávidas são atendidas, os profissionais de saúde marcam o retorno. Geralmente existe pouca demanda de grávidas com problemas agudos, mais existe

atendimento para este tipo de demanda. No consultório existe um protocolo de atendimento às grávidas. Na UBS são desenvolvidas muitas ações no cuidado das grávidas como o tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, mental, controle de câncer de útero e de mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, entre outras. Os profissionais utilizam avaliações de classificações do risco se utiliza os protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema. Todos os atendimentos às grávidas são registradas, esses arquivos têm como finalidade, verificar as gestantes faltosas, verificar as datas provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de alto risco, avaliar a qualidade do programa. Em todos os atendimentos médicos e de enfermagem é solicitado o cartão de pré-natal, preenchendo todas as informações necessárias. Orienta-se também as grávidas o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, a importância das vacinas, data provável de parto e os cuidados do recém-nascido. Realizam-se ainda palestras sobre os riscos do álcool, tabagismo e droga na gravidez. Na UBS existe o programa do SISPRENATAL onde os profissionais que realizam o atendimento do pré-natal são responsáveis pelo cadastramento, os mesmos realizam reuniões que aborda o tema do planejamento e seguimentos das grávidas. Avaliando os aspectos do processo de trabalho temos dois pontos que poderiam ser melhorado, tais como: a busca ativa de gestantes para lograr o incremento da quantidade das mesmas e melhorar as captações tardias que temos. Para minimizar a problemática foi realizada uma reunião com toda a equipe apresentando os indicadores de cobertura. Na reunião foram relatadas algumas explicações sobre o número baixo de acompanhamento das grávidas, uma delas foi que algumas gestantes optam ir para Manaus, buscando melhor tecnologia de acompanhamento da gravidez como Ultrassom e outros exames complementares. Outras grávidas, em específicos algumas indígenas, preferem ir para as comunidades onde nasceram. Isso depende do conceito cultural de cada grávida. Outro fator importante relatado em relação às captações tardias foi de que as adolescentes, por medo de enfrentar os familiares, escondem a gravidez, dificultando as captações precoces. Esta situação apresenta outra problemática, a gestação na adolescência, ao qual foi debatido sobre algumas ações para diminuir esse indicador. De forma geral as grávidas opinam que o sistema de acompanhamento nas consultas é essencial, pois anteriormente não se tinha médico

fixo na unidade para acompanhar as consultas pré-natais e posteriormente atender as crianças.

Em relação ao câncer de Colo de útero e de acordo com os dados do CAP temos 625 mulheres entre 25 e 64 anos. Já a cobertura de prevenção do câncer de colo de útero na unidade obtém 75% representado por 471 mulheres. Na unidade de saúde são realizadas ações de educação para a mulher e realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Por meio da coleta de exame preventivo se faz a prevenção do câncer de colo que é realizado uma vez na semana em os dois turnos de trabalho. Os profissionais da saúde oferecem e orientam o uso de preservativo e os malefícios do tabagismo como ações preventivas para evitar o Câncer de mama e Colo uterino. A coleta de exames fitopatológicos é realizada pela enfermeira ou médica. No consultório o tipo de rastreamento do câncer de colo de útero que se realiza é o rastreamento oportunístico e organizado, o mesmo se realiza para as mulheres que oportunamente chegam ao posto, mais também aquelas que são formalmente convidadas para os exames periódicos. No consultório os médicos e enfermeiras investigam os fatores de risco para o câncer de colo de útero em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Nos últimos três anos existiram quatro mulheres que foram identificadas com exames citopatológico alterado, o que representa o 1,2 % do total de mulheres (471mulheres). Os atendimentos das mulheres que realizaram a coleta de exame são registrados no livro de registro, no prontuário e no formulário especial para citopatológico. O livro de registro é o arquivo específico onde se registra todos os resultados dos exames citopatológico coletados, este arquivo é revisado sem periodicidade definida com a finalidade de verificar as mulheres com exame de rotina e alterado em atraso, verifica também a completude do registro e avaliar a qualidade do programa. Essa revisão do arquivo é realizada pela médica e enfermeira. A equipe de saúde realiza atividades na UBS com grupos de mulheres para abordar o tema de prevenção de câncer do colo de útero, e a médica e enfermeira se dedicam no planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção. Ressalta-se que esse percentual está baixo, tendo em vista que existem muitas mulheres que ainda não conhecem o valor e a importância do exame. Dessa forma, se faz necessário elevar a cobertura aos 100% das mulheres dessa faixa etária. No entanto é preciso um trabalho em conjunto da equipe para lograr o objetivo. Na unidade de saúde se avalia o risco, se orienta

sobre a prevenção do câncer do colo e se brinda orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST) a todas as mulheres que fazem exame citopatológico. Acredito que, se devem melhorar os aspectos do processo de trabalho, por exemplo: aumentar a frequência dos dias de realização do preventivo. Pois a coleta dos exames preventivos se devem fazer todos os dias e turnos, ampliando a oferta de demanda. Todos os profissionais da unidade devem aproveitar o contato com as mulheres para promover a prevenção de câncer de colo. Concretizar o uso do protocolo para câncer de colo que existe pelo Ministério de Saúde MS, e aumentar também a frequência e o grupo de mulheres que se lhe brinda as palestras de câncer de colo de útero e por fim realizar a avaliação e monitoramento do programa. Uma necessidade do município é ter um centro de reabilitação e tratamento para os usuários que sofrem de câncer. Relacionado com o programa de câncer de mama, no município ainda não se leva o programa de Câncer de Mama, na secretaria de saúde está começando a pactuar o concernente a este programa, ou seja, no consultório ainda não existe um sistema de coleta de dados para este sistema. Atualmente faz 4 meses atrás se começou a indicar mamografias que são informadas em Manaus por via internet e se consegue fazer este exame. No entanto, no consultório todas as usuárias que fazem exame citopatológico são realizadas o exame de mama. Quando se diagnostica qualquer sinal da doença na mama, a usuária é encaminhada para consulta de Ginecologista e quando necessário, se encaminha para Ultrassonografia de mama ou tomografia dependendo do caso. Com isso, vê-se a necessidade de continuar o sistema de coleta de dados e realizar as tomografias nas mulheres dentre 50 e 69 anos.

Já os programas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), os atendimentos são realizados nos consultórios diariamente e em todos os turnos e envolve toda equipe. De acordo com o CAP a cobertura na área de abrangência dos usuários com HAS está muito baixa, temos um total de 113 usuários com HAS que representa o 22% em relação ao indicador de cobertura que é 524 usuários com HAS. Em relação a Diabetes a cobertura dos usuários está muito baixa em relação à cifra do CAP que é de 150 usuários, na área existe cadastrada 32 usuários diabéticos representando um 21% do total. Na UBS se realiza ações de orientação e hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, ações de estímulo a prática regular de atividades físicas. Os usuários são orientados sobre os efeitos negativos do tabagismo e do consumo excessivo de



álcool, bem como a importância de conhecer sinais de complicações da HAS e DM. No momento de atendimento ou diagnóstico destas duas enfermidades, ao término é marcado seu retorno, afim de não perder a programação de consultas deste grupo de usuários. Além destas consultas programadas existem demandas de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudos, mais não existe excesso de demanda para o atendimento. Não existe um protocolo de atendimento para a HAS e DM, o que dificulta uma boa avaliação integral do usuário. Com os usuários são desenvolvidas muitas ações como, por exemplo: imunizações, diagnósticos e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento da obesidade, sedentarismo, tabagismo entre outras. É realizada a estratificação do risco cardiovascular mais, ainda faltam usuários por classificar. Para regular o acesso dos adultos com HAS e DM a outros níveis do sistema se utilizam os protocolos de encaminhamento. Os atendimentos aos usuários são registrados nos prontuários, na ficha de atendimento odontológico e atendimento nutricional. Existe um arquivo específico onde se registram os atendimentos dos usuários com HAS e DM, este arquivo costuma ser revisado mensalmente com a finalidade de verificar os usuários faltosos ao retorno programado, verificar a completude de registros, identificar os riscos entre outras finalidades, a revisão do arquivo é feita pela enfermeira e médica. No consultório existe o programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) que é responsabilidade de todos os profissionais, que de uma forma ou outra se relacionam com os usuários do programa. Nestas atividades participam a enfermeira, a médica, os agentes comunitários e a nutricionista. A médica e enfermeira são quem se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas além, de avaliar e monitorar. Na unidade é utilizado o programa de HIPERDIA, e-SUS, registros específicos e prontuários de usuários com HAS e DM. Deve-se dar ênfase na busca ativa de usuários diabéticos e no cadastro dos mesmos. É importante ressaltar que em estas questões existe uma cultura negativa, pois os usuários se direcionam a consulta quando estão graves e não quando se inicia os sintomas. Acredito que na área existem pessoas caminhando pela rua com cifras elevadas de glicose e com cifras elevadas de pressão arteriais ainda não diagnosticados, e por isso a importância de fazer a busca ativa de estas duas doenças, aferindo a pressão arterial a todas pessoas maiores de 15 anos e uma vez ao ano medir a glicose a os usuários sadios. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados

para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos usuários com HAS e DM é o cadastramento dos 100% do total da população na área de abrangência, para obter o 100% dos usuários. Avaliar o risco cardiovascular aos 100% dos usuários com HAS e DM, trabalhar com os protocolos de atendimento na UBS, aumentar as atividades de prevenção, incentivar a participação dos usuários e por fim fazer reuniões dedicadas à avaliação e monitoramento das atividades dos usuários com HAS e DM.

Com relação a Saúde do Idoso são realizados acompanhamento e consultas através dos médicos, enfermeiros, odontologia, nutricionista e ginecologista, além dos técnicos de enfermagem. Todos os usuários depois da consulta têm retorno programado. Na UBS existe oferta de atendimento para idosos com problema de saúde agudo mais não existe excesso de demanda. Não existem protocolos de atendimento para usuários idosos mais são realizadas ações para o cuidado do idoso como, por exemplo: promoção das atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, diagnósticos e tratamentos de problemas clínicos em geral, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo e prevenção de acidentes no lar muito frequente em esta faixa etária. Para regular os acessos dos idosos a outros níveis do sistema de saúde os profissionais utilizamos protocolos para encaminhamento de atendimento á especialidades e internação hospitalar. Os atendimentos aos idosos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológica e nutricional. Na UBS existe a caderneta de saúde da pessoa idosa, mais nem todos os profissionais preenchem a caderneta pois não sabem trabalhar com a mesma. Durante as consultas não são avaliadas as capacidades funcionais global dos idosos no exame clínico. Na UBS se realiza atividades com grupos de idosos onde participa os enfermeiros, os médicos e os ACS, mais não são suficientes atividades realizadas ao mês com este grupo. Os usuários que precisam os cuidados domiciliares estão bem identificados e o acompanhamento é realizado em conjunto pela equipe. A enfermeira e a médica são os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos mas, não fazemos reunião nem relatórios. As fontes de dados que se utilizaram para realizar a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são o e-SUS, HIPERDIA e prontuários. A cobertura de saúde da pessoa idosa está muito bem, já que está com 100% da cobertura dos usuários idosos. Acredito que para melhorar todas estas

dificuldades se necessitam fazer atividades de capacitação aos profissionais envolvidos, sobre o processo de atendimento a este grupo etéreo. Para o melhoramento dos atendimentos aos usuários idosos se propõe algumas das atividades: Conversar com o gestor da saúde do município para criar e divulgar em todas as unidades de saúde o protocolo de atendimento para os usuários idosos. Enfatizar a importância de solicitação de um curso sobre o preenchimento da caderneta dos idosos e a avaliação geriátrica global e avaliação da capacidade funcional global dos idosos. Propor ao gestor de saúde a importância da contratação de um especialista Geriatra no município. Realizar as avaliações das capacidades funcionais global dos idosos. Aumentar as atividades mensais realizadas para os cuidados dos idosos na UBS e melhorar a assistência das atividades com os usuários. Realizar a avaliação multidimensional dos idosos e os indicadores de fragilização. E por fim, realizar reuniões e relatórios mensais para avaliar o processo de trabalho dos usuários idosos.

Podemos considerar como maiores desafios e melhores recursos na UBS que se obtém é o trabalho em equipe que anteriormente não existia, pois, os trabalhadores da unidade trabalhavam cada um por sua conta sem saber que o trabalho da atenção familiar é vinculado. Atualmente a prefeitura está construindo consultórios com estrutura adequada. Temos ainda, uma nutricionista contratada pela secretaria de saúde. Recentemente o município conta com um aparelho de ultrassom, o que não existia. A criação do NASF nesse ano foi importante para trabalhar as avaliações das famílias. Iniciaram-se também os trabalhos com o programa e-SUS que anteriormente era realizado com o programa SIAB e as melhorias são visíveis. Com relação aos questionários e os CAP me surpreendeu que em poucas semanas os profissionais adquirissem uma visão panorâmica ampliada da atenção familiar e da estratégia de saúde onde desenvolvem o trabalho. No atuar diário com os questionários e o CAP se pode analisar a situação da UBS e observar as necessidades das muitas ações para desenvolver em todos os programas do SUS, podendo assim organizar o trabalho da melhor maneira para lograr a satisfação da população em relação aos serviços de saúde.

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

Existem muitas diferenças entre o texto inicial e o relatório da análise situacional, as diferenças positivas são muitas. Os preenchimentos dos questionários ajudaram muito para conhecer as questões que ao iniciar o curso não conhecíamos. Fiquei surpresa quando conheci algumas coisas sobre o histórico do local da UBS, foi muito interessante pesquisar sobre estes dados. Além disso, conheci sobre a higienização do consultório, a estrutura de uma unidade básica e as distintas salas que deve ter a estrutura da estratégia de saúde da família. Ampliei os conhecimentos sobre os membros que compõem a equipe que é muito importante para o bom funcionamento do trabalho em equipe. Antigamente não conhecia estes elementos que são muito relevantes para o desenvolvimento do trabalho. Conheci sobre a territorialização da área de abrangência e a quantidade de pessoas que os ACS e a ESF devem ter. A equipe aprendeu muito sobre a inter-relação com outros setores de trabalho e a inter-relação deles com a unidade de saúde. Um dos fatos mais interessantes foram as melhorias do acolhimento das pessoas na unidade pois, antigamente os usuários saíam do consultório sem orientação adequada e às vezes com muitas dúvidas sem ser atendido por nenhum profissional. Os questionários propiciaram um novo direcionamento em relação a algumas atividades que não eram realizadas no consultório, por exemplo, a participação ativa da comunidade e se alcançou uma maior interatividade entre os usuários e os profissionais da saúde.

A população se adaptou as consultas programadas e a continuidade das consultas, os usuários terminam as consultas com o retorno marcado em dependência da demanda. Implantamos reuniões de equipe todas as semanas e as reuniões entre as duas equipes são realizadas mensalmente, o que antigamente não existia.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq$  140 x 90 mmHg). Associam-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos: coração, encéfalos, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (Vicente, 2013). A Hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão arterial é um problema grave de saúde (Gomes, 2006). O termo "Diabetes Mellitus" (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemias e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (Vicente, 2013). O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 117 milhões em 2000 com expectativas de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o Diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso

impacta de forma muito negativa devido á morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (Gomes, 2006).

Estruturalmente a UBS Dabarú está composta por uma sala de espera com capacidade aproximadamente para 30 pessoas, com espaço suficiente para acolher a pessoas em espera de atendimento. De forma geral, a estrutura da UBS é adequada para o acesso de todos os usuários. A ESF – Dabarú conta com duas equipes e as duas apresentam os trabalhadores mínimos necessários para o bom funcionamento da unidade. A UBS conta com una população de 2953 pessoas.

Em relação a hipertensão arterial a população alvo da área adstrita é de 524 usuários e a população alvo atendida pela UBS é de 113 usuários que representa o 22% do total. Em relação ao Diabetes Mellitus, a população alvo da área adstrita e de 150 usuários e a população atendida pela UBS são de 32 usuários que representa o 21% do total. A metade da população de cobertura que adoece de hipertensão e diabetes vão a consulta quando apresentam sintomas ou quando precisam os medicamentos. A outra metade faz consulta de acompanhamento de acordo com o protocolo. Os indicadores de qualidade dos usuários com Hipertensão e Diabetes podemos considerá-los como adequados mais ainda falta atingir ao 100% de eles.

Em relação a outras atividades programáticas podemos dizer que o consultório conta com muitas dificuldades na cobertura e qualidade por exemplo: em atenção ao Pré- Natal, e atenção às crianças. A equipe escolho esta ação programática porque na comunidade temos muita morbidade produto destas duas doenças e as sequelas relacionadas a elas como pé diabético e Acidente Vascular Encefálico entre outras, som muito altas em nossa área de abrangência. Porem escolhemos este tema. Além disso pretendemos atingir uma meta do 50 % em cada doença como 100 % por as características da população, por ter somente um laboratório para o município onde se processa todos os pedidos de exames e para continuar trabalhando com os outros programas de saúdes do consultório conforme com o Sistema de Saúde, para evitar que a intervenção não seja convertida em um mutirão e sim em uma rotina de trabalho para a ESF. No então ao terminar este projeto começaremos a realizar outras ações.

Acredito que esta intervenção seja muito importante porque vai propiciar aumentar a cobertura dos usuários com HAS e DM as quais apresentam uma alta prevalência e incidência na área de abrangência. Esta intervenção vai contribuir com

a diminuição das complicações e futuras deficiências dos usuários que apresentam ambas as doenças. O projeto pode melhorar a atenção de saúde e ajudar a criar um vínculo próximo entre os profissionais da saúde e a população da área adstrita. Além disso, vai contribuir para que a população mantenha uma atuação mais participativa no plano do Sistema Único de Saúde aos quais os usuários formam parte indissolúvel.

## **2.2. Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

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

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura para usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.**

Meta 1.1. Cadastrar 50% em quatro meses e 100% em outros quatro meses mais a todos os usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% em quatro meses e 100% em outros quatro meses os usuários com diabetes 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 para os usuários com hipertensão e/ou diabetes.**

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários com diabétes 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 usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

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

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

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular.**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes 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 usuários com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

**2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas mais foi desenvolvido em 12 semanas na Unidade de Saúde da Família Dabarú no município de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas. Participarão da intervenção um total de 337 pessoas maiores de 20 anos.

**2.3.1 Detalhamento das ações**

As ações foram embasadas nos quatro eixos pedagógicos que o curso indica: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **Ações para o eixo monitoramento e avaliação**

O monitoramento do número de usuários com hipertensão e com diabetes cadastrados no programa será realizado para verificar a quantidade de usuários cadastrados, obtidos até nesse momento e monitorar os usuários faltosos a consulta mediante a revisão de prontuários, ficha espelho e registros de usuários com hipertensão e com diabetes. Isto acontecerá em uma reunião. Nesta reunião verificaremos as cifras dos hipertensos e diabéticos cadastrados na semana e quanto faltará para atingir a meta. A médica conduzirá o debate e discussão do assunto com a equipe, com apoio da enfermeira.

Para buscar os usuários faltosos serão realizadas visitas domiciliares todas as semanas nas casas dos usuários com HIPERDIA e incentivar diante o convencimento a importância da assistência para consultas programadas. Organizaremos a agenda para acolher os usuários com hipertensão e com diabetes provenientes das buscas domiciliares, de tal maneira que deixaremos três vagas em cada turno para dar cobertura aos usuários.

Para monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e com diabetes, serão revisados os prontuários e a ficha espelho. Os usuários que apresentarem exames laboratoriais sem a periodicidade recomendada, vencidos e não apropriado para a doença se lhes indicara os exames correspondentes com o objetivo de atualizá-los.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA a técnica de medicamento controlará todos os meses o registro de usuários com hipertensão e com diabetes que existe na farmácia para verificar quais são os usuários que não estão adquirindo os medicamentos. Desta forma, emitirá um relatório mensalmente dos usuários que não estão realizando o tratamento. Esta informação será de conhecimento para toda a equipe.

Encaminharemos todos os usuários com hipertensão e com diabetes à consulta de odontologia para serem avaliados. Será criado um registro no consultório odontológico para verificar quais são os usuários com hipertensão e com diabetes que comparecem as consultas odontológicas. Para monitorar os usuários com hipertensão e com diabetes que necessitaram de atendimento odontológico, no consultório odontológico será criada uma rotina de consultas para os usuários com HIPERDIA e a odontóloga, em parceria com a técnica, realizará as consultas aos usuários e fará um

registro dos que compareceram. As consultas para os usuários aconteceram todas as sextas-feiras no turno da manhã e à tarde, no consultório odontológico.

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo vamos a revisar duas vezes ao mês os registros dos usuários e as fichas espelho para conhecer os usuários com hipertensão e com diabetes que apresentam consultas atrasadas com mais de sete dias e fazer a busca dos usuários faltosos.

A médica e enfermeira irão revisar todos os meses a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e com diabetes acompanhados na unidade de saúde, além disso, irão revisar mensalmente os registros dos usuários com hipertensão e com diabetes e fichas espelhos em um trabalho de mesa que irá durar cerca de uma hora. Será feita pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Para a realização das ações, a médica e enfermeira irão garantir o cumprimento das ações e irão participar de todas as orientações que serão realizadas com os usuários, deixando por escrito as ações desenvolvidas numa pasta de registro de ações.

### **Ações para o eixo organização e gestão do serviço**

Para as ações propomos refazer e atualizar os registros dos usuários com hipertensão e com diabetes. Os registros serão atualizados em todas as consultas com os usuários e em visitas domiciliares, além disso, serão de uso para os membros da equipe. Desta forma os registros dos usuários hipertensos e diabéticos devem ficar prontos para o manejo de todos na UBS. Os registros serão supervisionados num trabalho de mesa com frequência semanal.

Para melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão e com diabetes, eles contaram com agenda aberta no horário de atendimento do consultório, ou seja, será atendida nesse dia a demanda em qualquer dos dois turnos, sem afetar os demais programas do serviço de saúde.

Serão reservadas três vagas em cada turno para os usuários que solicitem a demanda sendo que na semana existirá um total de 30 vagas para os usuários que solicitem a demanda.

Faremos uma ficha de identificação para os usuários que integrem o programa, para que sejam identificados com mais facilidade. Os ACS irão distribuir as fichas de identificação aos usuários com hipertensão e com diabetes. Os usuários serão orientados a levá-la todas as vezes que comparecerem na UBS.

Faremos medição da pressão arterial para todos os usuários com hipertensão e com diabetes que cheguem a UBS por qualquer motivo. Da mesma forma, faremos medição das cifras de glicose capilar Hemoglicoteste (HGT) para todos os usuários com hipertensão e/ou com fatores de risco de diabetes que cheguem a UBS por qualquer motivo, mesmo que não sejam para consulta. Em caso de cifras de pressão arterial ou HGT elevados eles serão encaminhados para a avaliação da médica ou enfermeira conforme agenda do dia.

Será reservado um dia na semana que a equipe fará busca ativa usuários com hipertensão e com diabetes nas diferentes microáreas.

As atribuições de cada membro da equipe para o exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos serão informadas em uma reunião da equipe, que serão definidas da seguinte maneira: os ACS farão a busca ativa dos usuários faltosos e ajudaram na organização das palestras, além citaram a consulta aos usuários programados para consulta. A odontóloga realizará exame clínico geral da cavidade oral com diagnósticos e planos de tratamentos. A assistente de odontologia ajudará a odontóloga para fazer consultas de odontologia aos usuários com HIPERDIA. O técnico de enfermagem fará medição da pressão arterial, Hemoglicoteste, medição de altura, peso e circunferência abdominal. A enfermeira fará o exame clínico completo, incluindo medição de pressão arterial, Hemoglicoteste, medição de altura, peso, circunferência abdominal, pulsos dos membros inferiores e avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC). A médica fará as consultas integrais com exame clínico completo: medição de pressão arterial, Hemoglicoteste, medição da altura, peso, circunferência abdominal, pulsos dos membros inferiores e avaliação do IMC, além disso, ela fará diagnósticos e planos de tratamentos. Para organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será reservado um espaço de tempo na primeira semana da intervenção com o objetivo de adquirir conhecimentos essenciais para o manejo dos usuários com hipertensão e com diabetes

Para estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais será reservado um espaço de tempo uma vez ao mês com o objetivo de atualização e ampliação dos conhecimentos essenciais para o manejo dos usuários com hipertensão e com diabetes.

Faremos uma separação dos exames complementares que cheguem a unidade para manter isolados os exames dos usuários com hipertensão e com

diabetes para a agilidade de sua avaliação e se diferenciará do resto dos exames porque será escrito na parte superior da indicação que esse usuário pertence ao programa de HIPERDIA da unidade. Nesta ação participaram a recepcionista, médica e enfermeira.

A técnica de farmácia fará o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e fará um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e com diabetes cadastrados com periodicidade mensal.

Todos os usuários com hipertensão e com diabetes deverão ser avaliados pela odontóloga. Escolheremos um dia da semana para atender os usuários com hipertensão e com diabetes com necessidade de atendimento odontológico. Desta forma, serão reservadas seis vagas para consulta agendada e duas vagas para consulta do dia em cada turno.

Para manter as informações do sistema de informação (e-SUS), todas as informações dos usuários e os novos cadastramentos serão atualizados diariamente no sistema e-SUS. Implantaremos uma ficha de acompanhamento para os usuários. Faremos uma reunião com a equipe para obter e atualizar o registro das informações uma vez ao mês e na primeira reunião deixar pactuado quem será o responsável pelo monitoramento dos registros. As fichas espelhos serão organizadas por data da próxima consulta de tal maneira que permita reconhecer no mês, quem são os usuários que não compareceram nas consultas.

Para priorizar os atendimentos dos usuários com hipertensão e com diabetes, avaliados como alto risco, será reservada uma vaga por turno para a atenção desta demanda.

Para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre orientação de atividade física faremos uma reunião de grupos com os usuários com hipertensão e com diabetes uma vez ao mês. O objetivo destas reuniões será orientar sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física.

Os profissionais organizarão as consultas com o objetivo de disponibilizar tempo para garantir as orientações em nível individual.

### **Ações para o eixo engajamento público.**

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus faremos palestras. Estas palestras terão com o objetivo, informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos

18 anos, pelo menos anualmente; orientar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Participará destas atividades a médica, enfermeira, técnico de enfermagem e todos os ACS.

Faremos palestras para a população aberta na UBS e orientações individuais nas consultas sobre: os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso e a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e com diabetes. Todos os profissionais da UBS serão capacitados para palestrar sobre o tema.

Faremos palestras com o objetivo orientar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. O espaço será também aproveitado para ouvir a população sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensão e com diabetes.

Faremos palestras com o objetivo de orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via.

Faremos palestras com o objetivo de orientar os usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Participarão destas atividades e médica enfermeira, nutricionista e ACS.

Faremos palestras para a população aberta em todas as microáreas sobre: a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal. Participará destas atividades todos os profissionais da UBS capacitados para palestrar sobre o tema.

### **Ações para o eixo qualificação da prática clínica**

Para a capacitação dos ACS será realizado treinamento sobre o cadastramento dos usuários com hipertensão e com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Desenvolveremos uma capacitação com os técnicos de enfermagem e enfermeiros, com o objetivo de garantir o conhecimento sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para o conhecimento da realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Assim os profissionais serão de muita ajuda na detecção dos usuários doentes. Participara a médica, enfermeira e técnico de enfermagem.

Para fazer as capacitações escolheremos uma hora na semana no turno da tarde para capacitar a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado, sobre como seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, sobre o tratamento da hipertensão, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, as necessidades de atendimento odontológico dos diabéticos, para orientar os usuários com hipertensão e com diabetes para a realização das consultas e sua periodicidade. Todos os membros da equipe participarão da capacitação.

Capacitaremos a equipe para que saibam orientar os usuários com hipertensão e com diabetes sobre a realização das consultas e sua periodicidade, para que saibam preencher todos os registros necessários ao acompanhamento e para que saibam preencher o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para que aprendam realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para que saibam a importância do registro desta avaliação e conheçam o controle de fatores de risco modificáveis, para que conheçam sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas, sobre as orientações de higiene bucal e o tratamento de usuários tabagistas. Todos os membros da equipe participarão da capacitação.

### 2.3.2 Indicadores

**Relativo ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura para usuários com hipertensão e com diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão da área de abrangência em quatro meses e 100% em quatro meses mais no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão 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 pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência em quatro meses e 100% em quatro meses mais no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes 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 usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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

**Numerador:** Número dos usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.



**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 2.3:**Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 2.5:**Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

**Indicador 2.7:** Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão 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 usuários com diabetes.

**Indicador 2.8:** Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 3.** Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Relativo ao objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 5.** Mapear usuários com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 6.** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e com diabetes.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 6.1:** Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Indicador 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

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

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus adotamos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde 2013. Será necessário pedir à secretaria de saúde do município dois manuais de cada doença para poder utiliza-lo como bibliografia e protocolo durante o processo de intervenção; para isto faremos um pedido por escrito ao secretário da saúde do município. Para dispor de versão atualizada do protocolo na unidade de saúde, buscaremos na Secretaria de Saúde, pela internet e com o Ministério da Saúde a última atualização dos protocolos de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. A médica será a responsável pela obtenção dos protocolos.

Utilizaremos as fichas de usuários com hipertensão e diabetes para um melhor controle dos usuários. Estimamos alcançar com a intervenção 524 hipertensos e 150 usuários diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 674 fichas espelhos necessárias. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com hipertensão e diabetes que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre as consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Faremos um pedido por escrito a Secretaria de Saúde do município para reposição de quatro esfigmomanômetro, quatro estetoscópios, dois glicômetro e fita métrica, além de calibrar os já existentes. Faremos um pedido por escrito a oficina de medicamento do município para a solicitação de 500 lancetas e 500 fitas reativas para a realização de glicose capilar. Daremos em conhecimento do projeto de intervenção a central de medicamento do município para que forneça as fitas reativas e lancetas para evitar a falta do material no consultório.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, viabilizar agilidade para a realização dos exames e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados se solicitará os exames complementares a todos os usuários com hipertensão e diabetes de acordo com o protocolo, se informara de forma escrita aos responsáveis do laboratório a importância do projeto e a necessidade de seu aprimoramento. A médica fará por escrito uma solicitação ao gestor municipal sobre a importância da agilidade da realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Faremos um documento por escrito ao gestor a demanda de envolver nutricionistas e educadores físicos nas atividades de prevenção e promoção da UBS e a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Para monitorar os usuários com hipertensão e diabetes que necessitam de atendimento odontológico Precisaremos de um consultório odontológico equipado com todos seus acessórios e o registro de usuários com HIPERDIA que assistem às consultas.

O monitoramento do número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde acontecerá mensalmente em uma reunião na última quinta-feira do mês com duração de uma hora, no turno da tarde na UBS. A responsável será a médica. Participará a médica, enfermeira, técnico de enfermagem, odontóloga, recepcionista, técnica de farmácia e todos os ACS. Para a realização das reuniões da equipe precisaremos de um local para acomodação dos profissionais com cadeiras e mesas que já está disponível, os prontuários, as fichas espelho e registros dos usuários com hipertensão e diabetes. Um total de 30 folha A4 e 20 canetas que ainda falta providenciar com o gestor.

Para monitorar a realização de exame clínico apropriado, o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, periodicidade das consultas previstas no protocolo e o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada dos usuários com hipertensão e diabetes se fará um trabalho de mesa onde será realizado um levantamento da realização destas ações avaliando os prontuários e as fichas espelho dos usuários. Este monitoramento se desenvolverá todas últimas quintas-feiras do mês na UBS e terá como responsáveis a médica e enfermeira.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPEDIA será feito um trabalho de mesa com duração de 30 minutos onde a técnica da farmácia fará um relatório de todos os usuários cadastrados com HIPERDIA e detalharão quais são as pessoas que não estão adquirindo os medicamentos mensalmente. A responsável por esta atividade será a técnica da farmácia. Esta ação será monitorada todas as primeiras quintas-feiras do mês na UBS. Precisaremos de um computador, tinta de impressora e 32 folhas A4 para o relatório que ainda não estão disponíveis. Será informado ao gestor e feita uma solicitação para providenciar os materiais. Além disso, precisaremos do registro das pessoas com HIPERDIA da farmácia que já está disponível.

Para monitorar a qualidade dos registros e a realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano dos usuários com hipertensão e diabetes acompanhados na unidade de saúde será realizada uma reunião mensal na primeira quinta-feira no consultório médico com a participação da médica e da enfermeira para analisar a qualidade dos registros dos usuários e monitorar os usuários sem verificação da estratificação do risco. Para esta atividade será necessárias 20 canetas



que serão providenciadas pela Secretaria de saúde e os registros dos usuários com hipertensão e diabetes que já estão disponíveis na unidade.

Para monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e diabetes, a enfermeira e a médica registraram todas as atividades numa pasta de "Registro de atividade". Estas profissionais serão as responsáveis de registrar as ações realizadas conforme ao planejado. Desta forma, todas as ações realizadas dentro e fora da unidade serão monitoradas. Para a realização do monitoramento será necessária uma pasta, 20 folhas A4.

A enfermeira e a médica serão as responsáveis de garantir que existam os registros dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa. Todos os dias os ACS cadastraram todos os usuários de novos diagnósticos ou aqueles que nunca foram cadastrados. Todas as quintas-feiras, durante uma hora, no turno da tarde na UBS serão desenvolvidas o trabalho de mesa. Nesta atividade haverá a participação da médica, enfermeira, técnico de enfermagem, odontóloga, recepcionista, técnica de farmácia e todos os ACS. Precisaremos de um local com cadeiras e mesas, os prontuários, registros dos usuários com hipertensão e diabetes, uma impressora e um computador que estão disponíveis. Além disso, precisaremos: 670 fichas espelho, e quatro cartuchos de tinta para impressora.

O acolhimento será feito diariamente em todos os turnos. Nenhum usuário com Hipertensão e Diabetes sairá da unidade sem ser acolhido. Para as fichas de identificação precisaremos de um computador, uma impressora que já está disponível, cartuchos com tinta de impressora e um total de 40 folhas A4 que ainda já estão disponíveis.

Para a medição da pressão arterial precisaremos de esfigmomanômetros e estetoscópios que estão disponíveis na UBS. A busca ativa será feita todas as quintas-feiras de manhã, não temos carro a transportação será de pé. Destas atividades haverá participação da médica, ACS e técnico de enfermagem.

O pedido para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do Hemoglicoteste se fará por meio de um documento impresso para o gestor. Da mesma forma, será emitido um documento para central de medicamentos do município seja informada do projeto de intervenção e tenha conhecimentos dos insumos necessários, por exemplo: se pedirá 500 fitas rápidas para detectar glicose e 500 lancetas mensais. Para fazer o pedido a enfermeira

precisará de um computador, uma impressora, tinta de impressora e um total de quatro folhas A4. A responsável será a enfermeira.

A reunião para definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos se desenvolverá na quinta-feira da primeira semana do projeto com a participação de toda equipe, na UBS. As responsáveis por estas atividades são a médica e enfermeira.

Na primeira semana do projeto se contará com os protocolos de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que serão providenciados pela Secretaria de Saúde do município. Estes protocolos serão fornecidos para uso da equipe no trabalho na UBS. Precisaremos de um computador, impressora, cartuchos de tinta para impressora e 2 folhas A4 para fazer o pedido a secretaria dos protocolos. A responsável por disponibilizar os protocolos para a unidade será a médica.

Será necessário um total de 674 indicações de exames. Para a confecção do documento informativo para o gestor municipal e aos responsáveis do laboratório serão necessárias quatro folhas A4, um computador, uma impressora e cartuchos com tinta para a impressora, além disso, precisaremos de caneta e indicações de exames laboratoriais que já estão disponíveis na UBS. As responsáveis por estas atividades serão a médica e enfermeira.

Nas primeiras segundas-feiras de cada mês a técnica de farmácia disponibilizará 45 minutos para manter atualizado o registro das necessidades de medicamentos dos usuários. A ação será realizada na sala de farmácia da UBS. Para a confecção do controle de estoque e para o registro das necessidades de medicamentos serão necessárias 25 folhas A4, um computador, uma impressora, tinta para a impressora e caneta que já estão disponíveis na UBS.

Os ACS em suas rotinas de visitas domiciliares farão a busca dos usuários faltosos a consultas. Os ACS não utilizam meio de transporte e realizam as visitas de pé. Será necessário um livro para agendamento o qual já está disponível na unidade. Os profissionais responsáveis por esta ação serão a médica, enfermeira e os ACS.

Todos os dias os profissionais que fornecem as informações no sistema e-SUS devem manter o sistema atualizado no computador de estatísticas. Precisaremos de um computador. As responsáveis por estas atividades são a médica e enfermeira.

Os atendimentos dos usuários serão realizados no consultório diariamente nos dois turnos de atendimento. Para isto será necessário comunicar a recepcionista sobre os atendimentos dos usuários de alto risco e que os mesmos estejam bem

identificados com prévio conhecimento da recepcionista que precisará uma lista destes usuários. As responsáveis destas atividades serão a médica e enfermeira.

As capacitações aos profissionais serão realizadas na primeira semana do projeto, no turno da tarde serão designados 15 minutos para cada capacitação com toda a equipe. As capacitações serão desenvolvidas por qualquer membro da equipe que esteja mais qualificado para abordagem do tema. Precisaremos de um local com capacidade para toda a equipe, cadeiras, um computador e uma televisão que já estão disponíveis. Além disso, precisaremos os protocolos de HAS e DM.

A capacitação da equipe para o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência, para verificação da pressão arterial e para realização do Hemoglicoteste se desenvolveram na primeira semana do projeto, no turno da tarde. Acontecerá em formato digital com o programa Power Point. Precisaremos de um esfigmomanômetro, um glicômetro, um local com cadeiras e mesas, um computador e uma televisão que já estão disponíveis na unidade. Toda a equipe estará presente na capacitação. Responsável: médica e enfermeira.

As atualizações de temas de HIPERDIA se realizaram todas últimas sextas-feiras do mês. No turno da tarde será reservada uma hora para a atualização dos profissionais. As atualizações se desenvolverão na UBS com os Manuais Técnicos de HAS e DM ou qualquer outro material atualizado. Precisaremos de um local com capacidade para toda a equipe, cadeiras, um computador, uma televisão e os manuais técnicos. Responsável: médica e enfermeira.

Todas as quintas-feiras serão realizadas palestras com toda a população. As palestras serão realizadas no turno da manhã em cada micro área da zona de abrangência

As palestras terão duração de 10 minutos para cada tema. Para a realização das palestras que abordem temas multiprofissionais temos a intenção de estabelecer parcerias e contar com profissionais capacitados, por exemplo: a nutricionista e odontólogos da unidade para desenvolvimento mais direcionado aos assuntos relacionadas com os temas a serem abordados. Para que isso seja possível entraremos em contato com o gestor do município. Para o desenvolvimento das palestras será necessário uma televisão, um computador e um pessoal capacitado no tema. As responsáveis desta atividade será a médica.

As reuniões de grupo para práticas coletivas sobre alimentação saudável e as orientações de atividade física serão realizadas na sala de espera da UBS nas últimas

quartas-feiras do mês no turno da tarde com uma duração de 10 minutos para cada tema. Responsáveis: enfermeira e médica.

Emitiremos um documento impresso na UBS para o gestor solicitando parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. Esta ação se desenvolverá na primeira semana do projeto. Precisaremos de um computador, uma impressora, tinta de impressora e quatro folhas A4. Responsável: médica.

As palestras se desenvolverão todas as quintas-feiras, no turno da manhã em 10 minutos para cada uma delas em uma micro área distinta. O local onde serão desenvolvidas será nos Centros Comunitários de cada bairro. Precisaremos de profissionais capacitados no tema e cadeiras para as pessoas que assistiram. Responsável da ação médica e enfermeira.

## 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar aos profissionais da saúde da UBS sobre os protocolos	■															
Monitoramento de ações.				■				■				■				■
Cadastramento e atendimento clínico dos usuários com hipertensão e diabetes.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Trabalho de mesa para garantir o registro dos usuários com hipertensão e diabetes.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atualização dos profissionais sobre Hipertensão e Diabetes.				■				■				■				■
Realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implantar a ficha de acompanhamento.	■															
Pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.	■															
Reunião de grupos de usuários com hipertensão e diabetes.				■				■				■				■
Palestrar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realizar controle de estoque dos medicamentos.	■				■				■				■			■
Consulta de atendimento odontológico para HAS e DM.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

A apresentação dos resultados para população e gestores, aconteceram nas respectivas datas: 02/10/2015 e 05/10/2015, respectivamente.

### **3 Relatório da Intervenção**

Fazendo um breve relatório do trabalho desenvolvido até a presente data podemos dizer que o trabalho foi muito satisfatório. Ao princípio muito difícil. Trocar planos de trabalho, modificar pensamentos de profissionais de saúde e tratar de mudar a rotina de um coletivo de trabalhadores é muito difícil, sempre as pessoas fazem resistência às mudanças. Mais quando se explica detalhadamente os objetivos é a importância do trabalho em equipe para melhorar a saúde e qualidade de vida de um grupo de pessoas sempre se obtém resultados positivos. A equipe ao princípio se mostrou espalhado mais conforme foi acontecendo às ações de saúde foram se modificando pensamentos e estilos de trabalho.

Podemos dizer que o objetivo geral foi cumprido pois, houve melhora da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF Dabarú. A equipe conseguiu atingir a meta proposta. Pudemos atingir 72 usuários com diabetes que representa 50% do total e 262 usuários com hipertensão o equivalente a 50% do total de usuários com hipertensão, com uma boa qualidade de atendimento. A cobertura foi de 100% de acordo com a meta planejada. Foram realizados todos os exames clínicos e atualizados os exames laboratoriais de acordo com o protocolo o equivalente a 100% dos usuários. Todos os usuários com hipertensão e com diabetes fizeram uso dos medicamentos da farmácia popular e 97% dos usuários até a presente data foram atendidos em consulta odontológica.

Temos que sinalar além, que o curso foi desenhado para 16 semanas de intervenção mais foi diminuído para 12 semanas. O período da intervenção foi do dia 26/03/2015 até 18/06/2015 fato que não afetou aos resultados finais do projeto, mais houvésemos chegado a atingir cifras de coberturas maiores, a equipe continua realizando a rotina de trabalho implementada.

### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na primeira semana foram realizadas com sucessos as capacitações dos profissionais da saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Estas capacitações foram feitas na UBS (Figura 4). UBS/ESF Dabarú. São Gabriel da Cachoeira. Foram capacitados o 100 % dos profissionais, eu acredito que o processo de capacitação deve de ser contínuo para fixar e polir conhecimentos porem na semana sete foi realizada outra capacitação para os profissionais, acho que precisávamos dela, está capacitação não estava planejada mais foi muito eficiente. Não apresentamos dificuldades no desenvolvimento destas atividades e tivemos como facilidade contar com o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde 2013, o qual permitiu abordar as questões técnicas das doenças. Esta atividade foi cumprida integralmente.



**Figura 4:** Membros da equipe participando nas capacitações Equipe 10. ESF- Dabarú. Diário de intervenção da pesquisadora.

Ao mesmo tempo nessa semana também definimos as atribuições de cada membro da equipe, fato que está sendo muito bem executado. Na unidade de saúde todos cumpriram com seus deveres e obrigações e quando um membro da equipe faltou por necessidade, os outros membros da equipe compartilharam as atividades para que não deixasse de funcionar o serviço, ou seja, foi trabalhado em equipe.

Como facilidade tivemos que a equipe de saúde estava quase completa e todos os membros fizeram aderência a suas funções. Não apresentamos dificuldades e ação foi cumprida integralmente.

O atendimento aos usuários foram realizados todos os dias nos dois turnos, ação que foi cumprida muito bem, com vagas para os usuários que precisaram atendimento na hora. (Figura 5).



Figura 5: Especializada Dra. Annia L. Laffita fazendo atendimento no consultório aos usuários com diabetes e com hipertensão. ESF- Dabarú. Diário de intervenção da pesquisadora.

Como facilidade contou-se com uma equipe que realizou o acolhimento para todos os usuários e existiu assistência médica e de enfermagem diária para atender aos usuários (Figura 6). Não apresentamos dificuldades e foi feita integralmente.



Figura 6: Técnica de enfermagem fazendo triagem aos usuários com HAS e DM. Equipe 10. ESF- Dabarú. Diário de intervenção da pesquisadora.



Quando finalizou cada mês a equipe fazia o monitoramento das ações por meio de uma reunião que é dirigida pela enfermeira e a médica. Ao concluir a quarta, oitava e duodécima semana foram realizadas as atividades como foi pactuado. Foi realizada a reunião com a equipe para o monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa (Figura 7). Nesta reunião se verificou a quantidade de usuários cadastrados, obtidos até esse momento e se monitorou os usuários faltosos a consulta mediante a revisão dos prontuários e fichas espelho. Além disso, falamos sobre os exames clínicos apropriados, os usuários que ainda faltaram por exames laboratoriais de acordo com o protocolo, e a qualidade dos registros. Nós tivemos como facilidade as fichas espelho e os prontuários dos usuários. Como dificuldades a equipe apresentava demora nos resultados dos exames. Quando iniciamos o projeto o laboratório do município não estava fazendo química sanguínea fato que demorou muito a obtenção dos resultados dos exames laboratoriais, depois tudo mudou, o aparelho quebrado foi ajeitado e conseguimos realizar os exames aos usuários. De maneira geral podemos dizer que a atividade foi cumprida integralmente.



**Figura 7:** trabalho de mesa com os ACS, no consultório para garantir o registro das pessoas com hipertensão e com diabetes

Mensalmente foi feito o trabalho de mesa com a técnica de farmácia para avaliar os usuários que não fizeram uso de medicação. Manteve atualizado o registro das necessidades dos medicamentos, além, foi feito o controle de estoque dos medicamentos. Com facilidade tivemos disponível uma lista dos usuários atualizada e os diferentes tipos de medicamentos que utilizaram, ou seja, poucas vezes se acabou o medicamento e quando isto aconteceu a solução não demorou. Não apresentamos dificuldade com esta ação e foi cumprida integralmente.

Todas as semanas os Agentes Comunitários e a equipe em geral, fizeram a busca ativa dos usuários faltosos à consulta (Figura 8). Esta atividade foi desenvolvida com êxito. Como facilidade temos que apresentávamos sete Agentes Comunitários que cobriram toda a área de abrangência. Como dificuldade temos que ainda apresentamos usuários faltosos, esta ação foi parcialmente cumprida.



Figura 8: Equipe fazendo visita domiciliar aos usuários faltosos a consulta no Bairro Dabarú.

No consultório todos os dias realizavam-se as atualizações das informações ao sistema e-SUS, o responsável cumpriu muito bem esta atividade. Como facilidade apresentamos um responsável no qual foi o digitador da unidade que forneceu as informações para o sistema. Como dificuldades, na unidade de saúde não apresentou internet e as informações se levaram em suporte digital à Secretaria de Saúde onde foi subministrada ao sistema. Esta atividade foi cumprida integralmente

Todos os meses se realizaram a atualização aos profissionais dos temas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. (Figura 9). Como facilidades tiveram que contarmos com os protocolos de atendimento, e profissionais capacitados no tema. Em relação a dificuldade encontrada podemos dizer que não temos internet na unidade para as pesquisas. A atividade foi cumprida integralmente.



**Figura 9:** Atualização dos profissionais sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Equipe 10.

Uma das atividades mais importantes desenvolvida pela equipe foram as palestras às comunidades todas as quintas-feiras, como a ação comunitária, onde foi orientada a população sobre muitos temas de interesses e depois se realizou a busca ativa das doenças (Figura 10). Como facilidades apresentamos profissionais capacitados, uma equipe completa e um ACS para cada uma das microáreas e dispostos para realizar as palestras e busca ativa. Como dificuldade teve que não apresentamos meio de transporte para ir aos diferentes bairros. Esta ação foi cumprida integralmente.



**Figura 10:** Palestra sobre Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Centro comunitário do bairro Padre Cícero na área de abrangência. Diário de intervenção da pesquisadora.

As reuniões de grupo foram desenvolvidas na unidade, na primeira reunião a participação foi boa, no segundo mês a atividade foi desenvolvida mais com pouca assistência por parte dos usuários. Em relação às facilidades apresentamos local

para a realização da atividade e contamos com profissional capacitado. Como dificuldades se encontram a pouca participação dos usuários, esta ação foi desenvolvida em horários de oficina e muitos dos usuários estavam em seus trabalhos, é uma das causas da pouca participação dos usuários. A ação foi cumprida integralmente.

O atendimento odontológico foi realizado corretamente, todas sexta- feira em os dois turnos de atendimento foi dedicado somente aos usuários com hipertensão e com diabetes. Podemos dizer que existiram facilidades como: a existência de um consultório odontológico bem estruturado e equipado e a presença de uma odontóloga. Em relação às dificuldades apresentaram resistência por parte dos usuários para acudir ao consultório, a pouca percepção do risco e o medo que apresentaram os usuários para acudir ao consultório odontológico. Esta atividade foi cumprida integralmente. A odontóloga também realizou palestras nos bairros com o objetivo de evitar usuários com diabetes e com hipertensão faltosos a consulta odontológica e fizeram profilaxias das infecções bucais. (Figura 11)



**Figura 11:** Palestra sobre saúde bucal. Centro comunitário do bairro Padre Cícero na área de abrangência. Diário de intervenção da pesquisadora.

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

Podemos dizer que na ESF Dabarú todas as ações planejadas foram desenvolvidas. Não apresentamos ações que foram previstas e não estão sendo implementadas.

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

A coleta de dados foi implementada muito bem, a planilha de coleta de dados foi preenchida consecutivamente todas as semanas, sem nenhum contratempo. A planilha de coleta de dados é uma ferramenta importante para avaliar o processo de desenvolvimento do projeto principalmente a análise dos indicadores do programa. A planilha apresentou os resultados em forma de gráfico de barra e em forma de tabela as porcentagens obtidas que ajudam para a interpretação dos resultados. Em geral não apresentamos dificuldade na coleta e sistematização da planilha de coleta de dados.

Além das planilhas de coleta de dados no consultório foi realizado um controle especial, tivemos uma lista com todos os nomes dos usuários com hipertensão e com diabetes da área de abrangência, com a data de sua última consulta e data de retorno que coincide com os dados das fichas espelhos. Esta lista estava separada por microáreas, assim facilitou muito a procura dos dados dos usuários quando solicitaram atendimento.

As fichas espelhos foram preenchidas para todos os usuários de novo diagnósticos e para os usuários que são conhecidos. Não apresentamos problemas com o preenchimento das fichas espelhos.

Os diários da intervenção foram relatados conforme o acontecido na unidade, semanalmente foram enviados informando como foram se desenvolvendo as ações planejadas ao princípio do projeto.

Em relação as fotos coletadas para o projeto, não apresentamos dificuldades, depois dos usuários assinarem o consentimento informado e lhe explicar brevemente o destino final das imagens, eles aceitaram sem dificuldade.

Um das ferramentas que usamos para o controle dos medicamentos foi o cartão dos medicamentos (Apêndice A), em nossa unidade todos os usuários apresentaram esse cartão que foi solicitado em todas as consultas, para monitorar de alguma forma se o usuário estava pegando os medicamentos prescritos e se estavam sendo utilizados por o usuário.

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

Todas as ações previstas no projeto foram incorporadas à rotina do serviço, ao princípio com muita carga de trabalho, nas primeiras semanas o trabalho foi forte, até lograr que todos os usuários se identificaram com a rotina, depois já foi melhorando, tanto assim que já todos os profissionais da ESF Dabarú olham uma melhor percepção do risco para essas duas doenças que cada ano cobra vidas. Acho que os profissionais da saúde estão conscientizados com a importância de conhecer tratar e prevenir estas doenças.

Na ESF Dabarú melhorou o acolhimento dos usuários, melhor qualidade de atendimento, o pessoal mais organização no trabalho. Contamos com uma nutricionista que nos apoia incondicionalmente no projeto que antigamente não tínhamos. A odontóloga com a equipe de saúde bucal apoia o trabalho e brinda palestra para este grupo de usuários, além do que o já dito foi implementado um dia de atendimento odontológico só para usuários com hipertensão e diabetes, a equipe do consultório odontológico foi incorporada além, às visitas domiciliares da equipe fato que ajuda para fornecer para o usuário um atendimento integral.

Desde o ponto de vista social podemos dizer que existe satisfação por parte da população, relacionadas com as ações realizadas na unidade. Logramos melhorar a intersetorialidade com as demais entidades. Todos os aspectos estão funcionando corretamente. Precisamos continuar trabalhando para atingir melhores metas. Precisamos ainda melhorar a percepção do risco por parte dos ACS, melhorar a informação dos usuários em relação a estas duas doenças para evitar complicações e conseguir preveni-la. Sabemos que na área de abrangência falta muitos casos por identificar mais se está trabalhando fortemente para conseguir as metas de acordo com a realidade da área atrita.

O mais importante do projeto é que a rotina foi implementada e dá para perceber uma adesão do plano de trabalho em relação as doenças. Já faz parte do cotidiano as reuniões sobre tema, o preenchimento das fichas espelhos, o acolhimento das pessoas, a atualização do tema, as palestras para toda a população, as ações comunitárias de saúde que fazemos semanalmente. No final acredito que a rotina ficará como parte indissolúvel do trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e com diabetes na UBS Dabarú. Na área adstrita à UBS a população alvo é de 524 usuários com hipertensão e 150 usuários com diabetes, entretanto a intervenção atingiu um total de 262 pessoas com hipertensão e 75 pessoas com diabetes que representam 50% do total para as duas doenças.

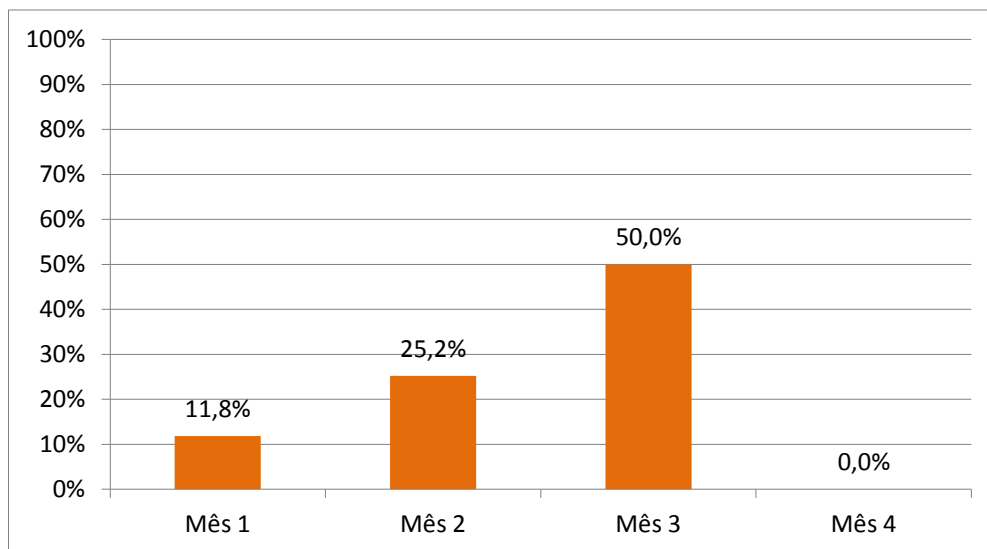
**Objetivo 1:** Cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão na unidade de saúde.

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão da área de abrangência em quatro meses e 100% em quatro meses mais no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ao iniciar a intervenção existia apenas 113 usuários cadastrados (22%). No primeiro mês atingimos 62 pessoas para um 11,8%, já para o segundo mês alcançamos 132 usuários que representa um 25,2%. Ao longo da intervenção mais 149 usuários novos foram diagnosticados e começaram o acompanhamento das consultas atingindo um total de 262 usuários com hipertensão que representou 50% do total no terceiro mês (Figura 12).

A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi a busca ativa diária dos usuários, aferindo a pressão arterial de todas as pessoas com 20 anos e mais.

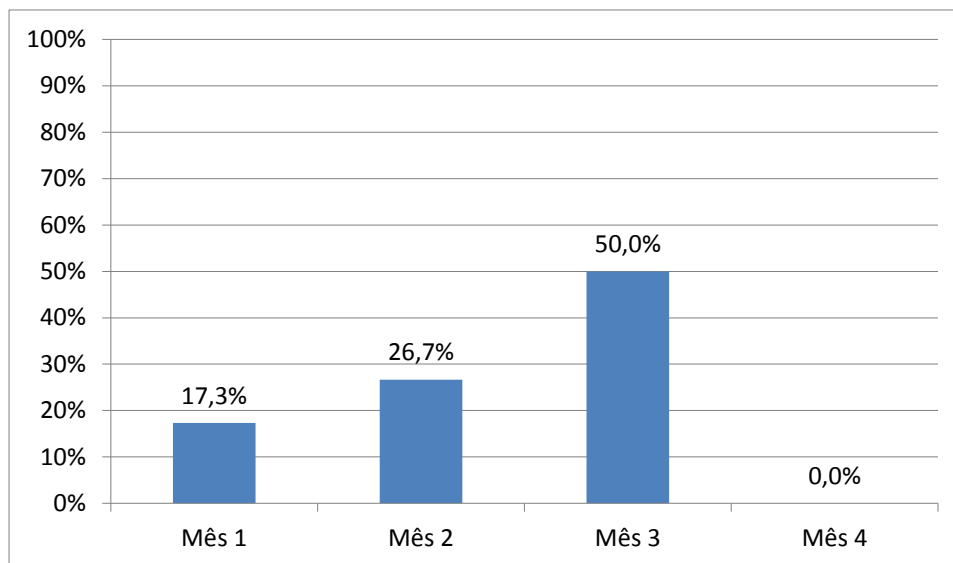




**Figura 12:** Gráfico da evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos usuários com diabetes em quatro meses e 100% em quatro meses mais no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primer mês atingimos 26 pessoas para um 17,3%. Já para o segundo mês alcançamos 40 usuários que representa um 26,7%. Ao longo da intervenção mais 45 usuários novos foram diagnosticados e começaram o acompanhamento das consultas atingindo um total de 75 usuários com diabetes que representou o 50% do total no terceiro mês. (Figura 13). A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi a busca ativa diária dos usuários, aferindo a glicose de acordo aos fatores de risco para esta doença.



**Figura 13:** Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Na área, dos 113 usuários com hipertensão que estavam cadastrados na unidade no início da intervenção, não eram todos que apresentarem exame clínico apropriado, existiam somente 95 usuários com exames clínicos apropriados representando 84% do total. No primeiro mês foram avaliados 62 usuários (100%) e no segundo mês foram 132 usuários com hipertensão (100%). Ao longo da intervenção mais 149 usuários novos foram diagnosticados e foi realizado exames clínicos apropriados aos 262 usuários com hipertensão representando 100% dos usuários cadastrados. As ações que mais auxiliaram para atingir a meta foram a disponibilidade da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde e a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. Um bom exame clínico ajuda a prevenir ou alertar doenças, geralmente usuários hipertensos debutam com hipertrofia dos ventrículos do coração para depois fazer uma insuficiência cardíaca, estas doenças se começam a suspeitar com o exame clínico eficiente.

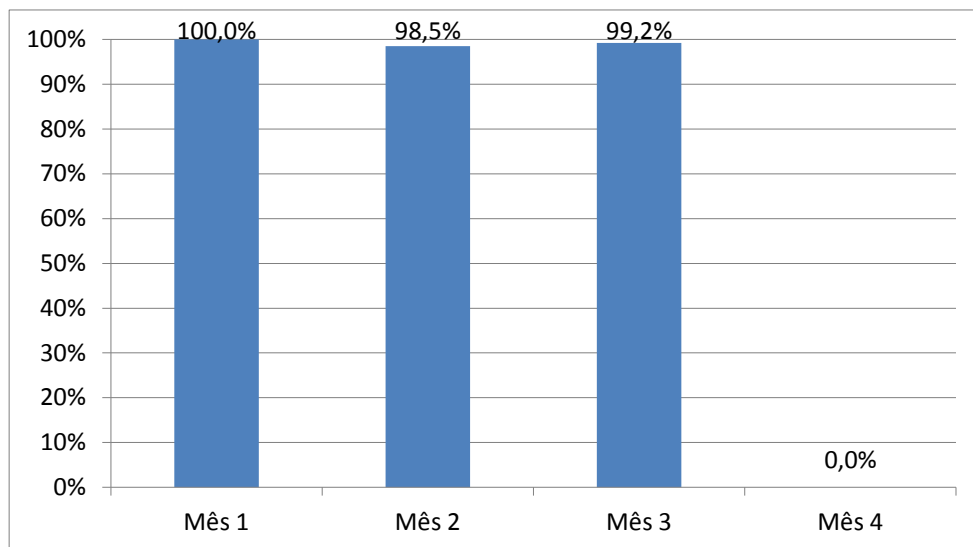
**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Na área, de 32 usuários com diabetes cadastrados na UBS ao início da intervenção, nem todos apresentavam exame clínico apropriado, somente 28 usuários estavam com exames clínicos apropriados representando 88% dos 32 usuários. No primeiro mês foram avaliadas 26 pessoas (100%) e no segundo mês foram realizados 40 exames clínicos representando o 100%. Depois mais 43 usuários novos foram diagnosticados e se realizou exames clínicos apropriados aos 75 usuários com diabetes no terceiro mês representando 100% dos usuários cadastrados até o momento. A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi disponibilidade da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. As avaliações dos exames clínicos apropriados são de muita importância porque ajuda a prevenir doenças, por exemplo um usuário diabético com diminuição ou ausência dos pulsos do pé fala sobre um comprometimento vascular que num futuro pode levar para uma úlcera do pé (pé diabético) e doenças infecciosas.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão.

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

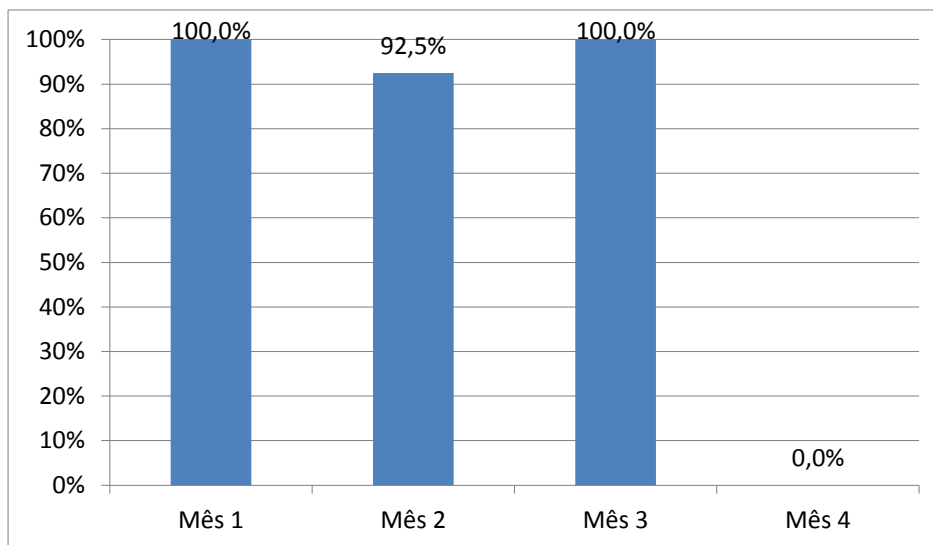
Dos 113 usuários com hipertensão que existiam antes da intervenção nem todos tinham exames laboratoriais em dia, somente 97 hipertensos tinham exame complementares em dia representando 86% dos 113 usuários. Atualmente 260 usuários com hipertensão apresentam os exames complementares em dia representando um 99,2% do total (Figura 14). Este fato é dado porque temos dois usuários que pertencem à área mas, não conseguimos obter os resultados dos exames já indicados, os usuários se encontram fora da cidade. No primeiro mês 62 usuários fizeram os exames representando 100%, no segundo mês foram realizados 130 exames em dia que representa 98,5% de 132 que tínhamos que fazer pôr os motivos explicados acima. Já no terceiro mês atingimos 260 usuários que representa 99,2%. A ação que mais ajudou para atingir a meta foi a orientação os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.



**Figura 14:** Evolução mensal do indicador de proporção de usuários hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

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

Dos 32 usuários com diabetes que existiam antes da intervenção nem todos tinham exames laboratoriais em dia, somente 30 diabéticos tinham exame complementares em dia representando 93,8% dos 32 usuários. Atualmente 75 usuários apresentam os exames complementares em dia representando 100% do total (Figura 15). No primeiro mês os 26 usuários fizeram os exames que representa o 100% do total de usuários do mês, no segundo mês baixou a quantidade dos exames devido à demora por parte do laboratório para a realização dos exames complementares de 40 usuários só fizeram exames 37 usuários que representa o 92,5 dos usuários no mês. Já no terceiro mês os 75 usuários fizeram os exames representando o 100%. A ação que mais ajudou para atingir a meta foi orientação dos usuários e a comunidade quanto á periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.



**Figura 15:** Evolução mensal do indicador de proporção de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo do programa de diabetes na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

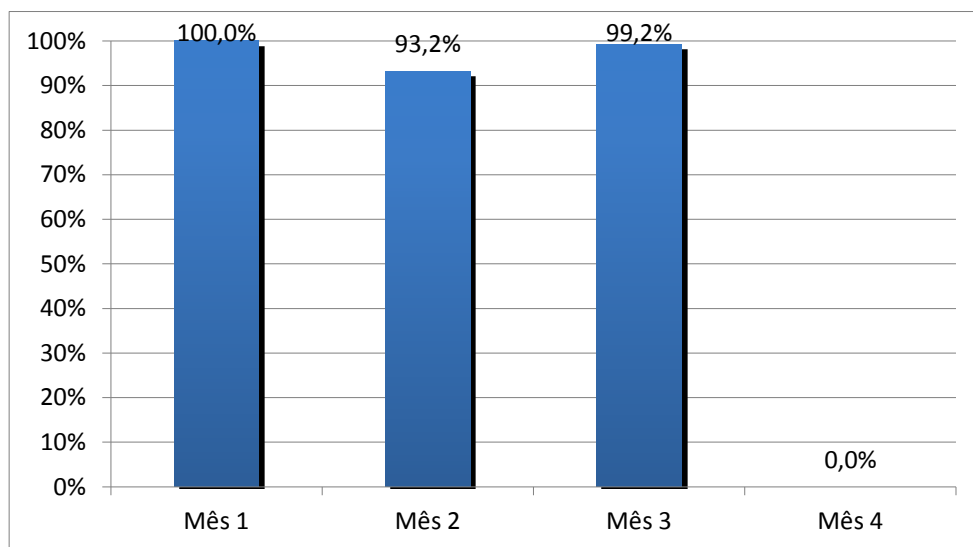
**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários com diabetes cadastrados durante a intervenção fazem uso dos medicamentos que são fornecidos pela farmácia da UBS representando 100% do total. No primeiro mês 62 usuários com hipertensão e 26 usuários com diabetes fizeram uso dos medicamentos representando 100% do total do mês, no segundo mês 132 usuários com hipertensão e 40 usuários com diabetes fizeram uso dos medicamentos representando 100%. Já para o terceiro mês os 262 usuários hipertensos e os 75 diabéticos usaram os medicamentos representando 100% do total de usuários para ambas doenças. As ações que mais auxiliaram para atingir a meta foram manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde e a orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos farmácia.

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

Antes de começar a intervenção tínhamos 88 usuários com avaliação de saúde bucal em dia representada por o 78%. No primeiro mês foram avaliados 62 usuários representando 100%, no segundo mês foram avaliados 123 usuários representando o 93,2% dos 132 usuários, deixaram de avaliar-se 9 usuários hipertensos que não acudiram a consulta. No terceiro mês foram avaliados 260 usuários que representa o 99.2 % do total de usuários com hipertensão, deixaram de avaliar 2 usuários ao final da intervenção. (Figura 16). Os dois usuários não avaliados têm dadas as orientações mais se negam à realização da avaliação da cavidade oral, a equipe trabalha fortemente para obter resultados positivos, eles relatam que têm medo da avaliação odontológica, ainda continuamos utilizando o método de persuasão nestes usuários. As ações que mais auxiliaram para atingir a meta foram: organização das ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e orientação à comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Dos 260 usuários avaliados precisaram uma segunda consulta 250 usuários, a principais causas do retorno foram as infecções bucais como as caries dentais e as necessidades de próteses dentais.

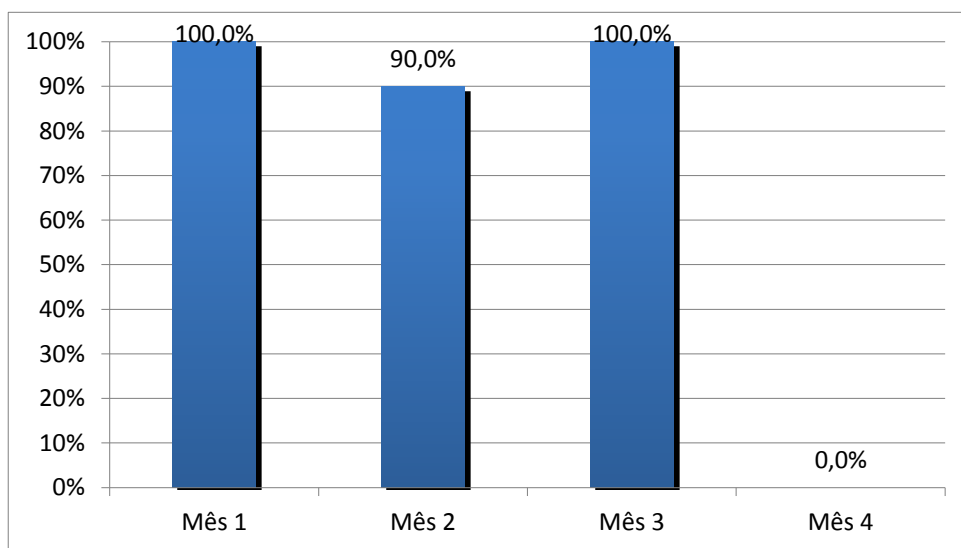


**Figura 16:** Evolução mensal do indicador de proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

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

Antes de começar a intervenção tínhamos 25 usuários com avaliação de saúde bucal em dia representada por 78% dos 32 usuários. No primeiro mês foram avaliados 26 usuários que representa o 100%. No segundo mês foram avaliados 36

usuários que representa o 90% dos usuários do mês. Os 75 usuários com diabetes foram avaliados representando 100% do total de pessoas cadastrados no terceiro mês. (Figura 17). As ações que mais auxiliaram para atingir a meta foram a organização as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com diabetes e orientação a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.



**Figura 17:** Evolução mensal do indicador de proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

### **Objetivo 3.** Melhorar a adesão de usuários com hipertensão.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos usuários com hipertensão faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês apresentamos 10 faltosos e foram feitas a busca ativa aos 10 usuários representando o 100 %. No segundo mês faltaram a consulta três usuários e foram feitas a busca ativa aos três usuários mais 1 usuário não acudiu a consulta pois se encontrava fora de área representando um 66.7 dos usuários faltosos. Para o terceiro mês faltaram a consulta dois usuários e foi realizada a busca ativa aos dois usuários representando o 100%. No final todos os usuários faltosos foram avaliados. Ainda continuamos avaliando os usuários para manter a avaliação em dia. As ações que realizamos para atingir a meta foi o monitoramento o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e a organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Na visita domiciliar se encontrou um usuário com hipertensão que havia saído de alta hospitalar o dia anterior, produto de um Acidente Vascular Encefálico por ter cifras de pressão arterial elevada. O usuário ficou com sequelas motoras e agora só corresponde a fisioterapia e cuidar de seus valores pressóricos para que não volte acontecer. Os familiares ficaram surpresos ao ver a equipe preocupada com o cuidado do usuário. Deixaram-se orientações precisas aos familiares para evitar as escaras e a importância do uso contínuo da medicação da pressão arterial. (Figura 18)



**Figura 18:** Especializada Dra. Annia Lennis Laffita Salazar fazendo visita domiciliar a usuário com sequela de um Acidente Vascular encefálico no Bairro Dabarú. Equipe 10 da UBS- Dabarú.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos usuários com diabetes faltosos às consultas conforme à periodicidade recomendada. No primeiro mês apresentamos 6 faltosos e foram feitas a busca ativa aos 6 usuários, representando 100% dos usuários. A principal causa de insistência a consulta foi o desconhecimento dos usuários da frequência das consultas. Os ACS além foram explicando para os usuários a importância das consultas na busca ativa. Já no segundo e terceiro mês não houve usuários faltosos. Os 75 usuários com diabetes foram avaliados em tempo que representa um 100% e ainda continuamos avaliando os usuários para manter a avaliação em dia. As ações que realizamos para atingir a meta foi o monitoramento o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e a organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Antes da intervenção os profissionais da saúde não conheciam quantos usuários faltosos tinha a



unidade, atualmente percebemos mais organização e monitoramento em relação às consultas e acompanhamento.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão arterial.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Anterior à intervenção os usuários não tinham fichas espelhos. No primeiro mês os 62 usuários cadastrados apresentaram as fichas de acompanhamento (100%). No segundo mês dos 132 usuários cadastrados 131 fizeram as fichas de acompanhamento representando o 99,2%, somente faltou 1 usuário que se encontrava fora de área. No terceiro mês todos os usuários com hipertensão cadastrados na unidade, ou seja, os 262 usuários apresentam as fichas espelhos o que representa 100% dos hipertensos. A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi a capacitação para a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações dos usuários com diabetes.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Anterior à intervenção os usuários não tinham fichas espelhos. No primeiro mês foram feitas as 26 fichas de acompanhamento representando 100%. No segundo mês foram realizadas as 40 fichas representando o 100% do total de usuários cadastrados. No terceiro mês os 75 usuários com diabetes apresentam as fichas espelhos que representa o 100% das pessoas cadastradas. Atualmente as fichas espelhos são atualizadas cada vez que o usuário é acompanhado em consulta. A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi a capacitação para a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

**Objetivo 5.** Mapear os usuários com hipertensão de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Anteriormente a estratificação do risco somente estava aplicada em 95 usuários que representava 84% dos 113 usuários com hipertensão que estavam cadastrados e das pessoas diabéticas somente estava aplicada em 28 pessoas que representava 88% das 32 pessoas existentes. No primeiro mês os 62 usuários com hipertensão e as 26 pessoas diabéticas cadastrados foram feitos a estratificação do risco, representando o 100% dos usuários. No segundo mês os 132 usuários hipertensos e os 40 diabéticos foram avaliados representando o 100%. No terceiro mês os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários com diabetes foram avaliados com estratificação do risco cardiovascular que representa 100% dos usuários. A ação que mais auxiliou para atingir a meta foi a monitorização do número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Os riscos que mais se apresentam na população são a obesidade, o sedentarismo e o mau hábito de fumar. Os usuários obesos foram encaminhados com a nutricionista, aos sedentários se deram indicação de fazer atividade física pelo menos três vezes por semana e os fumantes foram advertidos sobre as consequências do mau hábito de fumar além de falar sobre os medicamentos que existem para deixar o cigarro.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de usuários com hipertensão.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Antes da intervenção somente 102 usuários tinham as orientações nutricionais que representava um 90,3% dos 113 usuários com usuários com hipertensão e dos diabéticos os 32 usuários também tinham as orientações nutricionais representando o 100%. No primeiro mês os 62 usuários com hipertensão e os 26 usuários com diabetes cadastrados foram orientados sobre a alimentação saudável, representando o 100% dos usuários. No segundo mês os 132 usuários com hipertensão e os 40 usuários com diabetes foram orientados sobre a alimentação saudável representando o 100%. No terceiro mês os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários diabéticos foram orientados sobre a alimentação saudável que representa 100% dos usuários. A ação que apoiou para

alcançar estas metas foi a orientação aos usuários com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável diante das palestras nos diferentes bairros da comunidade.

Na sexta semana da intervenção fizemos uma palestra na unidade de saúde, com os usuários com hipertensão e diabetes onde tivemos a honra de contar com a intervenção da nutricionista. (Figura 19). Na palestra foi falado sobre todos os alimentos saudáveis que os usuários podem estar usando para sua boa saúde e hábitos alimentares saudáveis. O mais interessante é que ficaram sabendo de muitos alimentos e frutas típicas da zona que podem ser consumidas para substituição de aqueles alimentos não saudáveis e gordurosos.



**Figura 19:** Nutricionista realizando palestra com aos usuários com HAS e DM no consultório. ESF- Dabarú.

Na semana 9 da intervenção foi muito produtiva, conseguimos vincular professores de nutrição da universidade do município com seus alunos para palestra no consultório com ajuda da secretaria de saúde que foi a promotora da atividade. A palestra foi boa se falaram pontos muito importantes na alimentação dos usuários e deixaram muitas recomendações de alimentação saudável, tratando de modificar estilos de vida. Achei muito impressionante esta vinculação com outros setores da sociedade pois, dá para perceber a intersetorialidade de nosso serviço e um passo muito grande de logro, particularmente gostei muito.

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

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

Antes da intervenção somente 102 usuários tinham as orientações quanto a pratica de atividade física que representava um 90,3% dos 113 usuários com hipertensão e dos usuários com diabetes os 32 usuários também tinham as orientações sobre a prática regular de atividade física representando o 100%. No primeiro mês os 62 usuários com hipertensão e os 26 usuários diabéticos cadastrados foram orientados sobre a prática regular de atividade física, representando o 100% dos usuários. No segundo mês os 132 usuários com hipertensão e os 40 diabéticos foram orientados sobre a prática regular de atividade física representando o 100%. No terceiro mês os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários diabéticos foram orientados sobre a prática regular de atividade física que representa 100% dos usuários. A ação que apoiou para alcançar esta meta foi a orientação aos usuários com hipertensão, diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular diante as palestras nos diferentes bairros da comunidade. (Figura 20)



**Figura 20.** Médica e enfermeira fazendo palestra no bairro Dabarú sobre a importância da prática de atividade física.

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

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

No primeiro mês os 62 usuários com hipertensão e os 26 usuários com diabetes cadastrados foram orientados sobre os riscos do tabagismo, representando o 100% dos usuários. No segundo mês os 132 usuários com hipertensão e os 40 diabéticos foram orientados sobre os riscos do tabagismo representando o 100%. No

terceiro mês os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários com diabetes foram orientados sobre os riscos do tabagismo que representa 100% dos usuários. A ação que apoiou para alcançar esta meta foi a orientação aos usuários com hipertensão e diabetes e para seus familiares sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância de abandonar o cigarro diante as palestras nos diferentes bairros da comunidade.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes

Antes da intervenção somente 88 usuários tinham as orientações sobre higiene bucal que representava um 77,9% dos 113 usuários com hipertensão, e dos diabéticos existia somente 25 usuários com esta orientação o que representava o 78,1% dos 32 usuários. No primeiro mês os 62 usuários com hipertensão e os 26 usuários com diabetes cadastrados foram orientados sobre a higiene bucal, representando o 100% dos usuários. No segundo mês os 132 usuários com hipertensão e os 40 diabéticos foram orientados sobre a higiene bucal representando o 100%. No terceiro mês os 262 usuários com hipertensão e os 75 usuários diabéticos foram orientados sobre a higiene bucal que representa 100% dos usuários. A ação que apoiou para alcançar esta meta foi a orientação aos usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal diante das palestras nos diferentes bairros da comunidade.

## 4.2 Discussão

Para começar a discussão aclaramos que o projeto foi feito pelas duas equipes da UBS mais os dados que serão discutidos é somente da ESF- Dabarú.

O projeto de intervenção melhorou a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus por meio da ampliação da cobertura para estes usuários. Foram diagnosticados novos casos com hipertensão e diabetes por

meio da busca ativa dos usuários e se deu continuidade das consultas aos usuários já cadastrados, atingindo a meta proposta de atingir 50% de cobertura dos usuários em cada uma das ações programáticas.

Houve melhora da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes por meio da realização dos exames clínicos apropriados dos usuários, se garantiu que todos as pessoas com hipertensão e com diabetes realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Priorizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os usuários cadastrados na unidade de saúde. A equipe de odontologia realizou a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para todos os usuários cadastrados.

A adesão de usuários com hipertensão e diabetes foi melhorada, podemos dizer que no momento não contamos com usuários faltosos as consultas na unidade, a busca ativa dos usuários faltosos foi realizada com sucesso.

Houve melhorias no registro das informações dos usuários. Para todos os usuários com estas duas patologias foram abertas pela primeira vez as fichas espelhos que representou uma ferramenta de muita importância em relação à organização dos registros.

A avaliação de todos os usuários para evitar a doença cardiovascular foi feita por meio da realização da estratificação do risco cardiovascular usando escore de Framingham.

A promoção da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos foi feita com sucessos. Para todos os usuários com estas duas doenças foram oferecidas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientações em relação à importância da prática regular de atividade física, orientações sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre a higiene bucal.

Uns dos indicadores de qualidade que não conseguimos atingir a meta do 100% foi garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo para todos os usuários com hipertensão. Atualmente 260 usuários hipertensos apresentam os exames complementares em dia representando um 99,2% do total. Este fato é dado porque temos dois usuários que pertencem à área mas, não conseguimos obter os resultados dos exames já indicados, os usuários se encontram fora da cidade.

Outro indicador de qualidade que não alcançamos a meta do 100% foi a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No terceiro mês foram avaliados 260 usuários que representa o 99,2 % do total de hipertensos, deixaram de avaliar 2 usuários

ao final da intervenção. Os dois usuários não avaliados têm dadas as orientações mais se negam à realização da avaliação da cavidade oral, a equipe trabalha fortemente para obter resultados positivos, eles relatam que têm medo da avaliação odontológica, ainda continuamos utilizando o método de persuasão nestes usuários.

O relacionamento com a outra equipe foi ótimo. No princípio houve resistência, mais quando perceberam os resultados obtidos, gostaram da ideia. Eles começaram a trabalhar em parceria conosco, adotaram igual método de trabalho com o grupo de usuários.

Em geral podemos dizer que a equipe se beneficiou muito, todos ganharam em conhecimentos e experiências de atendimentos para grupos priorizados. A equipe foi capacitada segundo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Antigamente a equipe nunca havia trabalhado com um programa da saúde bem organizado. Os profissionais da saúde ganharam em experiência profissional e foi uma experiência que perdurara na rotina do trabalho. A intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe. Para a médica foi uma experiência maravilhosa poder interagir com uma equipe muito receptiva. Para a enfermeira a intervenção aportou conhecimentos novos em relação ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Os ACS ganharam em organização e novas experiências. A técnica de enfermagem melhorou seus conhecimentos sobre as técnicas de medição de pressão arterial. O pessoal da recepção ganhou em organização e acolhimento para as pessoas deste grupo.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe.

A comunidade percebe o trabalho desenvolvido pela equipe. Em conversação com alguns membros dos bairros comentam sobre o programa e até ficam surpresos quando percebem os retornos das consultas e os agendamentos, para dar acompanhamento a sua doença mesmo que estejam com as doenças controladas. Além disso, agradecem muito a estabilidade do médico no consultório pois, antigamente, no consultório todos os meses trocavam de médico ou simplesmente não tinha médico na ESF. Além disso, considero que o mais importante foram os novos casos de hipertensão e diabetes diagnosticados durante a intervenção, que no final repercutiu positivamente na melhoria da saúde da área de abrangência,

diminuindo os índices de complicações desta doença e evitando aumentar a morbidade por causa de ambas doenças.

Se fosse realizar a intervenção novamente, faria mais promoção do programa pelos meios de difusão massiva, exemplo: radio e autofalante. Aumentaria a intersectorialidade com outros centros de trabalho da comunidade para aumentar a busca ativa da doença. Gostaria de aumentar a participação da comunidade por meio de mais reuniões com a liderança dos bairros para melhorar o serviço.

A rotina dos atendimentos aos usuários está implantada e ficou muito bem adaptada na unidade e já forma parte do trabalho diário da ESF. Acredito que a ficha espelho tem todos os parâmetros para realizar a coleta dos indicadores e fazer uma avaliação integral dos indicadores.

Para o mês próximo queremos manter a mesma rotina de trabalho para conseguir atingir a meta em 100% de cobertura. Precisamos continuar com o apoio da Secretaria de Saúde e aumentar a interação com a comunidade. Também pretendemos depois de terminar com esta intervenção começar a trabalhar com a implantação do programa do Pré - natal que é o programa das grávidas e todo o relacionado com elas.



## **5 Relatório da intervenção para o gestor**

Aos gestores

Como parte da especialização em Saúde da Família incorporado ao programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), na Unidade de Saúde de Dabarú foi determinado como um dos problemas de saúde fundamentais a baixa cobertura que existia dos usuários com hipertensão e diabetes. Para solucionar esta problemática e em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) começamos um árduo trabalho planejado em 12 semanas. O projeto teve como objetivo geral a melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Dabarú.

Ao iniciar o projeto tínhamos um total de 113 usuários com HAS que representa 22% em relação ao indicador de cobertura que é 524 usuários. Em relação ao diabetes tínhamos cadastrado 32 usuários representando 21% de 150 usuários. A equipe chegou à decisão de alcançar uma meta de cadastrar 50% dos usuários com hipertensão e diabetes em quatro meses e 100% em mais quatro meses mais.

Podemos dizer que o objetivo geral foi cumprido pois, foi melhorada a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF Dabarú. Ao finalizar o projeto atingimos 72 usuários diabéticos que representou 50% do total e 262 usuários hipertensos que representou 50% do total de usuários hipertensos, com uma boa qualidade de atendimento. A cobertura atingida foi de 100% de acordo com a meta planejada. (Figura 12 e 13).

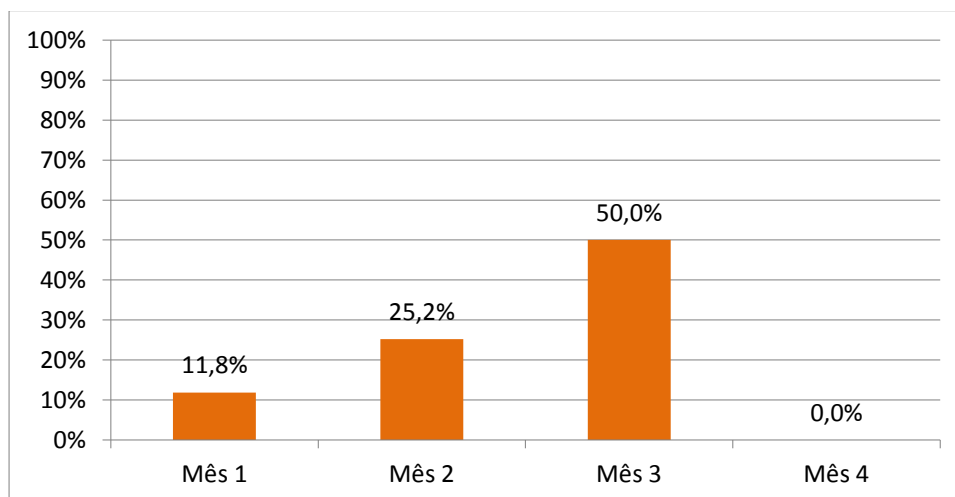


Figura 12: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

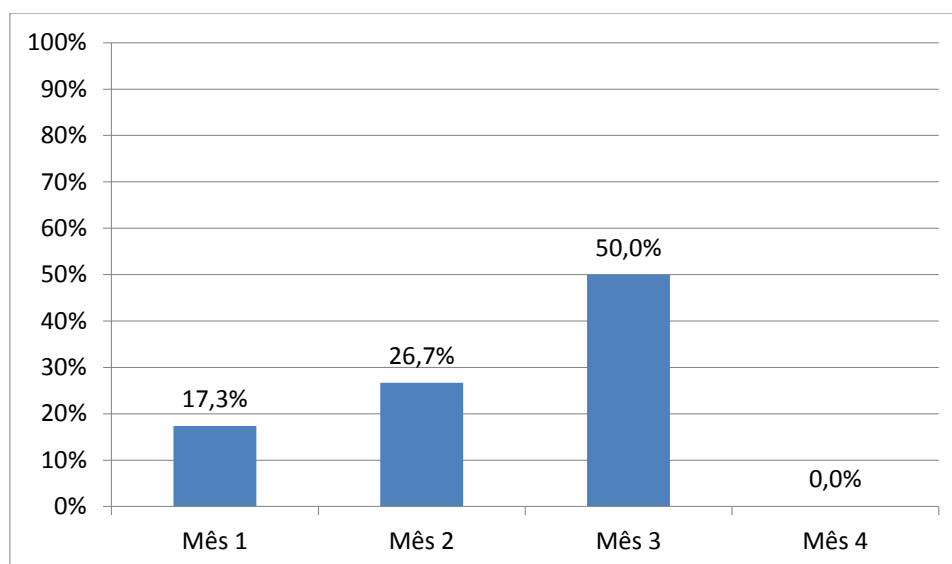


Figura 13: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS/ESF Dabarú, São Gabriel da Cachoeira, AM.

Os 262 usuários hipertensos e os 75 usuários diabéticos apresentarem exame clínico apropriado. Para realizar o exame clínico apropriado foi necessário obter a versão atualizada do protocolo de atenção aos usuários. Foi impresso a versão atualizada do protocolo a secretaria de saúde disponibilizou materiais para a obtenção do protocolo como folhas e tinta para impressão. O protocolo foi valioso porque permitiu a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e diabetes.

Foi melhorada a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Para isto se garantiu 99,2% dos hipertensos e 100% diabéticos à realização

de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. A secretaria ajudou de forma integral. O gestor falou com os responsáveis do laboratório e agilizou a entrega e a qualidade e quantidade de exames realizado aos usuários.

Os 262 usuários hipertensos e os 75 diabéticos cadastrados durante a intervenção fazem uso dos medicamentos que são fornecidos pela farmácia da UBS representando 100% do total. Em nosso consultório, em poucas vezes que houve falta de medicamento para este grupo de usuários, a secretaria se empenhou para que os usuários não ficassem sem os medicamentos.

Foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos e dos hipertensos foram avaliados 260 usuários que representa o 99.2% do total de hipertensos.

Foi melhorada a adesão a consulta de usuários hipertensos e diabéticos por exemplo: Em relação aos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, ao final da intervenção os 262 hipertensos e os 75 diabéticos foram avaliados em tempo que representa um 100%.

Foi melhorado o registro das informações dos usuários hipertensos. Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrado na unidade apresentam as fichas espelhos o que representa 100%. Nesta ação a secretaria de saúde apoio muito pois, com a ajuda do gestor foram impressas todas as fichas espelhos dos usuários sobrando ainda para os novos usuários que estão sendo incorporados ao programa.

Todos os usuários com hipertensão e diabetes de risco foram mapeados para doença cardiovascular. Com este grupo de usuários foi trabalhada a importância dos riscos modificáveis para evitar complicações e sequelas futuras. Os 262 hipertensos e os 75 diabéticos foram avaliados com estratificação do risco cardiovascular que representa 100% dos usuários.

Aumentou a prevenção de saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Por exemplo: os 262 hipertensos e os 75 diabéticos cadastrados na unidade foram orientados sobre a alimentação saudável, foram orientados sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal o que coincide com 100% dos usuários cadastrados.

Atualmente temos uma Estratégia de Saúde da Família onde se trabalha em equipe, conseguimos realizar um trabalho mais organizado e temos uma equipe mais preparada na hora de atender aos usuários diabéticos e hipertensos.

Ainda falta muito trabalho por realizar devemos terminar de cadastrar 100% dos usuários que apresentam estas duas doenças. Para melhorar a qualidade de atenção dos usuários dependemos e necessitamos muito do atuar do secretário de saúde do município. Consideramos que ainda falta a integração da atenção primária com a secundária e é necessário no município a atuação de especialistas como cardiologistas, geriatras, angiologistas para obter a avaliação integral dos usuários, evitando deslocamento dos usuários para a capital do estado e evitando atraso dos tratamentos. Além disso, necessitamos a realização de exames laboratoriais como a hemoglobina glicada e a proteinúria. Para finalizar podemos dizer que depois de terminar a intervenção pretendemos implementar a intervenção no programa de Pré - natal na ESF- Dabarú.

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

À comunidade

Na ESF- Dabarú foi desenvolvido um projeto pela equipe de trabalho sobre o programa de usuários Hipertensos e diabéticos. O trabalho teve como objetivo a melhoria do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, e foi desenvolvido em 12 semanas.

Os profissionais da saúde do consultório decidiram que uns dos problemas da saúde que mais atingem a comunidade em que atuam é a baixa quantidade de usuários atendidos acometidos com hipertensão arterial e com diabetes mellitus. Porém, a equipe decidiu começar a elaboração de um trabalho para incorporar os usuários aos programas destas duas doenças e com isso aumentar a qualidade de atenção dos usuários.

A equipe chegou à decisão de alcançar uma meta de cadastrar 50% dos usuários hipertensos e diabéticos, o objetivo geral foi alcançado. A equipe logrou alcançar a meta proposta. Pudemos atingir 72 usuários diabéticos que representa o 50% do total e 262 usuários hipertensos que representa o 50% do total de usuários hipertensos, com uma boa qualidade de atendimento. A cobertura foi de um 100% de acordo com a meta planejada.

Para lograr o objetivo, o pessoal de saúde do consultório traçou uma série de atividades para a obtenção dos resultados com sucessos onde a comunidade teve uma participação fundamental.

Na primeira semana foram realizadas capacitações aos profissionais da saúde da UBS. Essa ação favoreceu que a comunidade tenha uma equipe de saúde mais

preparada e treinada para fazer frente a qualquer situação de saúde apresentada por parte dos usuários.

Os atendimentos aos usuários foram realizados todos os dias nos dois turnos, com vagas para aqueles que precisaram ser atendidos na hora. Com esta ação melhorou a acessibilidade da população aos serviços do consultório.

Mensalmente foi feita o trabalho de mesa com a técnica de farmácia avaliando os usuários que não fizeram uso de medicação. A comunidade ganhou muito em quanto a acessibilidade e permanência dos medicamentos em a farmácia do consultório evitando carecer dos comprimidos necessários. É importante que os usuários diabéticos e hipertensos acudam ao consultório para pegar todos os meses a medicação indicada e fazer usos adequado dos mesmos.

Os Agentes Comunitários fizeram a busca ativa dos usuários faltosos à consulta todas as semanas evitando atrasos em consultas dos usuários. A comunidade pode apoiar esta ação evitando faltar às consultas agendadas pela equipe.

Uma das atividades mais importantes desenvolvida pela equipe foram as palestras às comunidades todas as quintas-feiras, onde a população recebeu orientações sobre muitos temas de interesse. As palestras realizadas nos bairros abordaram temas como: A importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal. A comunidade ganhou em conhecimento e informação sobre como se auto cuidar. A comunidade pode ajudar aos profissionais da saúde ajudando com a participação massiva dos bairros nas palestras agendadas.

A comunidade forma parte importante dos resultados obtidos neste trabalho pois, sem ela não seriam desenvolvidas todas as atividades do consultório. É importante a colaboração dos membros da comunidade e é essencial que exista uma maior integração entre a comunidade e a equipe de saúde para obter melhores resultados.

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

O processo de aprendizagem do curso particularmente foi um grande conhecimento técnico e prático. O curso permitiu que ao mesmo tempo que foi adquirido conhecimento o mesmo fosse posto em prática. No decorrer do tempo interagimos com os conhecimentos adquiridos e fomos utilizando-o na prática, acho que é a melhor forma de aprender.

Inicialmente eu não conhecia as perspectivas que perseguia o trabalho. Posso dizer que foi minha primeira experiência do curso a distância por meio da internet. Nunca tive a experiência de ter professores ou instrutores fora de uma sala de aulas. Acho que no princípio eu ficava um pouco desorientada quando comecei a trabalhar na unidade 1 onde eram solicitadas as características estruturais do consultório. No início comecei a trabalhar com o caderno de ações programáticas já mais centrada nos objetivos que perseguia o programa, depois consegui chegar até uns dos problemas mais significativos do trabalho e onde comecei a focar os objetivos e esforços para chegar a atingir a meta. Além disso, nunca imaginei poder fazer um diário semanal das atividades realizadas no consultório para alcançar a melhoria de saúde para o grupo de usuários hipertensos e diabéticos, o diário de trabalho foi também uma experiência nova. As expectativas que tinha do trabalho ao princípio foram superadas com o decorrer do tempo, nunca acreditei que se tocassem temas muito fundos como foram o engajamento, o acolhimento do usuário e o trabalho em equipe, acredito que são temas importantíssimos para obter o sucesso do trabalho. Acho que a equipe tem um olhar diferente relacionado ao modo de tratar com todos os usuários o que propiciou adquirirmos ferramentas importantes para nos comunicarmos com os usuários.

Já no âmbito profissional o curso foi muito frutífero. Primeiramente me ajudou muito com o idioma, o curso ajudou a modificar positivamente o jeito de me comunicar e escrever o português. Aprendi sobre muitas palavras técnicas da profissão. Gostei de conhecer a estrutura dos modelos de consultórios do Brasil. Aprendi muito sobre o Sistema Único de Saúde, acho que é o melhor sistema para obter saúde de qualidade para todas as pessoas. Gostei de trabalhar em equipe com todos os membros que compõe o consultório. Sinto-me realizada desde o ponto de vista profissional porque acredito que consegui evitar sequelas de doenças irreversíveis e diagnostiquei muitos usuários que aparentavam ser sadios. Acredito que o melhor mérito para um médico é poder prevenir doenças. Em relação às atividades de pratica médico pode refrescar os conhecimentos e conhecer os diferentes protocolos de atendimento de as doenças no brasil, acho uma experiência maravilhosa desde o ponto de vista profissional.

Para mim uns dos aprendizados mais relevantes do curso foram os princípios do SUS (universalidade, atenção integral à saúde, Equidade, descentralização e controle social) porque ajudam a compreender o funcionamento do SUS e seus objetivos. Acho que os princípios dirigem a política do sistema de saúde do Brasil. E um sistema que inclui todas as pessoas sem distinção.

O estudo do engajamento público forma parte dos conhecimentos importantes porque sem ele não podemos interatuar com a comunidade que é nosso objetivo onde vão encaminhadas as atividades de saúde. É muito importante conhecer as queixas sentidas e recomendações dos usuários, para poder melhorar nosso trabalho.

O jeito de trabalho de uma equipe de saúde, seus integrantes e a estrutura de uma Estratégia de Saúde da família formou parte dos aprendizados do curso, muito importante para entender o funcionamento de trabalho do consultório.

Em relação à área clínica aprendemos muito sobre os protocolos de muitas doenças, importante para saber conduzir as diferentes situações que a diário temos no consultório.

No final o curso proporciono muitas ferramentas para fornecer uma atenção de saúde com qualidade.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Cartão de medicamento dos usuários diabéticos e hipertensos

### SINTOMAS DE ALERTA

- Dor de cabeça
- Aceleração do coração e respiração curta ao fazer qualquer exercícios;
- Fraqueza, noturna e desmaio;
- Visão embaralhada (parece enxergar estrelinhas)
- Dores e Edemas (inchaços geralmente nas pernas, pés...)
- Zumbidos nos ouvidos;

### GRUPO DE RISCO

- Parente Hipertenso;
- Homem com mais de 40 anos;
- Diabético;
- Mulher na menopausa;
- Obesidade;
- Sedentarismo;
- Auto consumo de sal;
- Negro;
- Uso de anticoncepcional;

### PREVENÇÃO

1 - Use pouco sal no preparo dos alimentos. Substitua o sal por temperos;

- Cebola
- Alho
- Ervas

2 - Use óleo vegetal no lugar da banha e evite o excesso de frituras;

3 - Evite as massas, doces e alimentos gordurosos se você engorda facilmente ou é gordo.

### PREVENÇÃO (continuação)

4 - Controle seu peso regularmente, pois isto auxilia no controle da pressão;

5 - Faça exercícios, ginástica, caminhada e pratique esportes;

6 - Aprenda a relaxar para evitar o nervosismo.

7 - Controle também os crachás estimulantes (como chá preto), cigarros, bebidas alcoólicas.

8 - Procure seu médico sempre que necessário. Evite o uso de medicamentos sem orientação adequada.

ESTADO DO AMAZONAS  
PREFEITURA MUNICIPAL  
DE SÃO GABRIEL DA CACHEIRA  
Administração: Unidos por São Gabriel  
Secretaria Municipal de Saúde

## PRESSÃO ARTERIAL

### CONTROLE

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Endereço: \_\_\_\_\_

### O QUE É HIPERTENSÃO

A hipertensão ou Pressão Alta é uma doença muito comum em nossos dias. Ela se manifesta por vários fatores: ansiedade, nervosismo, vida agitada ou parada demais, excesso de sal nos alimentos.

Se a pressão não for controlada, e mantida a níveis mais baixos a pessoa poderá ter vários problemas como: doença do coração, dos rins, derrame cerebral e infarto miocárdio.

MEDICAMENTOS	J	F	M	A	M	J	DATA	PESO	ALT.	GLIC.	PA S/D	IMC	IME N/A	DATA	PESO	ALT.	GLIC.	PA S/D	IMC	IME N/A
	A	E	A	B	A	A														
HIDROCORTIAZIDA 25mg											/	/	/					/	/	/
PROPRANOLOL 40mg											/	/	/					/	/	/
CAPTAPRIL 25mg											/	/	/					/	/	/
GLIBENCLAMIDA 5mg											/	/	/					/	/	/
MET FORMINA 850mg											/	/	/					/	/	/
ASS 100mg											/	/	/					/	/	/
<i>Atorvastatina 20mg</i>											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/
MEDICAMENTOS	J	A	S	O	N	D					/	/	/					/	/	/
	L	O	T	T	V	Z					/	/	/					/	/	/
HIDROCORTIAZIDA 25mg											/	/	/					/	/	/
PROPRANOLOL 40mg											/	/	/					/	/	/
CAPTAPRIL 25mg											/	/	/					/	/	/
GLIBENCLAMIDA 5mg											/	/	/					/	/	/
MET FORMINA 850mg											/	/	/					/	/	/
ASS 100mg											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/
											/	/	/					/	/	/

## **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 Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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











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

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

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

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

---

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: