

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM**

**Dayannys Rosales Rodríguez**

**Pelotas, 2015**

**Dayannys Rosales Rodríguez**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM**

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

Orientador: Pâmela Ferreira Todendi

Co-orientadora: Teresinha Weiller

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R696m Rodríguez, Dayannys Rosales

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM / Dayannys Rosales Rodríguez; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a); Teresinha Weiller, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Todendi, Pâmela Ferreira, orient. II. Weiller, Teresinha, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

A minha equipe de trabalho e a cada  
pessoa que ofereceu sua ajuda para que  
pudéssemos alcançar nossas metas.  
Muito obrigada!

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha equipe pelo esforço realizado. A nossa população participante por sua colaboração e entendimento. A nossa gestão pelo apoio e a minha orientadora por sua certa condução nesta caminhada interessante e difícil.

## Resumo

RODRIGUEZ, Dayannys Rosales. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM.** 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. A intervenção realizada na ESF S-23 da Unidade Básica de Saúde Morro da Liberdade, Manaus, Amazonas, foi uma das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi elaborado um projeto a partir da análise situacional que avaliou as ações programáticas desenvolvidas na UBS. Dentre as ações, escolhemos o Programa de atenção à hipertensão e diabetes como foco. A intervenção tem como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM. Foi desenvolvida em 12 semanas seguindo as orientações recomendadas pelo Protocolo do Ministério da Saúde. Utilizou-se ficha espelho e planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. Foram contempladas ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Estimulou-se a realização de atividades em grupos com a participação da população, contribuindo para mudanças no estilo de vida e melhorando a qualidade da atenção ao grupo de hipertensos e diabéticos. A intervenção teve como meta atingir 60% de cobertura para os usuários hipertensos e diabéticos, no entanto ao final da intervenção atingiu-se 29% (151) de cobertura para os usuários hipertensos e 42% (54) para os usuários diabéticos. Ao longo dos três meses de intervenção a cobertura de exames clínicos e complementares em dia foram aumentando até conseguirmos atingir 100% de cobertura para as duas doenças crônicas no último mês de intervenção. Todos os usuários faltosos receberam busca ativa e todos foram orientados sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Foram realizadas atividades de mapeamento de usuários com risco de doenças cardiovascular, além disso, foram promovidas ações de saúde. De forma geral a implementação da intervenção foi evidente e ajudou a qualificar os indicadores de saúde no território, através das ações de controle, implementação de ações de educação em saúde, com ênfase nos fatores de risco associados às doenças, a importância do tratamento adequado e a inserção de hábitos de vida saudáveis.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Estrutura Física da UBS	14
Figura 2	Indicadores de cobertura do caderno de ações programáticas	16
Figura 3	Atividade educativa para usuários com hipertensão e diabetes.	54
Figura 4	Atividade educativa para usuários com hipertensão e diabetes.	55
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF 23, Manaus/AM.	59
Figura 6	Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF 23, Manaus/AM.	59
Figura 7	Proporção de usuários com hipertensão e exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na ESF 23, Manaus/AM.	60
Figura 8	Proporção de usuários com diabetes e exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na ESF 23, Manaus/AM.	61
Figura 9	Proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na ESF 23, Manaus/AM.	62
Figura 10	Proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na ESF 23, Manaus/AM.	62
Figura 11	Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, na ESF 23, Manaus/AM.	63
Figura 12	Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, na ESF 23, Manaus/AM.	64
Figura 13	Proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na ESF 23, Manaus/AM.	65
Figura 14	Proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na ESF 23, Manaus/AM.	65
Figura 15	Proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na ESF 23, Manaus/AM.	67
Figura 16	Proporção de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na ESF 23, Manaus/AM.	67
Figura 17	Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na ESF 23, Manaus/AM.	68
Figura 18	Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na ESF 23, Manaus/AM.	69
Figura 19	Atividade educativa para usuários hipertensos e diabéticos.	86
Figura 20	Atividade educativa para usuários hipertensos e diabéticos.	86

Figura 21	Atividade educativa para usuários hipertensos e diabéticos.	87
Figura 22	Atividade educativa para usuários hipertensos e diabéticos.	87
Figura 23	Atividade educativa para usuários hipertensos e diabéticos.	88



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	111
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	24
2.2.1 Objetivo geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística .....	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão .....	70
5 Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	81
Referências .....	84
Apêndices.....	85
Anexos .....	89

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica da ESF S-23 da Unidade Básica de Saúde Morro da Liberdade, Manaus, AM, visando melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

O volume contempla **a análise situacional**, com a descrição da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir da análise situacional foi possível detectar as principais potencialidades e fragilidades quanto à estrutura, processo e resultados conforme a realidade do território.

**A análise estratégica** permitiu a realização do projeto de intervenção, em consonância com a necessidade detectada através da ação programática para a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

**O relatório da intervenção** dá visibilidade à intervenção através das ações realizadas, ações não realizadas ou realizadas parcialmente dificuldades encontradas, e a possibilidade de incorporar a intervenção na rotina da UBS.

**Os resultados da intervenção** abordam a análise qualitativa e quantitativa, discussão da intervenção e apresentação do relatório para os gestores e comunidade.

**A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** aborda o que o curso proporcionou ao especializando: O desenvolvimento de trabalho em relação às suas expectativas iniciais, o significado do curso para sua prática profissional, e os aprendizados mais relevantes.

## **1      Análise Situacional**

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

A saúde da família é o principal motivo de trabalho de uma equipe de saúde. Procurar um bem-estar integral da família com um enfoque preventivo é a principal premissa de trabalho de uma equipe de saúde e isso só é possível se a equipe de trabalho fica perto da população atendida para poder fazer uma avaliação desta com enfoque multiprofissional. Então a equipe se converte certamente em uma sentinela e avaliadora do estado de saúde de sua população podendo assim diminuir os índices de morbimortalidade de muitas doenças. O curso de Especialização em Saúde da Família procura formar profissionais e equipes com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão assim como competentes para a formação de vínculo com a população assistida e assim melhorar a atenção à saúde. Essa é a visão que tenho do curso. Considero que ele vai contribuir a melhorar nossos conhecimentos que já temos a respeito e vai fortalecer nosso trabalho e, assim, à saúde do Brasil. Além das dificuldades com o idioma, que se converte em um desafio mesmo para os hispano-falantes, o trabalho em um ambiente virtual, que em ocasiões pode oferecer algumas dificuldades para o acesso e interação, eu considero que esta experiência vai ser maravilhosa. As diretrizes do curso estão muito bem traçadas. Ofereço meus parabéns para os gestores.

Eu estou trabalhando no ESF S-23 que fica dentro de uma unidade ampliada: o Morro da Liberdade. A UBS Morro da Liberdade é um modelo ampliado que fornece o serviço de saúde estendido em duas seções, uma seção até 4:00 horas da tarde e uma secção alargada que vai até 09:30 horas da noite, sendo esta secção para prestar cuidados de saúde à população que é chamada como “fora da

área”. Para eles são oferecidos serviço de atendimento médico de ginecologia, pediatria e clínica geral.

A UBS como modelo ampliado, tem laboratório de análises clínicas, sala de atendimento odontológico, de vacinação e sala de curativo, tem recepção e sala de espera. A unidade toda tem excelente estrutura física para garantir a atenção adequada aos usuários. Ela tem três equipes de saúde, minha equipe é a S-23, aqui eu tenho apenas duas semanas de desempenho, mas eu estou gostando muito do trabalho que está sendo feito. Na sua composição, a equipe tem uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma odontologista e uma assistente de odontologia.

A área que alvo de atendimento pela equipe tem uma população total de 3.046 pessoas, formando parte de 1.027 famílias, as quais ficam distribuídas em sete micro áreas. Os principais problemas de saúde que afetam a comunidade são a presença de doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Outro das dificuldades identificadas nas diversas micro áreas é a alta incidência da gravidez em uma idade precoce da vida, como a adolescência, ao que focamos nosso trabalho preventivo, assim como também foi detectado as altas taxas de fumantes.

Nossa principal diretriz de trabalho está baseada em realizar uma abordagem de cuidados preventivos para doenças dirigindo nosso trabalho fundamentalmente para os principais programas de saúde propostos no Brasil, tais como cuidados de saúde para as mulheres, crianças, Diabéticos e Hipertensos, entre muitos outros. Ademais, fazemos visitas domiciliares a fim de prestar assistência sanitária aos usuários que de alguma forma têm acesso limitado à unidade básica de saúde, seja por suas condições físico-motoras, presença de doença crônica, ou outro tipo de doenças que limitam as condições físicas motoras dos usuários. Neste longo processo de transformação que está ocorrendo no Sistema de Saúde do Brasil, em que a prevenção é uma das ferramentas fundamentais a serem utilizadas no setor da saúde, esperamos poder fazer um trabalho com bons resultados e encaminhados a modificar esses padrões identificados na população alvo e que são detectados como negativos para, assim, poder fortalecer de certa maneira a saúde destes usuários.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O Estado do Amazonas é um dos que apresentam baixo índice de densidade demográfica do país, com 2,21 hab./Km<sup>2</sup>. Manaus, capital do estado do Amazonas é o principal centro financeiro, corporativo e econômico da Região Norte do Brasil, é a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 2.020.301 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o que a coloca na posição de sétima cidade mais populosa brasileira. Nesta população 50,4 % são homens e 49,6 % mulheres; e 99,36% vivem em área urbana e 0,64 % em área rural (IBGE, 2014).

O município de Manaus encontra-se dividido em sete zonas geográficas, que são as seguintes: Norte, Sul, Centro-Sul, Leste, Oeste, Centro-Oeste e Rural-Ribeirinha. Manaus dispõe de um total de 299 estabelecimentos de saúde básica de caráter público, sendo 237 municipais, 13 federais e 49 estaduais. Em 2009, havia cerca de 4.083 leitos na capital e a rede conta com 333 postos de saúde, 121 ambulatorios e 150 estabelecimentos com atendimento odontológico. A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) divide o município em cinco administrações de saúde pública: Distrito de Saúde Norte, Distrito de Saúde Sul, Distrito de Saúde Oeste, Distrito de Saúde Leste e Distrito de Saúde Fluvial (IBGE, 2014). Infelizmente ainda não tem NASF e nem CEO em nosso município.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Morro da Liberdade, é uma unidade de Saúde da Família urbana ampliada que tem 42 anos de construção, reformada recentemente, e que têm em sua estrutura três equipes de saúde da família. Integra o Distrito Sul do município de Manaus, e oferece atendimento em dois horários: um deles funciona até as 16:00h oferecendo ações de atenção preventiva e educativa, e um segundo horário, ou também chamado de horário estendido, que garante a atenção médica até as 21:00h, com oferta de serviços especializados como pediatria, ginecologia, clínico geral e odontologia.

Em seu conjunto, esta unidade tem uma sala de vacina, três consultórios odontológicos, uma área destinada ao acolhimento aos usuários, uma recepção, um laboratório clínico, uma sala para procedimentos de enfermagem, uma sala de nebulização, três consultórios médicos, três consultórios de enfermagem, uma sala de digitação, uma área de almoxarifado, um área de administração, uma área de banheiros para os trabalhadores da unidade e outra área de banheiros para os

usuários, e, além destas, temos uma área destinada para a coleta de lixo hospitalar e não hospitalar.



Figura 1 – Estrutura física da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM, 2015.  
Fonte: Projeto do especializando.

Analisando a estrutura da unidade identificamos os seguintes pontos negativos:

1. A existência de um ambiente pequeno e compartilhado por muitas pessoas destinado ao funcionamento da recepção e arquivos, o que sem dúvida limita o correto funcionamento e atenção prestada pelo pessoal.
2. Insuficiência de cadeiras destinadas para a sala de espera, não suficientes para o número crescente de usuários que visitam diariamente a nossa unidade.
3. Sinalizações visuais pequenas (às vezes os usuários não percebem sua existência), além disso, precisa-se de mais sinalizações destinadas aos usuários iletrados (sinalizações gráficas), pessoas com limitações visuais e idosas.

Também foi identificada a insatisfatória manutenção dos equipamentos. Além disso, a unidade precisa de alguns outros equipamentos para melhorar o atendimento como balança para crianças. As limitações observadas, em sua maioria, estão fora do nosso nível de governabilidade. Os itens destacados foram os principais aspectos negativos encontrados e, apesar da unidade ter sido reformada

recentemente, estas deficiências não foram supridas. Outro aspecto analisado foi em relação à acessibilidade a cadeirantes ou pessoas com dificuldades de locomoção, foi determinada a necessidade de banheiros para cadeirantes, rampas para garantir um melhor acesso a unidade, corrimãos nos corredores para auxílio a idosos e deficientes físico motores. Estas demandas já foram encaminhadas ao gestor municipal. Os demais itens que foram avaliados na unidade estão adequados e permitem o correto funcionamento da unidade.

O objetivo de uma equipe em seu conjunto é garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade que possa cobrir as demandas de saúde da população, o qual depende de condições gerais de infraestrutura, mas que em grande medida depende da sensibilização da equipe para oferecer à comunidade serviços públicos de qualidade e ao alcance de todos.

A partir do novo redirecionamento do modelo de atenção básica no Brasil, surgem a necessidades de organização do sistema de saúde com a oferta de serviços de qualidade, oferecidos de maneira integral a toda a população. Sendo assim, a UBS está definindo o papel, funções e atividades para os membros das equipes para oferecer um atendimento de maior qualidade para a população da área de abrangência. Esta nova concepção em saúde tem como linhas de trabalho a educação em saúde, a promoção de conhecimento com respeito a certas doenças e a prevenção de complicações.

A equipe de trabalho da ESF- S-23 tem atualmente em sua composição cinco agentes comunitários de saúde (ACS) (tem dois afastados temporalmente do trabalho), dois assistentes de enfermagem, uma enfermeira, uma odontóloga, uma assistente de odontologia, um agente de endemias e uma médica.

A ESF identificou na análise situacional uma população total de 3.046 usuários e 1027 famílias, 184 usuários idosos, 14 gestantes, 489 adolescentes, 984 mulheres adultas, 939 homens adultos, 8 acamados, 67 crianças de 0 - 2 anos, 262 crianças até 9 anos, 8 deficientes físicos, 7 deficientes mentais. Com Doenças Crônicas não Transmissíveis existem na área de abrangência cerca de 151 usuários com HAS e 49 com Diabetes Mellitus.

Realizando uma análise da cobertura oferecida pela equipe em relação às ações programáticas encontramos que os principais problemas de cobertura estão relacionados à Atenção ao Puerpério 22%, Pré-Natal 31%, Hipertensão 28%, Diabetes 32%, saúde da criança 44% e prevenção do câncer do colo do útero 67%,



como pode ser identificado no gráfico que apresenta a cobertura das Ações Programáticas na ESF S-23 Morro da Liberdade, da cidade de Manaus - Amazonas, 2014.

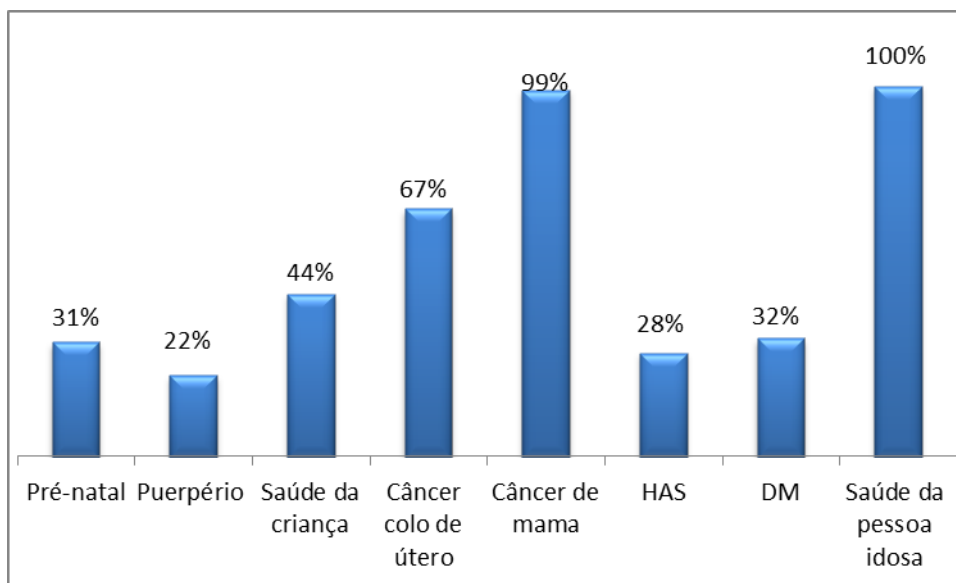


Figura 2: Indicadores de cobertura gerados a partir da estimativa do caderno das Ações programáticas (MS, 2014).

O atendimento oferecido pela equipe de forma geral é realizado para os usuários de nossa área de abrangência, mas também acolhe usuários de outros territórios fora de área. Realiza-se, fundamentalmente, ações de atenção a alguns dos eventos agudos, atendimento ao pré-natal, atenção de saúde para as crianças (puericultura), temos cobertura de saúde para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), acompanhamento à pessoa idosa e à mulher, além de realizar exames preventivos e pesquisa ativa de câncer de mama com acompanhamento da família e da comunidade. Estes programas de saúde são assegurados pela equipe mesmo que ainda o nível de cobertura para cada um deles não ofereça um panorama satisfatório para alguns dos programas inclusos.

Em relação à saúde da criança as ações ofertadas pela ESF, de certa forma, são pouco conhecidas pela população. Mostra disso é a discrepância existente entre o número de acompanhamentos realizados às gestantes que logo não correspondem com o número de acompanhamentos realizados às puérperas e crianças. Para enfrentar este quadro a equipe está focando na busca ativa destas crianças, tendo em vista a discordância entre o número estimado em relação a total

de população adstrita a equipe e o número de crianças cadastradas e acompanhadas na ESF, pois, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), há 64 crianças menores de um ano na área, enquanto apenas 28 (44%) são acompanhadas.

Ao realizar uma análise detalhada do funcionamento do programa de atenção às crianças, pode-se referir que a UBS oferece um serviço de vacinação. A sala de vacinas tem disponibilidade de todas as vacinas do atual programa de vacinação. A avaliação das curvas de crescimento ponderal, nutricional e do perímetro cefálico representam parâmetros importantes para acompanhar de maneira efetiva o crescimento e desenvolvimento da criança. Também é avaliado com as mães o desenvolvimento psicomotor, oferecendo para ela a possibilidade de avaliar em cada consultas de acompanhamento os avanços apresentados pela criança, assim como os possíveis sinais de risco que se pode apresentar nestes períodos. É ofertada também, para as crianças, uma avaliação odontológica com atendimento dirigido às suas necessidades. Este tipo de serviço de saúde em geral, é assegurado para todas as crianças, tanto de nossa área de abrangência como as que estão fora de área, qualquer dia da semana além da possibilidade do atendimento de casos agudos.

Foram identificadas várias debilidades neste aspecto dentro das quais pode ser destacadas: a falta de participação das famílias e das mães nas atividades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil, assim como nas consultas agendadas. A equipe também participa no cadastramento e acompanhamento das crianças no Programa Bolsa Família.

Com relação ao programa de atenção a saúde da mulher, o atendimento personalizado é contínuo e direto. A mulher é hoje um dos principais objetivos da atenção na rede primária de saúde e a gestação é um dos principais pilares do atendimento oferecido pelo SUS com objetivo de diminuir os agravos associados com este período e suas complicações, como o risco morte materno- infantil (principais indicadores da qualidade da assistência materno infantil no mundo).

A ESF tem primordial participação na integração da assistência à saúde da mulher fornecendo atendimento e opções de planejamento familiar para ela junto com a família, para planejar a gravidez, minimizando os fatores de riscos associados. Há também, durante a gestação e puerpério, a possibilidade de um real acompanhamento com grau de resolutividade. Os principais problemas encontrados

na atenção à saúde da gestante estão relacionados ao número de gestantes acompanhadas que é inferior à estimativa gerada a partir da população sob a responsabilidade da equipe, sendo apenas 14 (31%) acompanhadas. A situação do atendimento de pré-natal é caracterizada pela ausência das gestantes nas consultas agendadas, pouca comunicação entre o atendimento do nível secundário e primário, situações em que as gestantes são acompanhadas por outras equipes de saúde, em nosso caso, com as equipes do horário estendido. Esta situação é influenciada por diversos fatores como: a instabilidade de pessoal médico da ESF, que se apresentou em algum momento, e a comodidade que oferece para algumas o horário estendido.

Outro problema importante é o baixo nível de acompanhamento das puérperas. Muitas delas perdem o vínculo com a equipe de saúde depois do parto, pois, não consideram a importância que representa para a futura saúde da mulher o acompanhamento durante este período. Sendo, portanto, 14 puérperas acompanhadas o que representa um 22% de cobertura do programa. Este tipo de acompanhamento é regido pelo protocolo de atendimento a saúde da mulher (Ministério da Saúde), e existe um registro para o controle das puérperas referidas pela maternidade e que chegam a nossa equipe para manter um acompanhamento. Este registro garante a participação ativa da equipe toda, durante o trabalho com estas usuárias.

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero e mama verifica-se que além da realização dos exames preventivos as mulheres recebem aconselhamento em relação aos sinais e sintomas significativos de possíveis doenças em curso e que representam um sinal de alerta e necessidade de procura de assistência médica. É abordado também a importância do uso de preservativos para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Os principais problemas encontrados referem-se à proporção de mulheres que procuram a ESF para a realização do exame, que não é proporcional ao estimado. Supomos que esta situação está relacionada ao desconhecimento das mulheres em relação à importância dos exames e acompanhamento médico periódico neste sentido. A estimativa do CAP é de 645 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, mas, apenas 430 (67%) são acompanhadas. As ações de saúde, para este grupo da população atendida, seguem o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde. Existe um

registro que facilita o controle e monitoramento periódico dos acompanhamentos realizados

Em relação ao controle das Doenças Crônicas não transmissíveis é possível afirmar que atualmente muitos países têm uma baixa taxa de natalidade e por consequente uma alta taxa de envelhecimento da população, o que de forma geral, trouxe um aumento da morbimortalidade associada a doenças crônicas não transmissíveis. Dentre as principais morbidades encontramos a intercorrência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A ESF S-23 apresenta uma cobertura de atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus baixa, sendo que temos atualmente cadastrados 151 usuários com HAS e 49 usuários com DM, o que representa uma cobertura de 28% e 32% respectivamente, segundo o CAP. A equipe considera que esta problemática é influenciada por diferentes fatores: A baixa aceitação, por parte dos usuários, das doenças e dos riscos relativos. Muitas vezes o usuário refere não “ter” a doença (estado de negatividade). A aparição de novos assentamentos populacionais aumenta o número da população de abrangência da equipe e, consequentemente, aumenta o índice de pessoas possivelmente portadoras destas doenças. E ainda há o abandono do acompanhamento por diferentes razões.

Nessa perspectiva a ESF realiza reuniões de grupos, uma vez por mês. Nestas reuniões os usuários têm a oportunidade de compartilhar experiências e trocar informações importantes em relação às doenças de interesse, aumentando assim a possibilidade do autocuidado. Além de isso, recebem acompanhamento individualizado com controles periódicos de saúde, que são feitos pela médica e enfermeira da equipe, e acompanhamento pelo dentista. As orientações estão dirigidas a adoção de estilos de vida saudáveis, controle do peso corporal, importância de eliminar o alcoolismo e os benefícios da prática do exercício físico periódico.

O acompanhamento destes usuários com DCNT seguem as recomendações do protocolo de atendimento para este tipo de doenças do Ministério da Saúde. Além disso temos registros destes usuários que garantem o controle sistemático dos acompanhamentos realizados, assim como a identificação de usuários faltosos a consultas de controle.

Em relação atenção a usuários com limitações físico-motoras, a equipe oferece atendimento de saúde para a identificação dos fatores de riscos, avaliação

do estado de saúde e funcionamento global. Além disto, tem identificado os usuários que apresentam este tipo de limitação garantindo atendimento e avaliação em seu domicílio. De forma geral são realizadas orientações de promoção de atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, de atenção à saúde bucal, danos provocados pelos hábitos de fumar e do consumo de álcool, além dos riscos da obesidade. Outros serviços oferecidos a este grupo são a garantia de cobertura do esquema vacinal e planificação e desenvolvimento de atividades grupais com ênfase na reorientação a estilos de vida saudável.

Com relação à atenção ao usuário idoso, temos uma cobertura do programa de 100%, oferecendo atendimento para 184 usuários da terceira idade residentes na área. Para esta faixa etária, a equipe oferece atendimento todas as semanas, nas quartas-feiras, com quatro vagas disponibilizadas, e as quintas-feiras, com três vagas disponíveis.

A equipe desenvolve ações de saúde com estes usuários para estimular a necessidade de autocuidado, prática de estilos de vida saudáveis, adesão a tratamento recomendados e prática diária de atividades físicas. Estas atividades são realizadas em encontros com os idosos que são feitos todas últimas quartas-feiras de cada mês e onde podem participar os familiares que tenham interesse. Todas as atividades são regidas pelo protocolo de atendimento para esta faixa etária. Existe um registro para controle periódico de consultas de acompanhamento e realização de exames complementares.

Realizando uma análise detalhada da estrutura e funcionamento da ESF e avaliando fundamentalmente as debilidades que apresentamos no funcionamento geral, assim como nos serviços ofertados para a população que atendemos, a equipe de trabalho decidiu realizar um projeto para uma intervenção educativa tendo como foco uma das deficiências encontradas na avaliação: a intercorrência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. O objetivo da intervenção seria melhorar a saúde dos usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência da equipe.

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

A análise situacional realizada permitiu uma possibilidade de avaliar a situação real da comunidade, também permitiu reconhecer as dificuldades e os pontos positivos da unidade com relação a parte estrutural da unidade, além das deficiências na prestação dos serviços em saúde.

Com esta análise foi realizada uma mensuração dos indicadores de cobertura e qualidade oferecida para cada um dos programas desenvolvidos na unidade. Todos estes aspectos ofereceram um panorama das necessidades de realizar alguns ajustes nos serviços oferecidos, para melhorar a qualidade do atendimento e oferecer maior cobertura dos programas a nossa população alvo.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. A hipertensão arterial é uma dessas doenças e representa atualmente, elevada incidência e sérias consequências que determinam um dos mais importantes fatores de incapacidade e de morte prematura nas populações adultas do mundo civilizado (MS/OPAS, 2011).

O protocolo do Ministério da Saúde para a hipertensão apresenta o cenário do quadro epidemiológico global bem como, a linha de cuidado, rastreamento e diagnóstico, tratamento e acompanhamento, recomendações nutricionais, atividade física e saúde bucal. As doenças crônicas poderão se tornar o padrão epidemiológico dominante e apresentam impactos múltiplos, em termos de limitação à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade das pessoas (BRASIL, 2013; MS/OPAS, 2011). A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (USDHHS, 2015).

No caso da diabetes mellitus, esta é um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025 (International Diabetes Federation, 2014). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas, e muitas ainda nem foram diagnosticadas. O diabetes é uma doença de base genética e hereditária. Em geral, se há histórico na família entre parentes de primeiro grau, há

possibilidades maiores de desenvolver a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Avaliando a situação mundial e, comparando, particularmente, com a situação real da ESF S-23 identificou-se o desconhecimento da comunidade em relação às DCNT e especialmente em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o que leva ao abandono do tratamento e consequentemente às complicações, além de representar uma limitação para a vida do próprio usuário e repercute diretamente na meio familiar e social. Esta situação foi tomada como referência e ponto de início de uma intervenção em saúde para melhorar a situação real da nossa população. Desta forma a intervenção envolverá os usuários com Hipertensão e/ou Diabetes, uma vez que é possível que os mesmos possam apresentar as duas condições, sendo importante trabalhar com fatores de risco comuns às duas condições.

A equipe S-23 é responsável por um total de 3.046 pessoas, destas, 151 são usuários com HAS e 49 com DM, residentes na área de abrangência da unidade, mas, não conhecemos quantos são acompanhados. Entretanto, a estimativa em relação ao total de população maior de 20 anos, é de 541 pessoas acima de 20 anos com hipertensão, sendo, portanto, a cobertura atual do programa de 28%. Para o diabetes, a estimativa do caderno de ações programáticas (CAP) é de 155 pessoas, representando 32% de cobertura do programa de atenção a usuários com DM. Essa situação demonstra a baixa efetividade das ações desenvolvidas pela equipe até o momento nestas ações programáticas.

Sendo assim, consideramos de fundamental importância para qualificar os indicadores de saúde no território, a implementação do projeto de intervenção nas ações de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade do município de Manaus, através da implementação de ações de educação em saúde, ênfase nos fatores de risco associados à doença, a importância do tratamento adequado e a inserção de hábitos de vida saudáveis, tendo como referência os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde de 2013 (BRASIL, 2013a). Apontamos ainda como principais pontos que, poderiam influenciar negativamente na implementação do projeto, a incipiente participação comunitária em atividades de cunho educativo como os grupos de educação em saúde assim como a falta de dois agentes comunitários, fato que limita o impacto de intervenção não podendo alcançar, com o pessoal



disponível, a totalidade da área adstrita a equipe. Mesmo assim sinalamos como principal ponto que garante a viabilização da implementação desta intervenção a necessidade que a equipe tem de qualificar o atendimento oferecido por ela, assim como, a necessidade que a população tem de modificar alguns indicadores de saúde principalmente relacionados com as DCNT.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM.

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

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

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

**Meta 1.2** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Morro da Liberdade na ESF S-23, no Município de Manaus/AM. Participarão da intervenção todas as pessoas residentes na área de abrangência acima de 20 anos com hipertensão e/ou diabetes. O projeto propõe a realização de atividades em grupos e de estímulo à participação da população contribuindo para mudanças no estilo de vida e melhorar a qualidade da atenção ao grupo de hipertensos e diabéticos. As ações propostas serão realizadas por toda a equipe de saúde e incorporadas à rotina do serviço. Serão desenvolvidas a partir de quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para a capacitação e organização de grupos na comunidade serão levadas em consideração as necessidades da equipe e comunidade, gerando atividades e capacitações adequadas a cada realidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

**Meta 1.2.** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ações:**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

A equipe fará o monitoramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus de acordo com o Manual de Doenças Crônicas não Transmissíveis do Ministério da Saúde.

O objetivo principal desta ação é fundamentalmente procurar aqueles usuários que tem a doença e estão sem o acompanhamento e tratamento. Esta ação está sustentada na baixa cobertura em relação com as Doenças Crônicas não Transmissíveis determinada pelo Caderno de Ações Programáticas. Para trabalhar nesta ação, a equipe vai aproveitar o novo processo de cadastramento que está sendo feito para determinar aqueles usuários que ainda não estão cadastrados no programa e que precisa do acompanhamento médico para estas doenças. O monitoramento deste parâmetro será realizado através das fichas espelhos e os registros disponibilizados pela equipe.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

- Garantir material adequado para realização do hemoglicotestes na unidade de saúde.

Durante o desenvolvimento da intervenção a equipe pretende realizar um registro na ficha espelho de cada usuário, que será aberta no momento do atendimento de todos os usuários participantes, garantindo, assim, um cadastro atualizado dos usuários com estas doenças residentes na área de abrangência da equipe, para garantir a realização da busca ativa de usuários com estas doenças. A enfermeira da equipe solicitará à gestão da unidade os materiais necessários para realizar estas atividades programadas. Assim, serão solicitados esfigmomanômetro, glicômetro, fitas métricas entre outros materiais. De forma geral todas estas atividades serão realizadas para melhorar o acolhimento para os usuários portadores destas doenças, o que representa uma de nossas principais metas a alcançar.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

O conhecimento certo da comunidade em relação as DCNT ajuda a diminuir a incidência de novos casos, ajuda também a prevenir complicações e até melhorar o controle destas doenças. Avaliando estes aspectos, a equipe considerou importante aumentar as informações repassadas para a comunidade em relação às DCNT, utilizando folhetos com orientações sobre este tipo de doenças e rodas de conversas para garantir assim um espaço onde a população possa opinar, sugerir, perguntar, enfim, interagir. Através destas atividades pretendemos divulgar a existência de um programa de atenção e acompanhamento destas doenças na unidade, assim como, a importância de realizar uma triagem em todos os usuários acima de 18 anos para pesquisa ativa de usuários assintomáticos com estas

doenças. Igualmente importante é o fato de informar ainda mais sobre fatores de risco para desenvolver estas doenças e complicações associadas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para qualificar o atendimento oferecido pela equipe é preciso realizar reuniões de aprimoramento em diferentes temas. Estas reuniões serão desenvolvidas uma vez por semana, durante toda a intervenção, com a participação de toda a equipe. Precisam ser abordados temas como a importância de implementação deste tipo de trabalho, as formas de verificação da pressão arterial, tendo um critério único e fazendo uso correto dos aparelhos disponibilizados, também será analisada a importância de cadastrar os diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Estas capacitações serão realizadas no salão de reuniões da unidade de saúde, organizadas e dirigidas pela enfermeira e médica da equipe. Elas abordarão temas de interesse em relação ao processo de cadastramento, critérios de seleção de usuários com Hipertensão e Diabetes, assim como, interpretação correta dos exames e resultados de hemoglicoteste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Ações:**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Temos como premissa de trabalho, o uso dos medicamentos que estão disponibilizados na farmácia popular, garantindo assim a acessibilidade do usuário a eles, além de garantir a realização dos tratamentos propostos para cada usuário. Determinou-se respeitar aqueles usuários que tem um tratamento bem elegido em correspondência com suas características individuais e que tem controle com eles. Para desenvolver esta ação temos desenhada a estratégia de retroalimentação com a farmácia do posto de saúde dos usuários que peguem o medicamento recomendados. Esta ação terá como responsável a assistente de enfermagem e o monitoramento será realizado uma vez por mês.

Aproveitando que a equipe tem um consultório odontológico para o atendimento dos usuários da área, foi determinado que eles serão avaliados de acordo com a sua demanda, não terão data ou horário marcado. Além disso, os

ACS, odontólogo, médico e enfermeiro da equipe realizarão ações para identificar os usuários que precisam com mais urgência da avaliação, mas mesmo assim todos serão avaliados conforme é preconizado no protocolo. As responsáveis pelo monitoramento desta ação serão a dentista e assistente de odontologia. Este monitoramento será feito a partir dos registros individuais de cada usuário.

A partir da realização do cadastro dos usuários nas fichas de acompanhamentos individualizadas, a equipe pretende monitorar a regularidade de exames laboratoriais solicitados, assim como, a solicitação apropriada de cada uma delas em correspondência com as sugestões do protocolo e doenças associadas em cada usuário. Nesta ação estará como responsável a técnica de enfermagem.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para ter um alcance maior na intervenção desenhada, a equipe considerou importante distribuir entre os membros da equipe as tarefas a desenvolver durante este período, esta medida favorece a participação de todos por igual e evita a sobrecarga de alguns dos integrantes da equipe. Assim, a equipe em seu conjunto, determinou que as assistentes de enfermagem fossem responsáveis pela triagem dos usuários que serão avaliados no dia, as ACS ajudarão a realizar prévio



cadastramento. Os acompanhamentos de glicemia e pressão arterial serão realizados pela médica e a enfermeira da equipe, avaliando assim os aspectos necessários durante o exame físico.

Para um desenvolvimento adequado deste processo serão necessárias reuniões de aprimoramento da equipe que serão planejadas semanalmente, para toda quinta-feira no horário da tarde, utilizando uma hora das reuniões planejadas como parte do funcionamento dos equipes da estratégia de saúde da família, e serão abordados temas de atualização em consonância com o pautado no protocolo para tratamento e acompanhamento de cada uma destas doenças. Para apoiar estas capacitações, assim como, para garantir um acesso rápido, em caso de dúvidas apresentadas, será garantido uma versão impressa do protocolo em uso. Esta reunião de atualização será feita a cada quinze dias, dirigida pela médica da equipe.

Formando parte do acompanhamento e avaliação dos usuários será registrado nos prontuários a medicação e dosagem recomendada para eles, porém esta informação também será registrada em as fichas espelhos facilitando assim um acesso muito mais rápido a este tipo de informações. Este registro garante o domínio dos medicamentos usados e a quantidade precisa para o mês. Estas informações serão repassadas para a farmacêutica da unidade para realizar pedidos de medicamentos conforme as necessidades geradas. Como responsável desta atividade estará a assistente de enfermagem.

Cada um dos usuários participantes da intervenção receberá uma avaliação inicial da sua saúde bucal e serão agendadas consultas de seguimento em consonância com a disponibilidade e situações reais do serviço odontológico nesse momento.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuário se a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuário e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

O acompanhamento inadequado, assim como, o abandono dos tratamentos recomendados, favorece a aparição das temidas complicações nos usuários que sofrem estas doenças. É objetivo da intervenção, chegar até a população com atividades de participação comunitária como conversas, rodas de intercâmbio de experiências e folhetos com informações educativas. Estas ações serão realizadas para garantir, e em alguns casos, aumentar o conhecimento que a população tem em respeito das complicações associadas a estas doenças e suas formas de prevenção. É importante transmitir à população os riscos que tem estes usuários, de desenvolver outras patologias como neurológicas e cardiovasculares. Nestas atividades, serão temas de muita importância, avaliando a repercussão que eles têm para a comunidade, a importância de prevenção do pé do diabético e outras infecções relacionadas com os pés dos usuários com DM. Também serão orientados sobre os benefícios de avaliação periódica, tanto pelos profissionais como pelo próprio usuário, a presença dos pulsos periféricos e a sensibilidades das extremidades inferiores, assim como, realizar um acompanhamento direto dos aspectos relacionados com a saúde bucal. As responsáveis desta ação serão a enfermeira e médica da equipe.

Neste tipo de ação as ACS desenvolverão uma tarefa muito importante, elas orientarão, nas residências durante as visitas domiciliares, a população em relação com estes temas. Mesmo assim, a equipe também pretende estimular o contato com líderes da comunidade para eles contribuírem para a difusão destas orientações para a comunidade.

Para o controle e cuidado da sua saúde, a população com HAS e DM, precisa ser estimulada, pela equipe de saúde, a realizar exames complementares periódicos em consonância com a situação real da sua saúde e doenças associadas, assim como ter um tratamento adequado e sistemático. Esta população será orientada sobre estes aspectos e as formas de acesso aos medicamentos da farmácia popular.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Todo processo de qualificação exige um processo prévio de capacitação. Para alcançar as metas previstas na intervenção será preciso planejar e executar atualizações em relação com as doenças que serão abordadas: HAS e DM. Estas atualizações serão realizadas mediante reuniões de equipe planejadas a cada quinze dias, sendo temas a tratar a importância de implementação da intervenção, guias de tratamentos recomendados pelo protocolo em uso, importância de solicitação e avaliação periódica de exames laboratoriais e outros temas de interesse em relação com a implementação da intervenção. As reuniões de capacitação serão dirigidas pela médica e enfermeira da equipe.

A equipe também será capacitada, pela dentista e assistente de odontologia, em relação à saúde bucal destes usuários e serão sinaladas as pautas necessárias para ter um critério unânime em relação a este tema, ressaltando a importância que representa para estes usuários uma avaliação periódica da sua saúde bucal.

As formas de acesso aos medicamentos fornecidos pela farmácia popular para o controle destas doenças será outro dos temas tratados em nossas reuniões, além de ressaltar a importância do tratamento contínuo para alcançar controle das doenças crônicas. Estas informações serão utilizadas para esclarecer dúvidas em relação ao tema que tem nossos usuários.

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

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

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

**Ações:**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

O atendimento clínico periódico é de vital importância para o acompanhamento evolutivo de toda doença, avaliação do tratamento e rastreamento da aparição das possíveis complicações. Para isso planejamos a revisão periódica das fichas de acompanhamento dos usuários participantes no projeto. A equipe decidiu que as técnicas de enfermagem serão responsáveis pela revisão periódica. Além disso, foi desenhado um caderno para registro exclusivo dos controles feitos nestes usuários e também serão utilizadas as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

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

A procura constante de usuários faltosos aos controles clínicos planejados é uma das tarefas que a equipe tem previsto desenvolver. Esta tarefa será executada principalmente pelas ACS através de visitas domiciliares previamente agendadas e o objetivo fundamental dela é fortalecer o hábito de controles periódicos para aqueles que precisam, a partir da conscientização dos benefícios que oferece este tipo de acompanhamento. Na agenda da equipe ficarão abertas duas vagas, uma vez por semana, para as demandas surgidas deste tipo de atividade e que precisem de um atendimento priorizado. Os demais usuários visitados e que estejam faltosos à consulta serão agendados no mesmo dia da visita pelas ACS para controle com a médica ou a enfermeira da equipe.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

As atividades de intercâmbio com a comunidade que a equipe tem prevista desenvolver, entre outros objetivos, pretendem aprofundar mais os conhecimentos da população em relação com as DCNT, especialmente HAS e DM, e a importância de realizar consultas de avaliação de forma periódica. Estes contatos também pretendem estimular o intercâmbio de ideias entre os participantes que ajudem a equipe a desenhar estratégias para evitar evasão de consultas tanto de usuários hipertensos como diabéticos. Serão também um momento oportuno para esclarecer possíveis dúvidas em relação à periodicidade de consultas para cada um dos casos particulares e de forma geral. O responsável pela ação será a enfermeira da equipe.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Outro dos aspectos a serem tratados durante as reuniões de capacitação da equipe é a periodicidade de consultas preconizadas pelo protocolo para cada um dos casos e particularidades apresentadas pelos usuários. Estas informações serão entregues, pela médica da equipe, a cada ACS em formato impresso, solicitado ao gestor, para melhor domínio e manejo de cada situação apresentada, e poder garantir assim uma correta orientação a nossos usuários. Além de fornecer estas informações impressas, também serão discutidas e esclarecidas em caso de dúvidas em as reuniões da equipe.

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

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

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

**Ações:**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Foi avaliada a necessidade de um registro completo e detalhado dos controles feitos. O registro inclui peso, altura, IMC, níveis de pressão arterial, dados positivos ao exame físico, tratamento recomendado com a dose deles e resultados dos exames de controle, mesmo assim serão marcadas as datas do próximo controle e a estratificação do risco do usuário avaliando sua condição atual de saúde. Para a supervisão das linhas de trabalho pautado foi determinado que as técnicas de enfermagem verificassem o registro adequado dessas informações. Além de isso também serão verificados o preenchimento correto das fichas espelho, os prontuários clínicos, e outros registros. Este monitoramento será realizado mensalmente.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

A ficha de acompanhamento individual representa um registro de acesso rápido e direto às diferentes informações e dados de usuários determinado. Foi acordo de trabalho da equipe programar este tipo de registro para cada um dos

usuários avaliados, assim como, um registro coletivo de todos os usuários acompanhados com diagnóstico de HAS e DM. Como responsável para o monitoramento periódico destes registros foi selecionada uma ACS, capacitada para identificar possíveis situações de alerta em relação ao atraso na solicitação de exames e avaliações, entre outras situações. Foi determinado também que este registro seria monitorado mensalmente garantindo assim uma resposta rápida a cada uma das eventualidades que se podem apresentar.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Os usuários serão também orientados, pela médica e enfermeira da equipe, em relação ao acesso as segundas vias de registros de saúde em casos necessários. Estas segundas vias serão feitas na unidade pelas técnicas de enfermagem, prévia análise de cada uma das situações apresentadas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Nas capacitações programadas, a equipe também será orientada em relação ao correto preenchimento de todos os registros precisos para o acompanhamento destes usuários, ressaltando a importância deste registro adequado para o acesso de forma rápida às informações de qualquer usuário.

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

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

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

**Ações:****MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

A estratificação de risco para o desenvolvimento de outras doenças associadas à HAS e DM representa uma das tarefas fundamentais para a equipe desenvolver durante a intervenção e o monitoramento periódico dos registros individuais e coletivos vem a favorecer a identificação de possíveis atrasos neste tipo de avaliação. Para esta ação foi determinado que a enfermeira da equipe será responsável pelo monitoramento periódico do número de usuários estratificados. Esta avaliação será feita uma vez por mês e caso existam casos com atraso na estratificação serão avaliados de forma imediata.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Com o processo de estratificação serão identificados os usuários com alto risco de desenvolver outras doenças associadas a HAS e DM.

Estes usuários identificados terão um acompanhamento diferenciado em relação à periodicidade das consultas como é preconizado pelo protocolo e a agenda de atendimento clínico terá uma vaga para usuários identificados na área com abandono de tratamento, acompanhamento e portadores de uma condição de alto risco e que precisem uma avaliação imediata.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Cada usuário avaliado será orientado durante o decorrer da consulta médica e de enfermagem, em relação a seu estado atual de saúde e os riscos que ele



apresenta para desenvolver outras doenças. Estas orientações procuram estimular a necessidade de autocuidado de cada usuário a partir do conhecimento da situação real da sua saúde. Além disso, serão também orientados em relação à importância de controlar diferentes fatores de risco que influenciam negativamente sua saúde, principalmente aqueles que são modificáveis para lograr alcançar controle da doença e prevenir as complicações.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

A estratificação de risco segundo as avaliações do Escore de Framingham serão realizadas pela médica da equipe em consultas de acompanhamento clínico, assim como, a análise de lesões em órgãos alvos destas doenças. Esta estratificação será registrada no prontuário de cada usuário.

A equipe será capacitada, pela médica da equipe, para identificar possíveis fatores de risco em cada um dos usuários acompanhados, fazendo especial ênfase naqueles que têm caráter modificáveis. Estas capacitações serão desenvolvidas na unidade, no âmbito das reuniões de equipe com uma periodicidade semanal.

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

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

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

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

### **Ações:**

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Promoção da saúde é uma ferramenta fundamental de trabalho na rede primária. Esta ferramenta será utilizada durante a intervenção de diferentes formas. A intervenção tem desenhadas atividades de orientação e estimulação à prática regular de atividade física, assim como, atividades de interação para debater os riscos associados ao tabagismo e consumo de álcool, fazendo ênfase na repercussão que estes hábitos tem para o descontrole destas doenças. Serão também orientados em relação a importância do cuidado da higiene e saúde bucal. Estas atividades de encontro e debate com a comunidade serão realizadas duas vezes no mês e dirigidas pela médica, enfermeira e dentista da equipe. O monitoramento desta ação será feita através dos prontuários clínicos, onde será registrada a assistência a estes encontros. Este monitoramento será realizado uma vez por mês e o responsável pelo monitoramento será uma técnica de enfermagem.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

A intervenção prevê a estimulação de trabalhos em parcerias que gerem atividades de maior qualidade. Serão promovidos encontros entre a equipe de saúde e outros profissionais que repassarão informações e dicas importantes a serem sugeridas aos usuários participantes da intervenção. Estes encontros serão previstos para acontecer no âmbito das reuniões de equipe para garantir assim a participação de todos. Estes encontros serão solicitados ao gestor da unidade, quem solicitará a níveis superiores o apoio com o comparecimento destes profissionais, como nutricionistas e educadores físicos com uma periodicidade mensal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Metas relativa ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

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

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

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

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

**Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

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

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativa ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

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

**Indicador 5.1.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

O projeto de intervenção será implementado da UBS Morro da Liberdade, Manaus/AM e para a realização desta intervenção direcionada à saúde dos hipertensos e diabéticos serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica N. 36 e N.37, protocolos de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, do Ministério da Saúde do ano 2013 (BRASIL, 2013). Para o registro de dados adotaremos a “Ficha Espelho” disponibilizada pelo Curso de Especialização da UFPel e para coleta e monitoramento, a “Planilhas de coleta de dados”. Serão solicitadas, pelo gestor da unidade, 200 fotocópias destas fichas para o gestor municipal, as quais ficarão disponíveis durante os atendimentos dos hipertensos e diabéticos na UBS e nas visitas domiciliares.

O projeto de intervenção será desenvolvido tendo como “fio condutor” o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde de 2013. Será desenvolvido pelos profissionais integrantes da equipe da ESF da UBS S-23. Para a obtenção de dados utilizaremos as informações dos atendimentos clínicos e ou as ações coletivas desenvolvidas neste período. Enfatizaremos o adequado registro das informações como: peso, altura, IMC, tratamento recomendado, exames solicitados junto com seus resultados, considerações clínicas, evolução clínica e o tratamento proposto.

Para realizar o registro específico, serão revisados os prontuários dos usuários que serão incluídos no projeto com avaliação da situação clínica, das consultas, dos exames e avaliação odontológica em atraso. Nesta atividade participarão todos os integrantes da equipe de saúde, a qual será capacitada, pela médica da equipe, para esta função.

Dentre os principais problemas que podem ser enfrentados para a concretização do projeto de intervenção estão a insuficiência de ACS, visto que dois encontram-se afastados por tempo indeterminado, assim como outros em férias.

De forma geral, para a implementação destas atividades e ações será necessária a realização de capacitação que buscará conhecer técnicas para a identificação correta dos usuários doentes na área, registro e cadastramento no programa HIPERDIA; procedimento correto para a medição da pressão arterial e dosagem da glicemia capilar; identificação de necessidade de atendimento odontológico. Este processo de capacitação ocorrerá na UBS, duas horas por semana, nas duas primeiras semanas de intervenção. Para estas atividades de capacitação acontecer é preciso diferentes materiais, como por exemplo, Datashow, lápis e borracha, pranchetas, quadro-negro e cadernos de anotações. Todos estes materiais serão solicitados ao gestor da unidade pela enfermeira da equipe.

Para a monitorização das informações que precisaremos com frequência para direcionar nosso projeto será utilizada uma planilha formato Excel (disponibilizada pelo curso) com os dados de cada usuário que facilite o acesso rápido as informações precisas.

Durante o período de desenvolvimento da intervenção cada integrante da equipe tem uma responsabilidade definida que garante o correto funcionamento da intervenção, assim, a enfermeira será responsável pelas capacitações da equipe de saúde, a médica ficará responsável pelo atendimento clínico e avaliações individualizadas de cada usuário, e as técnicas de enfermagem serão responsáveis

pela revisão sistemática das documentações usadas durante a intervenção, arquivamento das documentações assim como identificação dos usuários faltosos em relação ao preconizado pelo protocolo.

O cronograma está organizado em 12 semanas de trabalho, nota-se que muitas das atividades precisam ser desenvolvidas durante todo o tempo de duração do projeto para garantir o bom resultado dele, como é o registro contínuo dos usuários que são detectados diariamente durante o trabalho na área de saúde, atualização dos registros e fichas, assim como o processo de informação contínuo para a comunidade. Outras só serão desenvolvidas nas primeiras semanas da intervenção, como as atividades de capacitação do pessoal da equipe em relação com algumas temáticas de tratamento atualizado, técnicas de medição corretas de hemoglicotestes e pressão arterial, assim como a identificação dos usuários com dificuldades odontológicas que estarão participando neste primeiro tempo da intervenção e que precisam deste tipo de atendimento.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Capacitar os ACS e a equipe da unidade de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.	x	x										
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, manter o resgistro dos medicamentos	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.	x	x	x	x								
Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.	x	x										
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos.	x	x	x									
Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e qualidade dos registros.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Felizmente a intervenção foi desenvolvida no prazo previsto e foram executadas todas as ações planejadas podendo-se alcançar resultados satisfatórios. As ações desenvolvidas tinham como objetivo geral melhorar a saúde dos usuários com DCNT.

A maioria das atividades planejadas foi desenvolvida integralmente. Com a comunidade foram feitos encontros de intercâmbio de experiências, atividades de rastreamento de DCNT e cadastramentos dos usuários com estas doenças, todas elas para aumentar o conhecimento da população em relação à estas doenças e estimular a necessidade de autocuidado que é preciso ter para alcançar o controle nestes casos. Com a equipe foram desenvolvidas reuniões de capacitação e atualização em relação com as DCNT, manejo adequado dos materiais a serem utilizados durante a intervenção, formas corretas de interpretação criteriosas de exames de glicose e pressão arterial, além disso, foi feito treinamentos para identificar as necessidades de atendimento odontológico na comunidade avaliada, assim como, formas de acesso aos medicamentos da farmácia popular entre outros temas.

Na figura 3 está representada uma das atividades realizadas com a comunidade. Esta atividade foi realizada numa praça que está dentro de um conjunto habitacional da comunidade alvo. Nela participou a enfermeira da equipe, uma técnica de enfermagem, a médica, e dois ACS. Esta foi uma experiência muito grata, foi feita uma pesquisa de DCNT, especialmente de HAS e DM nos participantes, foram entregues folhetos com informações educativas a respeito e uma caderneta para os usuários já diagnosticados com estas doenças para garantir um melhor registro das datas das consultas, tratamentos em uso e até registros de

acompanhamento individual nos casos precisos. Esta atividade também foi aproveitada pela médica oferecer informações de interesse em relação à estas doenças.



Figura 3 – Atividade educativa na praça participação dos usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015.

Na figura 4 temos representado outro momento com a comunidade, neste caso foi uma atividade feita na associação de pessoas da terceira idade que a nossa equipe acompanha. Aqui participaram a enfermeira da equipe, as duas assistentes de enfermagem, quatro ACS e a médica. Este encontro foi para oferecer uma palestra que abordou o tema de HAS e DM, avaliando a incidência que estas doenças têm nesta etapa da vida e a necessidade que tem a população de adotar estilos saudáveis de vida.



Figura 4 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S 23, Manaus/AM, 2015.

Mesmo que a intervenção foi planejada com muita dedicação e cuidado apresentamos algumas dificuldades que estavam fora da nossa governabilidade. Uma das dificuldades esteve na realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes. Lamentavelmente nesta atividade não alcançamos 100% da população participante do projeto por causas além da nossa governabilidade. A limitação do tempo de contato da dentista com a população participante da intervenção limitou o impacto do processo nesse sentido, mesmo assim as ações previstas na intervenção relacionadas com a saúde bucal foram realizadas e conseguimos avaliar mais de 90% dos usuários participantes da intervenção.

Também apresentamos dificuldades para alcançar a cobertura proposta para o programa de acompanhamento e controle de DCNT. A equipe pretendia alcançar 100% de cobertura das estimativas geradas pelo CAP mesmo sabendo que estávamos apresentando déficit de ACS. Infelizmente essa meta foi impossível alcançar. Com a falta de dois dos ACS temos duas áreas sem cobertura e elas não foram incluídas na intervenção, pelo menos neste primeiro período. Posteriormente,



em futuras novas aplicações da intervenção, pretendemos chegar até essas áreas e aumentar assim a cobertura oferecida pela equipe.

Outras das dificuldades apresentadas durante este processo encontram-se a limitação com materiais como fitas para glicômetro e a reposição de aparelhos utilizados que ficaram danificados durante o percurso da intervenção como foi o caso do esfigmomanômetro.

Também foi uma dificuldade a entrega dos resultados de exames complementares solicitados pelo protocolo e que complementavam a realização da avaliação do nível de risco cardiovascular, apresentado por cada usuário avaliado. Em inúmeras ocasiões as avaliações eram atrasadas pela demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais. Esta dificuldade não limitou o impacto da intervenção, mas, atrasou o processo de avaliação dos usuários participantes.

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

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

Relacionado com o processo de coleta e sistematização de dados, a equipe não apresentou dificuldades importantes. Foi planejado que a coleta dos dados precisos seria feita pela médica da equipe através da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. Esta coleta foi realizada pela médica para evitar interpretações divergentes em relação aos dados solicitados na planilha. Assim, o fechamento destas informações e cálculo de indicadores foram igualmente realizados por ela e compartilhados e debatidos com a equipe.

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

Com o desenvolvimento da intervenção e a avaliação dos resultados obtidos a partir da sua aplicação, a equipe de saúde considerou a importância e a repercussão que representara, sobre a saúde de nossos usuários com DCNT, a consequente aplicação desta metodologia de trabalho como uma nova ferramenta aplicada a rotina da equipe. Considerou-se que devemos continuar trabalhando com as metas até agora utilizadas, e aumentar a busca ativa de usuários com estas doenças, até alcançar a estimativa de usuários que gerou o cálculo em

correspondência com o total de população da equipe. Mas para ter um efetivo desenvolvimento desta nova meta é indispensável que a equipe fique completa para alcançar o total da população adstrita.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Apresentamos o resultado de uma caminhada desenvolvida em 12 semanas. A UBS possui 3.406 como população total, de acordo com o VIGITEL (2011) estima-se que possua 518 usuários com hipertensão e 128 com diabetes na área adstrita da UBS. Ao final da intervenção conseguiu-se cadastrar 151 (29,2%) usuários HAS e 54 (42%) usuários DM. O percurso foi difícil, mas, conseguiu-se alcançar a maioria dos objetivos planejados.

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

Meta 1. Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A equipe não conseguiu alcançar a cobertura de 60% da população com HAS e DM que estava prevista alcançar. Dentre os fatores que influenciou negativamente neste sentido podemos destacar a falta de pessoal para apoiar as atividades de rastreamento na população alvo, assim como as atividades de cadastramento dos casos novos nas diferentes micro áreas da equipe. Sem dúvidas esse foi o fato que mais influenciou de forma negativa. Foram duas áreas que ficaram totalmente descobertas em relação as ações de saúde feitas pelos ACS, porém, não desconsideradas durante a intervenção. Mesmo com estas dificuldades o trabalho foi desenvolvido nas cinco micro áreas restantes e alcançou uma cobertura de 6,8% (35) no 1º mês, 23,7% (123) no 2º mês e 151 (29,2%) no 3º mês para usuários com HAS e 22,7% (29) no 1º mês, 42,2% (54) no 2º mês e 42,2% (54) no 3º mês para usuários com DM.

Sem dúvidas o resultado não foi o planejado, mas consideramos que em etapas posteriores da intervenção e com a futura incorporação de novos ACS que oferecerão cobertura as micro áreas descobertas, iremos atingir a meta proposta (Figuras 5 e 6).

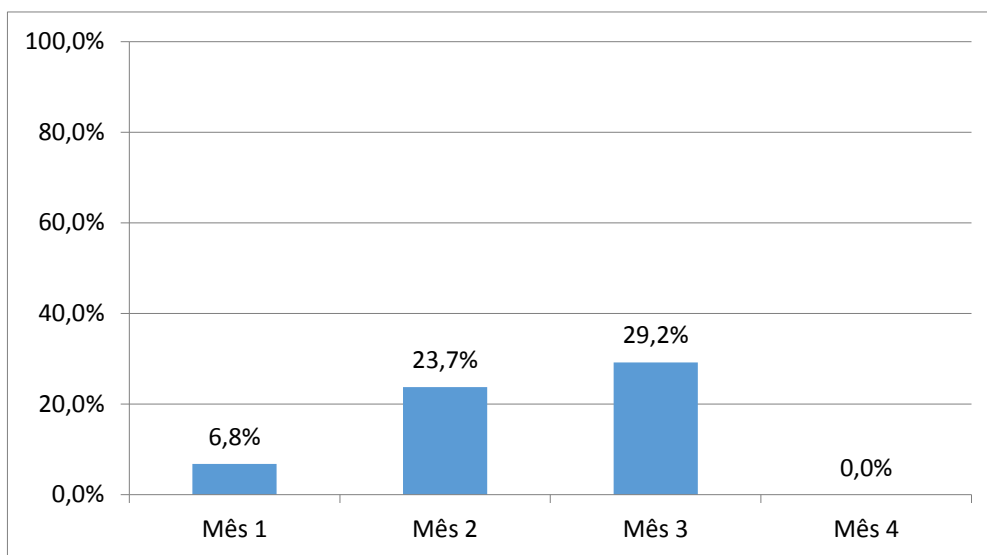


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de Dados 2015.

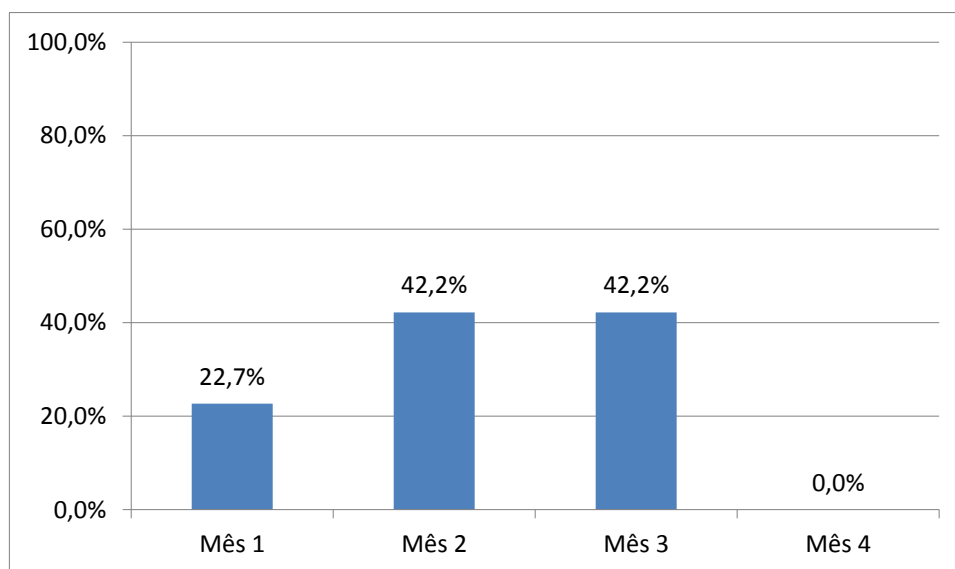


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao Diabético na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

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

Meta 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

O desenvolvimento do projeto foi “regido” pelo Protocolo do ano 2013 para o tratamento e controle de DCNT, onde constam os exames necessários para uma avaliação criteriosa da saúde de cada usuário, assim como a necessidade de um exame clínico completo. Conforme as orientações propostas, a equipe realizou no primeiro mês 15 (42,9%) exames para usuários com HAS e 12 (41,4%) para usuários com DM. No final de segundo mês o número de usuários avaliados já foi maior, 72 (58,5%) usuários com HAS estavam com exame clínico em dia, e 31 (57,4%) com diabetes. Logo no terceiro mês, foi examinado clinicamente de acordo com o protocolo um total dos usuários com HAS e DM de forma que alcançou 100% da população alvo com estas doenças. Logo, todos os usuários cadastrados, estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, sendo 151 HAS e 54 DM (Figuras 7 e 8).

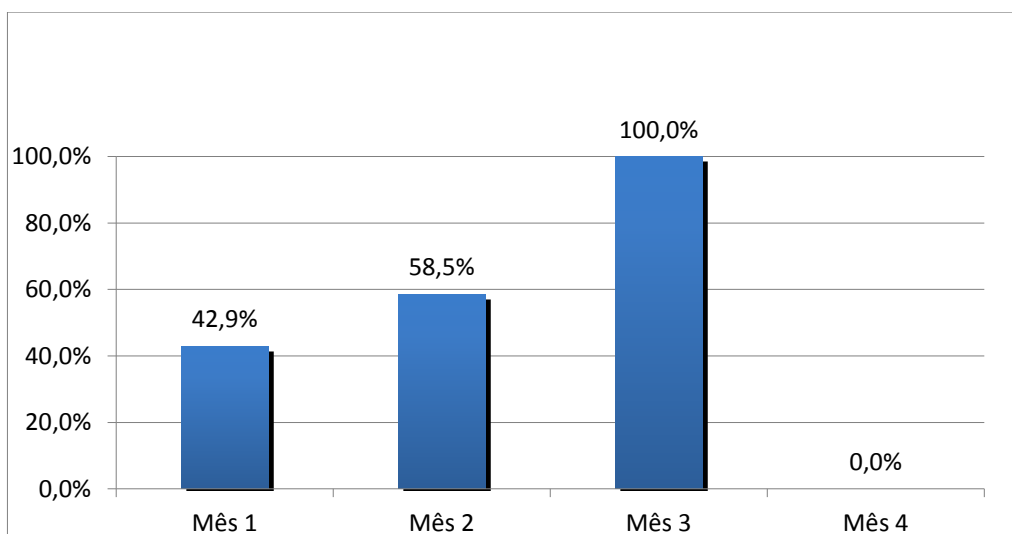


Figura 7: Proporção de usuários com HAS e exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na ESF S-23 na UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

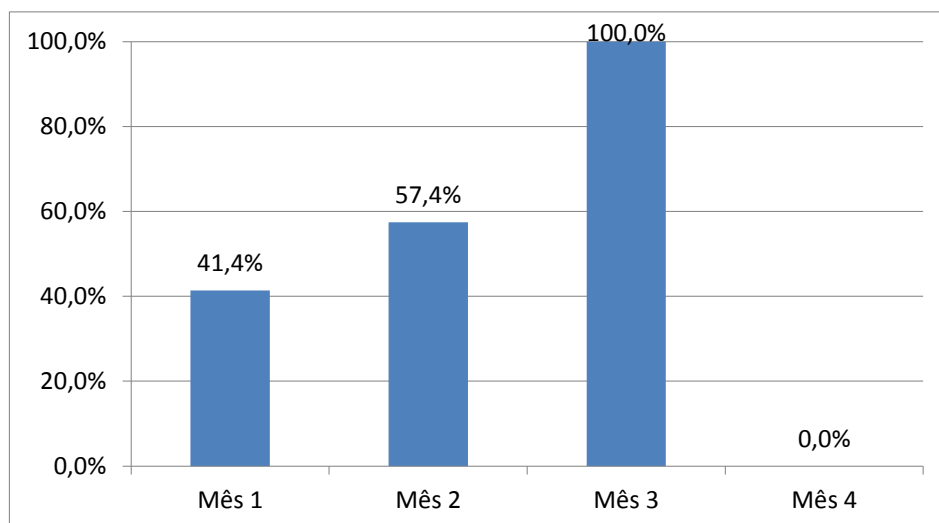


Figura 8: Proporção de usuários diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade. Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

Realizando uma análise qualitativa desta meta podemos sinalar que as ações propostas e desenvolvidas pela equipe em sua totalidade ajudaram a obter os bons resultados sinalados.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, 12 usuários com HAS e 8 com DM obtiveram resultados dos exames complementares para serem avaliados, sendo 34,3% (12) e 27,6% (8), respectivamente. Durante o segundo mês já se alcançou 60% dos exames avaliados para cada doença em questão (73 hipertensos e 31 diabéticos). No último mês da intervenção todos (100%) os usuários estavam com os exames complementares em dia, sendo 151 hipertensos e 54 diabéticos (Figuras 9 e 10).

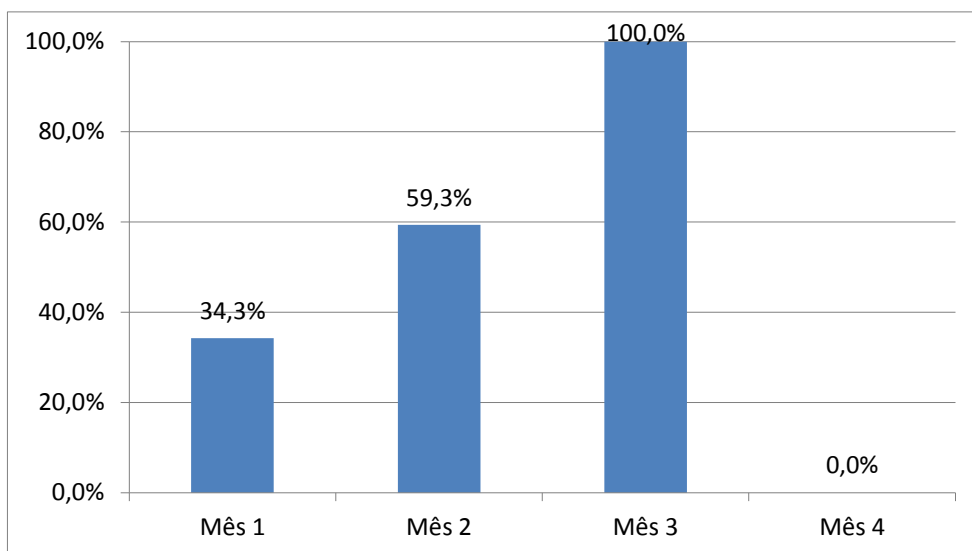


Figura 9: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

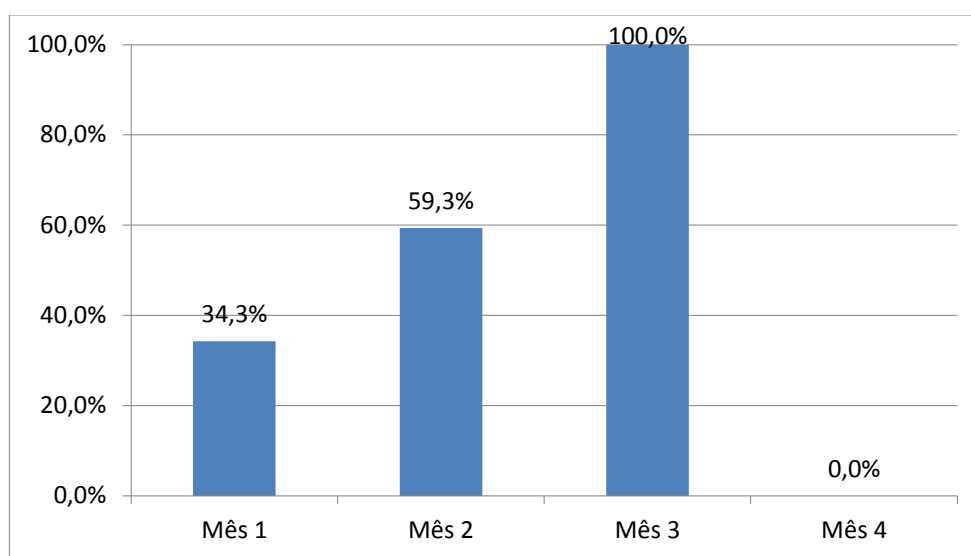


Figura 10: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015

A obtenção dos resultados dos exames solicitados foi uma das dificuldades apresentadas pela equipe, e sem dúvida, a demora na entrega deles na maioria dos casos influenciou nas avaliações do risco cardiovascular que seriam feitas para cada usuário. Mesmo assim, os exames foram solicitados e também avaliados como é previsto no protocolo.

Metas 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Certamente com o passar do tempo e o desenvolvimento do projeto a equipe respeitou alguns tratamentos em uso e que lhes estavam conferindo controle da doença ao usuário seguindo os seguintes critérios:

- Nível de acessibilidade econômica da família e do usuário para comprar o remédio usado mensalmente;
- Controle clínico da doença com esse medicamento até o momento;
- Consentimento do usuário a realizar possíveis mudanças se fosse necessário.

Desta forma a prescrição de medicamentos da farmácia Hiperdia não atingiu 100% dos participantes no projeto. No momento tem apenas 106 (70,7%) usuários hipertensos de um total de 151 fazendo uso das medicações do programa Hiperdia, e apenas 36 (67,9%) diabéticos na mesma situação. Os demais estão usando outras medicações (Figuras 11 e 12).

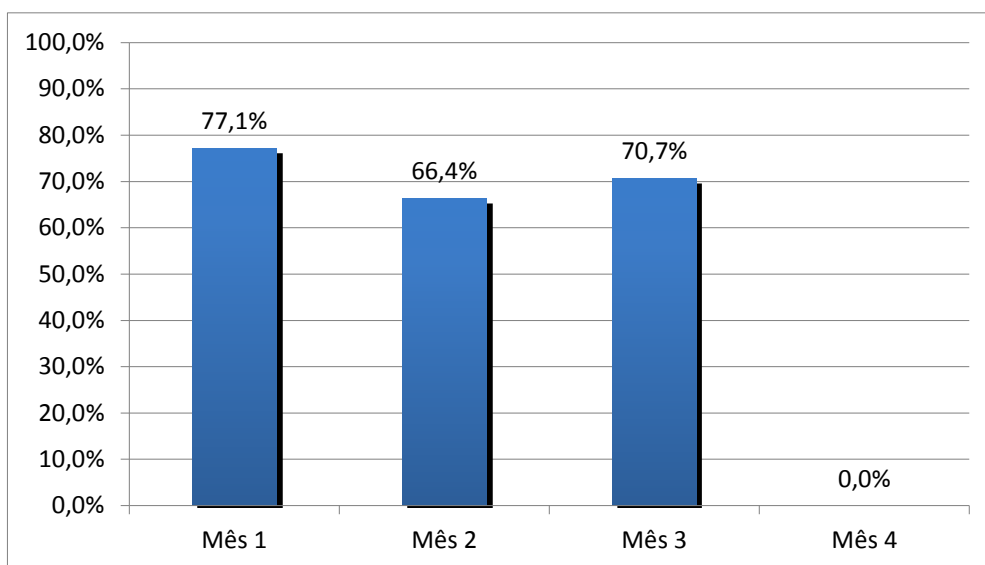


Figura 11: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.



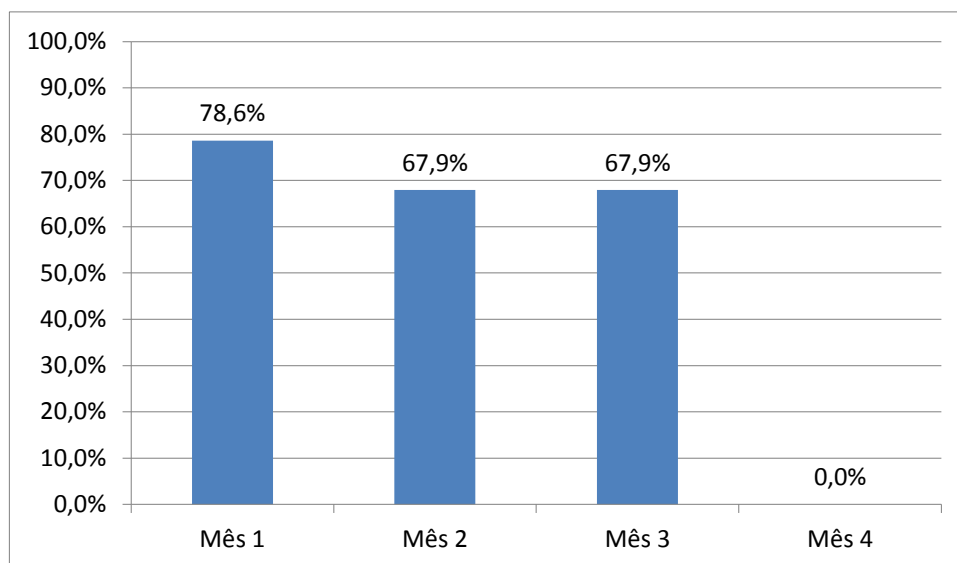


Figura 12: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015

Metas 2.7 e 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Para avaliarmos o desenvolvimento deste indicador não podemos esquecer as dificuldades apresentadas durante a intervenção com o atendimento odontológico. Por questões além do nosso desejo, o atendimento odontológico se viu afetado pela saída de férias da profissional e posteriormente, pela licença médica o que influenciou negativamente no início da intervenção. Posteriormente, foi se recuperando o “tempo perdido” mais desafortunadamente não se conseguiu atingir os 100% da população, mesmo assim, foi avaliado 95,4% da população hipertensa, ou seja, 144 pessoas e 90,7% dos diabéticos, ou seja, 49 pessoas. Pode-se observar nos gráficos correspondentes o aumento gradativo nas avaliações e atendimentos realizados a cada mês.

No caso dos hipertensos, no primeiro mês foram avaliados 11 usuários para um 31,4%, no segundo mês 67 usuários para um 54,5% e já no terceiro mês foram avaliados 144 usuários para alcançar um pouco mais dos 95% de usuários avaliados. Em relação aos usuários com Diabetes no primeiro mês foram avaliados 12 usuários para um 41,4%, no segundo mês avaliou-se 31 usuários para um 38,9% e no último mês foram avaliados 49 usuários para um 90,7% de usuários com Diabetes avaliados (Figuras 13 e 14).

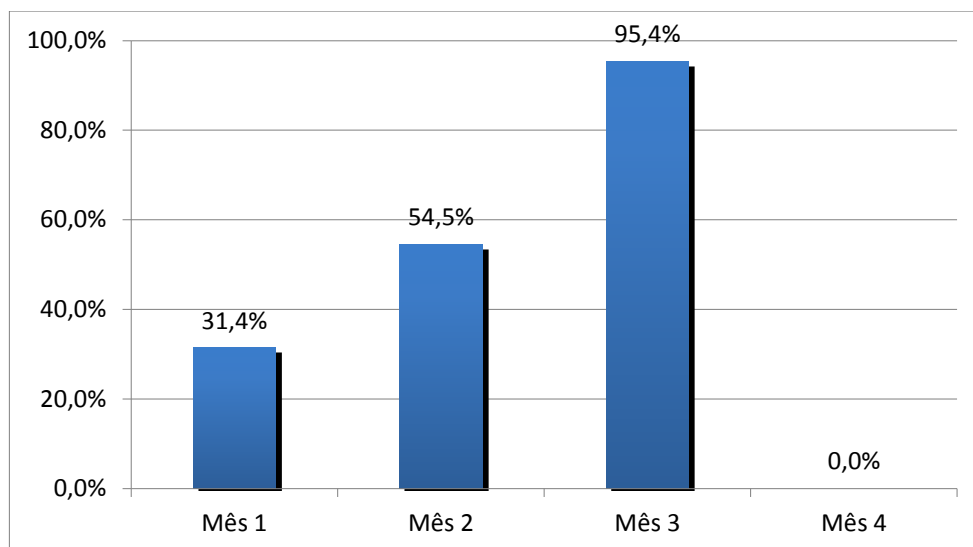


Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

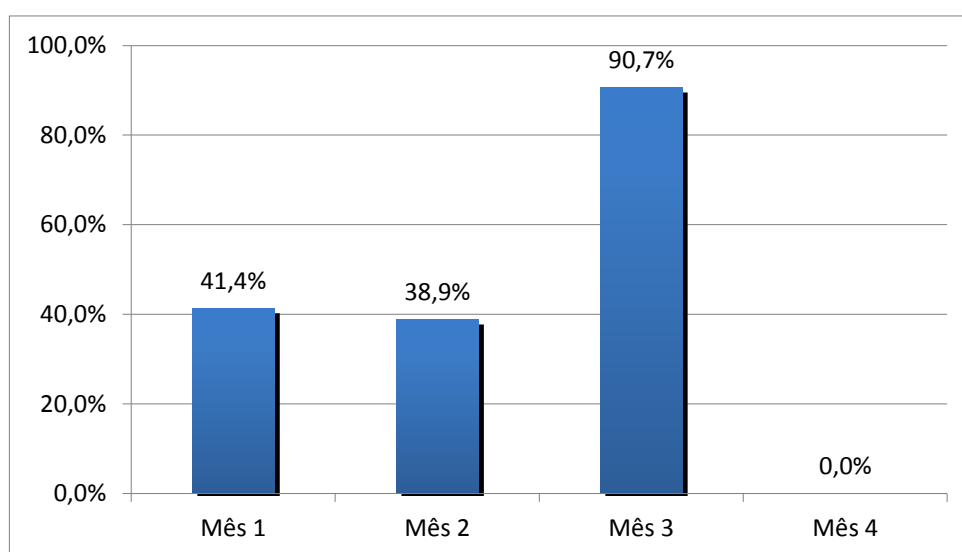


Figura 14: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

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

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

Com relação à busca ativa dos usuários faltosos à consulta de controle clínico, foi seguramente uma das atividades mais intensas desenvolvida pela equipe, devido ao fato da mesma encontrar-se incompleta. Mesmo com as dificuldades

apresentadas, com o número mínimo de ACS para essa atividade, foi desenvolvida sem dificuldades maiores.

O resultado disso foi a busca realizada a 16 usuários com hipertensão no primeiro mês da intervenção, já no segundo mês foi feita a busca ativa de 48 usuários com hipertensão e 45 no último. No caso dos diabéticos foram realizadas 12 buscas ativas no primeiro mês, no segundo mês foram procurados 20 usuários com diabetes, e no terceiro mês foi feita a busca ativa de 19 usuários diabéticos faltosos às consultas, alcançando-se a meta de 100% da população faltosa com busca ativa, nos três meses da intervenção para ambas doenças.

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

Metas 4.1 e 4.5 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

A ficha de acompanhamento de cada usuário é uma das ferramentas indispensáveis para ter um registro organizado do acompanhamento fiel de cada um. O comportamento desta meta acompanhou o número de atendimentos realizados a cada mês, obtendo-se uma ficha para cada usuário avaliado. Para os usuários com Hipertensão, no primeiro mês foram realizados 18 registros adequados nas fichas de acompanhamento para um 51,4%, no segundo mês foram 77 para 62,6% e no mês final da intervenção se alcançou um registro adequado para o total dos usuários avaliados. No caso dos usuários com Diabetes no primeiro mês foram 15 registros adequados para um 51,7%, no segundo mês foram 32 para 59,3% e no terceiro mês, foi alcançada a meta de 100% dos registros na ficha de acompanhamento dos diabéticos cadastrados na unidade (Figuras 15 e 16).

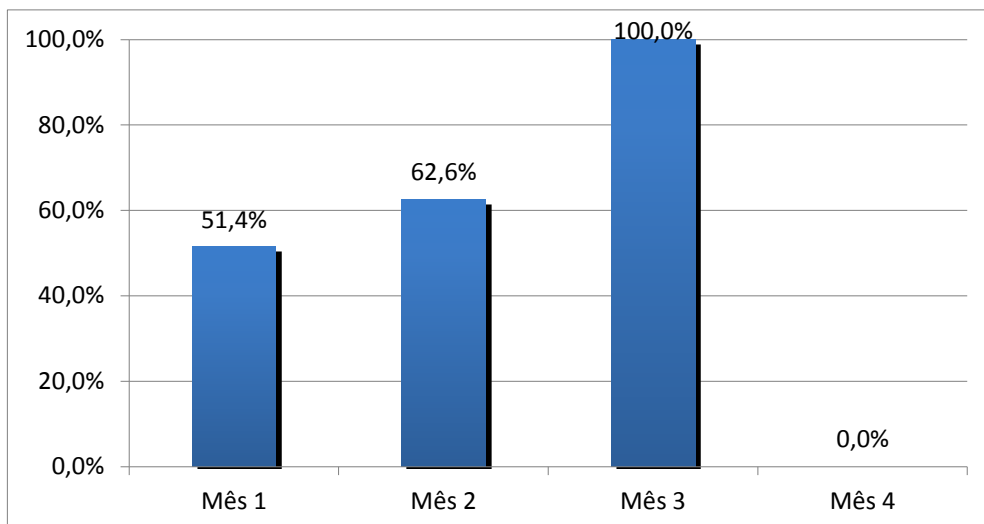


Figura 15: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

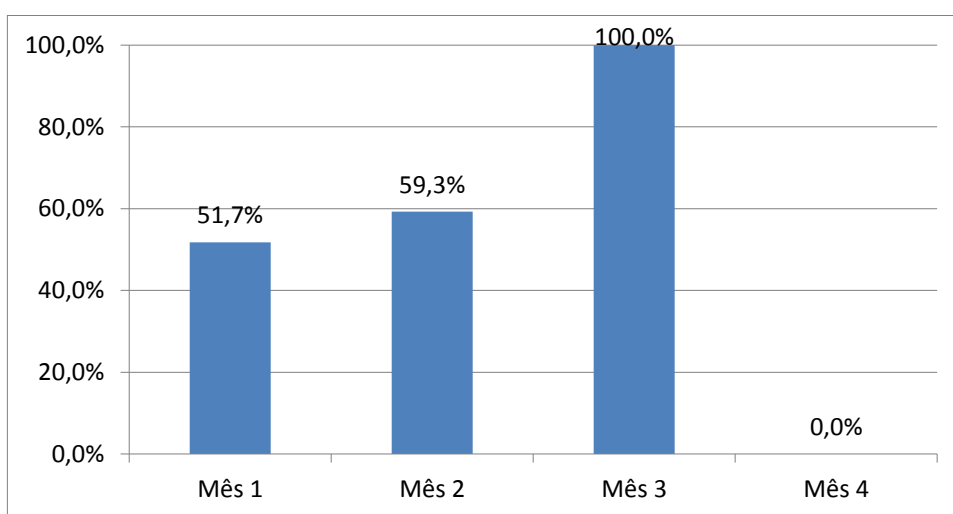


Figura 16: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

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

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

A estratificação do risco cardiovascular é um elemento fundamental para a determinação de futura modificação no tratamento atual se fosse preciso, assim como de estilos de vida. Todas estas mudanças foram feitas para oferecer uma

maior qualidade de vida para o portador de uma doença específica. Neste aspecto nos limitou um pouco a busca de resultados de exames laboratoriais solicitados, mas se buscou fazer esta estratificação para o total dos usuários incluídos no projeto.

Analisando o comportamento mensal desta meta pode-se observar que durante o primeiro mês da intervenção se conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular a 28 (80%) dos usuários hipertensos avaliados nesse mês, e 22 (75,9%) diabéticos, já no segundo mês esse processo demorou um pouco mais dada as situações explicadas anteriormente e foi possível avaliar 85 (67,9%) dos hipertensos vistos nesse mês e 40 (74,1%) dos diabéticos. No terceiro mês a equipe precisou fazer um trabalho intenso na área para tentar recuperar os resultados laboratoriais ainda pendentes por avaliar, pois, ainda esses usuários teriam avaliação da estratificação do risco. Felizmente, o trabalho feito foi exitoso e envolveu até os usuários que ainda não haviam sido avaliados, concluindo-se a intervenção com 100%, sendo 151 com hipertensão e 54 com diabetes (Figuras 17 e 18).

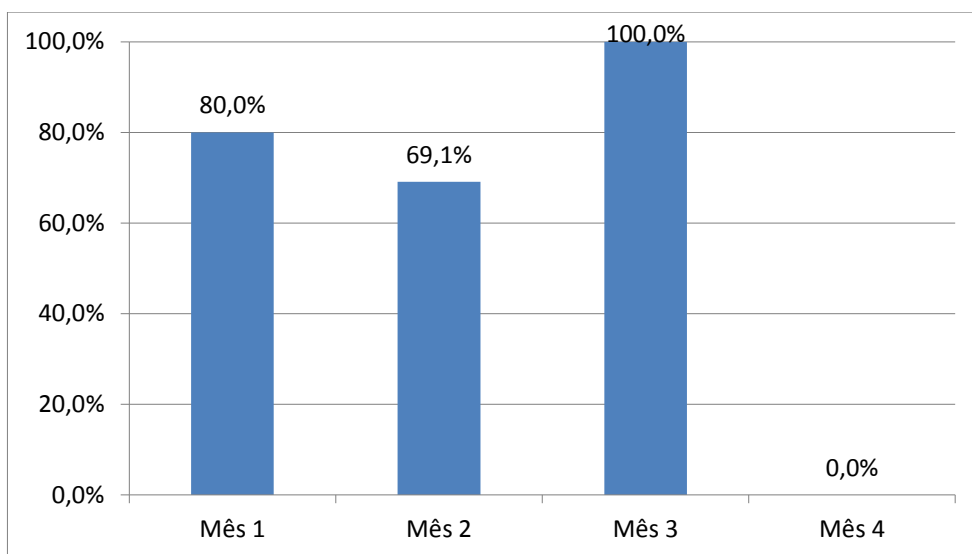


Figura 17: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

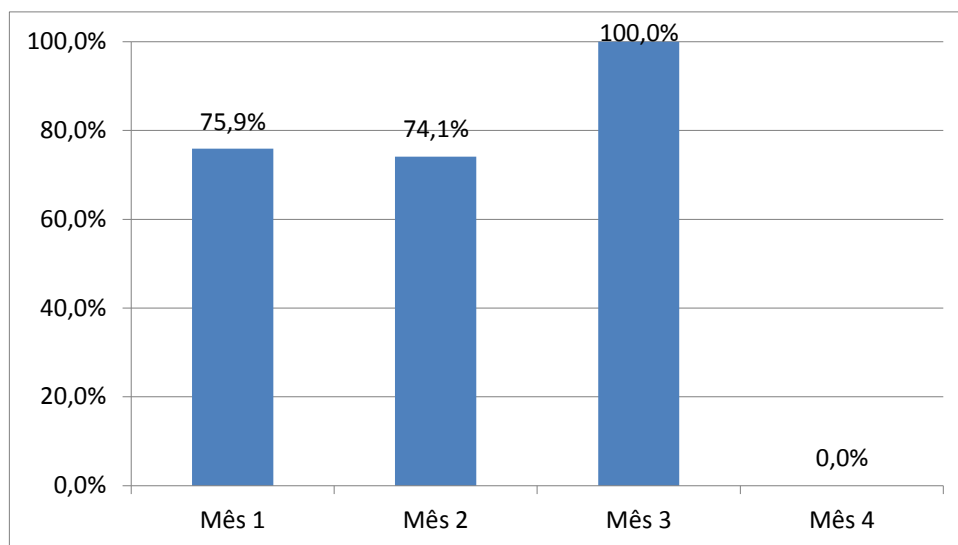


Figura 18: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus-AM. Fonte: Planilha de dados 2015

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

Metas 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos da área de saúde.

Metas 6.3 e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas 6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Todas as metas estas previstas alcançaram 100% nos três meses da intervenção tanto para os usuários com hipertensão, quanto diabetes. As ações educativas foram atividades importantes realizadas durante o desenvolvimento da intervenção deste projeto, o qual foi o momento das orientações dadas para cada usuário. Elas representavam, sem dúvidas, uma ferramenta colocada nas mãos certas. Eles recebiam as dicas mais importantes em relação à doença que eles apresentavam e fundamentalmente eram orientados em relação à importância e ao significado que tinham a prática diária de aquelas orientações. Para o êxito das

metas propostas foram muito importantes as ações planejadas e desenvolvidas com muito cuidado ao longo da intervenção.

## **4.2 Discussão**

A intervenção ajudou a melhorar a qualidade do atendimento oferecido pela ESF S-23. Foi qualificada a qualidade dos registros tanto nas fichas individuais como em nossos arquivos, ficaram mais bem organizadas e com maior acessibilidade dos documentos individuais de todos os usuários. Durante a intervenção foram realizados registros individuais para cada usuário avaliado, assim conhecemos o comportamento atual das doenças avaliadas, tratamento recomendados, fatores de riscos achados durante o acompanhamento do usuário, entre outros dados importantes para futuras avaliações. Para a equipe, as vantagens oferecidas pela ficha-espelho utilizada durante o tempo do projeto foi muito importante.

Também para melhorar a qualidade dos atendimentos realizados foi garantida a realização de exames laboratoriais e físicos para todos os usuários inclusos na intervenção, como é pautado no protocolo de atendimento das DCNT. Com o desenvolvimento deste tipo de atividades, a comunidade avaliada e a equipe de saúde, ganhou qualidade no atendimento. Neste aspecto também foi avaliada a totalidade da população participante da intervenção.

A intervenção buscou ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos da população adstrita à equipe de saúde em 60%, mais essa meta não foi possível alcançar. Neste sentido representou uma limitante importante a ausência de dois ACS. Com a ausência deles a equipe tem duas áreas sem cobertura de ACS, estas áreas não foram inclusas na intervenção, fato que limitou o impacto do trabalho nesse sentido. Mesmo assim durante o período de intervenção, foi feito um trabalho de cadastro da população com HAS e DM nas outras micro áreas adstritas a equipe, fato que representa para a etapas futuras de trabalho, um controle estrito de usuários que facilitará o acompanhamento tanto clínico como de enfermagem nos períodos determinados para cada usuário em específico tendo em conta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outros parâmetros. Futuramente, a equipe pretende alcançar as estimativas calculadas assim que sejam incorporados novos ACS ao funcionamento da equipe que possam trabalhar nessas áreas descobertas.

Também foi muito importante a utilização da estratificação de risco cardiovascular e o atendimento odontológico para obter uma maior qualificação do atendimento clínico, pois, ambos garantiram uma abordagem integral da saúde. Foi realizada uma abordagem odontológica que analisou a necessidade individual de cada usuário em relação ao acompanhamento e tratamento de doenças odontológicas associadas às doenças bases (HAS e DM), apesar de que não conseguimos atingir 60% da população envolvida no projeto por dificuldades fora de nossa governabilidade, à equipe vai continuar avaliando aqueles usuários que não conseguiram esta avaliação no período inicial.

Com relação à estratificação de risco para desenvolvimento de futuras doenças cardiovasculares foi outra das atividades realizadas e que ajudou a “traçar” mapas de acompanhamento individualizados analisando a condição atual de cada pessoa. Esta avaliação foi realizada utilizando os dados oferecidos pelo exame físico do usuário, resultados dos exames laboratoriais feitos e a avaliação do nível de risco pelo Escore de Framingham.

Melhorou a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, para isto foram planejadas visitas domiciliares para procurar àqueles usuários faltosos nas consultas de controle. Desta forma todos foram avaliados. Em fases futuras de aplicação da intervenção, a equipe vai trabalhar para realizar um rastreamento populacional procurando pessoas com estas doenças e que ainda não estão cadastrados para assim conseguir aumentar o número de usuários acompanhados e manter o controle da população.

A promoção da saúde de hipertensos e diabéticos foi outra de nossas expectativas, para isso foi preciso garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Todas estas orientações foram dadas a 100% dos usuários cadastrados.

Indubitavelmente esta intervenção em saúde representa para a equipe uma meta muito importante que foi cumprida, ela demonstrou que o trabalho em equipe tem melhor e maiores resultados. Ajudou a obter uma maior interação com a população portadora destas doenças e a comunidade toda, e principalmente se conseguiu chegar até muitos usuários faltosos à consulta gerando para eles e suas famílias a satisfação de ter uma saúde melhor. Para a equipe, também foi importante



porque se capacitou e se ampliou seus conhecimentos sobre a saúde na atenção básica.

Com todas estas mudanças, o serviço oferecido na unidade foi complementado, tendo avaliações mais completas, o que facilita a adoção de condutas terapêuticas individualizadas. Neste sentido contribuiu muito a avaliação do risco, a realização de exames de acordo ao protocolo. Também é importante sinalar que se melhorou o acesso dos usuários ao atendimento na UBS, se alcançou mais organização da agenda, e se melhorou a rotina de trabalho conseguindo registros mais adequados e um serviço mais organizado.

A comunidade foi a maior beneficiada com a implementação desta intervenção: objetivou-se atingir a um maior número de hipertensos e diabéticos, porém ainda temos pessoas que não conhecem as doenças e as condutas. Além disso, a implementação desta intervenção ofereceu, para aqueles que foram cadastrados, a possibilidade de realização de exames laboratoriais recomendados pelo protocolo, foi realizado uma avaliação individualizada dos riscos cardiovasculares para cada usuário, foram oferecidas orientações importantíssimas para serem cumpridas e ajudar assim ao tratamento medicamentoso recomendado. A avaliação odontológica foi um complemento importante para encerrar as avaliações integrais da saúde de todos os participantes.

Se a intervenção fosse planejada para começar novamente, a equipe considera importante algumas mudanças: por exemplo, seria uma boa alternativa a realização de um trabalho comunitário prévio que garante uma caracterização mais detalhada da população da área de abrangência, esta caracterização ofereceria um panorama das doenças existentes na área, o conhecimento que tem esta população em relação a estes temas, assim como a abordagem que eles estão oferecendo nestes casos. Partindo destes estudos, seria melhor planejado um projeto dirigido a esta população e suas particularidades.

Certamente com os acertos e desacertos da intervenção implementada, fica bem claro que os acertos são, indubitavelmente, maiores e ela representa uma ferramenta para implementar e melhorar a qualidade do serviço oferecido à comunidade, garantindo assim a acessibilidade a um serviço de qualidade para todos. Seguidamente, a equipe vai a implementar este modelo de intervenção para alcançar um maior número de usuários.

Futuramente, a equipe pretende estender sua experiência para as outras equipes de saúde da unidade para estimular mudanças nos serviços oferecidos pela unidade de saúde em geral e não só pela equipe de saúde S-23.

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

### **A Secretaria Municipal de Saúde,**

A equipe de saúde S-23 da unidade Morro da Liberdade realizou a caracterização da população com doenças crônicas, especialmente, Hipertensão e Diabetes Mellitus, e identificou que muitas pessoas desconhecem as complicações dessas doenças, levando as mesmas ao abandono dos tratamentos recomendados e a ausência nas consultas planejadas pela equipe, entre outras dificuldades.

Baseados na necessidade de melhoria nesta ação programática e estimulados pela necessidade de garantir a integralidade da atenção em saúde, acessível e de qualidade para todos, como é preconizado pelo SUS, a equipe planejou uma intervenção em saúde dirigida fundamentalmente a usuários com HAS e diabetes do território com o objetivo de melhorar a atenção, a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, assim como realizar um mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde destes usuários.

A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas e orientada por um cronograma de atividades que garantiram a cobertura da população, e o tratamento e controle de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde de 2013. As atividades planejadas no cronograma foram realizadas levando em conta quatro eixos fundamentais: monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. Cada uma das atividades planejadas representou para a equipe, uma meta para alcançar.

Durante a intervenção a equipe pretendeu oferecer cobertura para 60% da população com HAS e DM. Neste aspecto se apresentou certo grau de dificuldades principalmente pela falta de dois ACS, fato que deixou a equipe incompleta para

desenvolver as atividades planejadas para aumentar a cobertura oferecida. Foram duas micro áreas sem cobertura que não foram incluídas na intervenção. Mesmo com as dificuldades apresentadas, os resultados foram uma cobertura de 29,2% (151 usuários) da estimativa da população com HAS e um 42,2% (54 usuários) no caso dos Diabéticos.

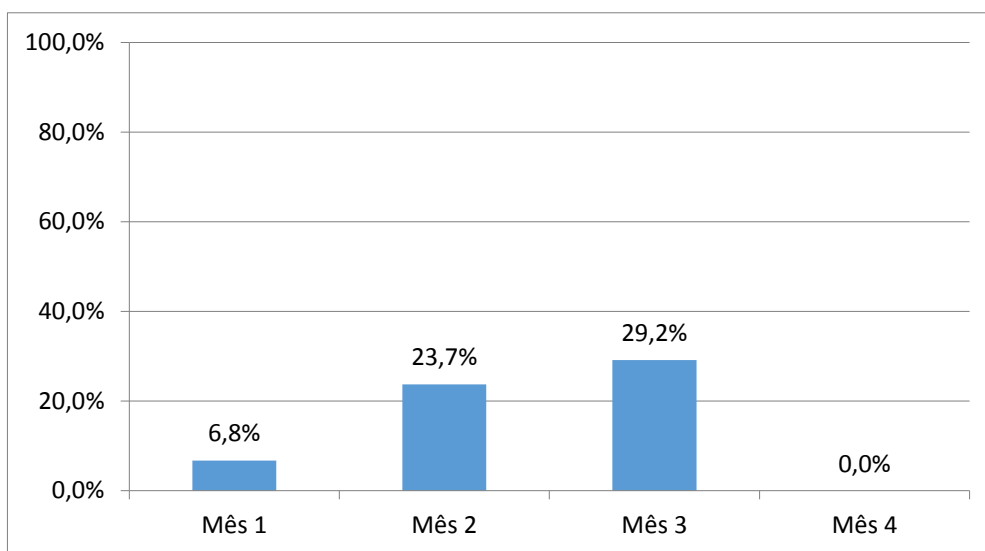


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de Dados 2015.

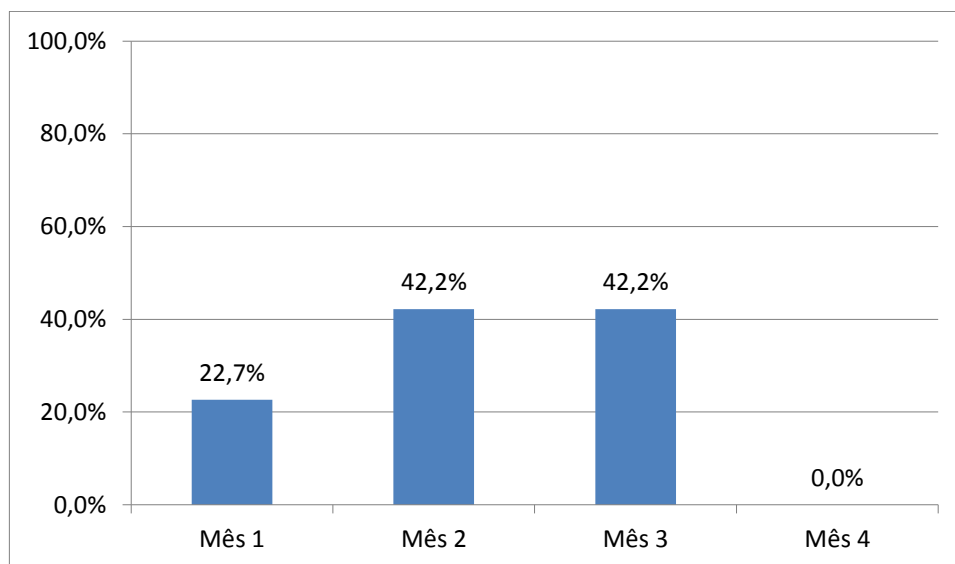


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao Diabético na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

Foram realizados os exames laboratoriais em todos os usuários. Priorizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Neste sentido, a intervenção, não

atingiu 100% dos participantes, pois, somente 70% dos hipertensos estão fazendo uso das medicações do programa farmácia popular, e 67,9% diabéticos na mesma situação. O restante está em uso de outras medicações prescritas. Neste aspecto a equipe considerou a importância de respeitar alguns tratamentos em uso que estavam conferindo controle da doença ao usuário considerando a avaliação do nível de acessibilidade econômica da família e do usuário para comprar o remédio usado mensalmente, o controle clínico da doença com o medicamento usado até o momento, e o consentimento do usuário à mudança da medicação se fosse necessário.

Por questões fora de nossa governabilidade, o atendimento odontológico foi afetado por diferentes razões, mesmo assim, 95,4%, e 90,7% das pessoas com hipertensão e diabetes, respectivamente, tiveram avaliação da necessidade do atendimento odontológico.

Mesmo com as dificuldades apresentadas, especialmente com o número reduzidos de ACS disponíveis junto à equipe, fizemos a busca ativa de mais de 150 usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, obtendo-se a avaliação de 100% da população inclusa no projeto.

Mantivemos a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. O comportamento desta meta acompanhou o número de atendimentos realizados cada mês, possibilitando que ao final da ação, cada usuário avaliado tivesse sua ficha de acompanhamento.

Realizamos estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Neste aspecto nos limitou um pouco o atraso de resultados dos exames laboratoriais solicitados, mas, buscou-se fazer esta estratificação para o total dos usuários inclusos na intervenção.

Outra atividade importante realizada durante o desenvolvimento desta intervenção diz respeito às orientações dadas para cada usuário no que diz respeito à alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco de tabagismo e sobre a higiene bucal. Os resultados da intervenção representaram para a equipe e a comunidade um avanço na qualidade da atenção oferecida pelo SUS na unidade UBS S-23 Morro da Liberdade, e pretende-se ampliar sua aplicação em próximos períodos de trabalho até ser programada como uma ferramenta de trabalho de uso contínuo.

É preciso um apoio maior da gestão que reforce aspetos fundamentais da intervenção, como a suplementação de materiais educativos como folhetos com informação em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, maior cobertura de materiais de consumo assim como a substituição ou reparação frequente dos aparelhos que foram utilizados durante a intervenção. Da mesma forma, espera-se maior apoio para desenvolvermos trabalhos inter-relacionados com outros profissionais, tais como nutricionistas, educadores em prática de exercícios físicos, para alcançar maiores e melhores resultados.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados aqui apresentados são hoje uma realidade vivida por toda a equipe de profissionais que atuam na UBS S-23 e que se constitui no ponto inicial para ampliarmos essa metodologia de trabalho para as demais ações programáticas que estão em curso no serviço, contribuindo desta forma para a garantia da integralidade da atenção.

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

Comunidade,

Durante três meses realizamos em nossa unidade de saúde junto da nossa população, ações de saúde com foco na Hipertensão Arterial e na Diabetes, duas doenças muito frequentes.

Ao realizarmos uma observação das “debilidades” em saúde que nossa população estava apresentando identificamos que muitos dos usuários não tinham conhecimentos suficientes em relação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, dentro elas temos a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Este desconhecimento leva ao abandono do tratamento e a aparição das complicações associadas ou não controle destas doenças, o que sem dúvidas repercute na saúde não só dos usuários que tem estas doenças, mas, também na saúde da comunidade toda e no funcionamento familiar.

Atualmente existem em nossa comunidade 151 (29%) usuários registrados com Hipertensão e 54 (42%) diabéticos cadastrados junto à equipe de saúde. Outra situação que foi determinada, através do relacionamento direto com os usuários com estas doenças, foi que mesmo tendo conhecimento que tem uma doença crônica não transmissível, alguns deles abandonam não só o tratamento recomendado, mas também, abandonam o acompanhamento médico e de enfermagem que são ofertados na UBS. Estas situações acontecem por diferentes razões, e a principal delas é que existem casos que não consideram estas doenças como crônicas e acreditam que este tipo de doenças só precisa de tratamento ou acompanhamento médico quando aparece uma urgência neste sentido.

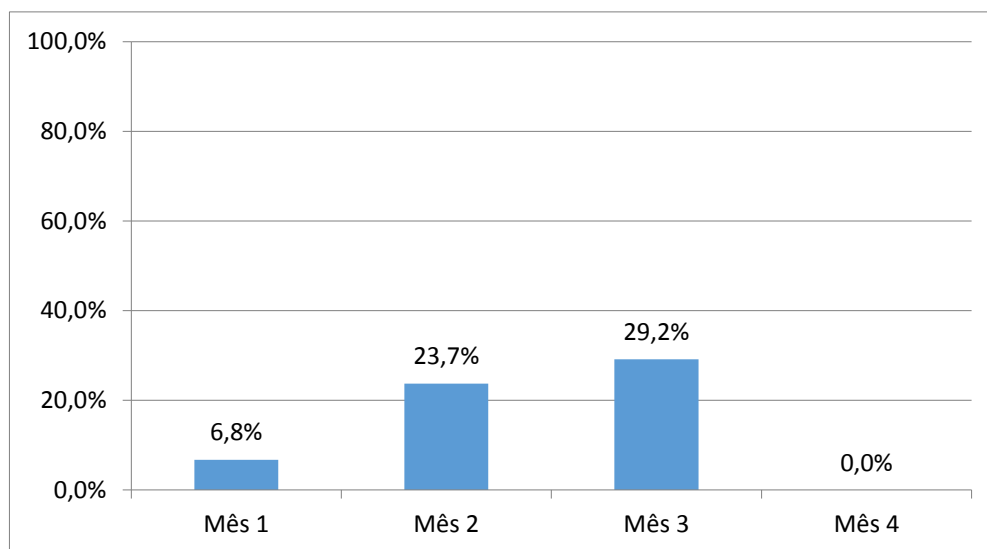


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de Dados 2015.

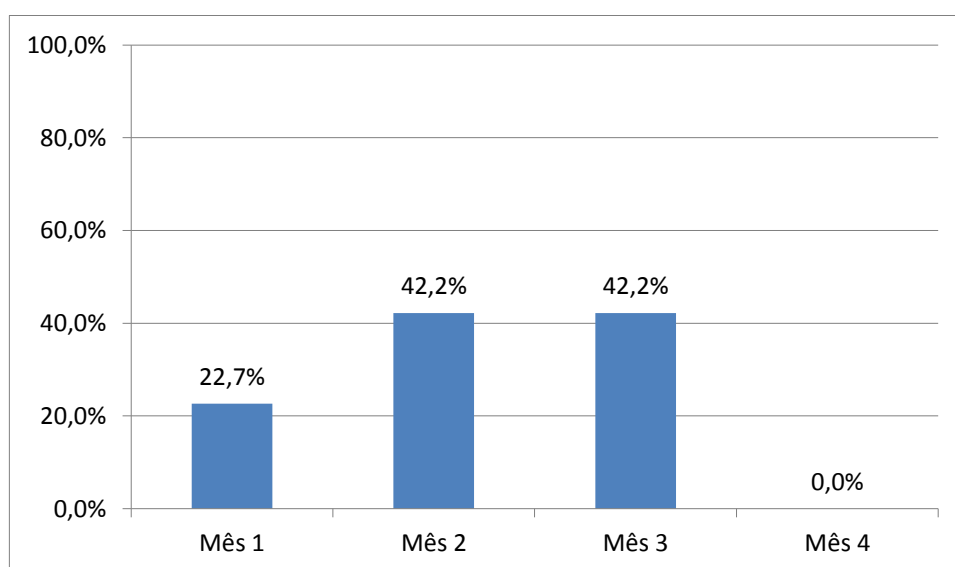


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao Diabético na ESF S-23 da UBS Morro da Liberdade, Manaus, AM. Fonte: Planilha de dados 2015.

Foram solicitados todos os exames necessários para avaliar a saúde e o risco para outras doenças principalmente do coração. E os exames foram solicitados para 100% dos usuários com hipertensão e diabetes em acompanhamento. Além de procurar estas debilidades na saúde dos usuários, estas atividades ajudaram a identificar e registrar estas pessoas para realizar um acompanhamento diferenciado e tentar diminuir, na medida do possível, os riscos, além de oferecer a oportunidade de um acompanhamento mais rigoroso.



Outro aspecto analisado durante a intervenção foi a necessidade de prescrever medicamentos para o controle destas doenças de preferência aqueles que se encontraram disponíveis na farmácia popular Hiperdia e que eram fornecidos gratuitamente para garantir o acesso de forma periódica e diminuir assim o risco de abandono do tratamento por economia deficiente. Neste caso foram avaliados todos os participantes e algumas condições associadas. Foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a população e mesmo com algumas dificuldades, conseguimos atender a mais de 90% da população, essa ação terá continuidade pela equipe até que tenhamos atingido 100%.

Identificamos que muitos usuários faltam nas consultas de controle planejadas previamente sendo uma das dificuldades mais importante para enfrentarmos a doença e que limita o correto acompanhamento da equipe de saúde. Neste aspecto a equipe trabalhou fortemente e conseguiu avaliar ao final 100% dos usuários faltosos na consulta.

A promoção é estimulada através do incentivo a toda comunidade para adotar novos estilos de vida mais saudáveis, estimular a prática diária de exercícios físicos, adoção de mudanças nos esquemas de alimentação para torná-la mais saudável. Estas ações foram desenvolvidas durante a intervenção.

Senhoras e Senhores usuários, sem dúvida a implementação da intervenção para a comunidade representou um avanço em matéria de saúde, ganhou-se fundamentalmente em conhecimento o que representa a porta de futuras mudanças em estilos de vida e melhor qualidade de vida para estes usuários.

Este tipo de intervenção que foi aplicada, a equipe considerou de grande repercussão na saúde dos usuários, e espera continuar implementando-a até incorporar na nossa rotina diária de trabalho, mas é de vital importância a participação da comunidade toda neste tipo de trabalho para reforçar as atividades planejadas.

A equipe agradece a participação de todos e lembra que a continuidade das ações depende do engajamento da população.

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

O processo prévio de preparação e durante a realização da intervenção comunitária exigiu de toda a equipe um processo constante de superação profissional, sempre procurando novas informações, procedimentos, novas mudanças nas linhas terapêuticas das doenças abordadas e até recursos para uma boa comunicação interpessoal, fato muito importante neste tipo de atividade. Foram muitos os aprendizados relevantes decorrentes da intervenção, todos representaram um ganho principalmente de conhecimentos para todos.

No meu caso particular, estas 12 semanas de intervenção exigiram um esforço maior, foi preciso procurar e consultar o protocolo de manejo clínico de HAS e DM, analisar as linhas terapêuticas recomendadas para cada caso, foi preciso conhecer em relação aos principais medicamentos usados, as diferentes apresentações farmacêuticas dos medicamentos mais usados, dosagens utilizadas, reações adversas mais frequentes, interações medicamentosas, entre outras informações. Todas elas para aumentar o nível de conhecimentos que o usuário terá que ter para evitar desistências aos tratamentos recomendados. Além de isso, foi preciso aprofundar as formas de aplicação e interpretação do Escore de Framingham para a estratificação do risco cardiovascular realizada a cada usuário incluso na intervenção.

A procura de uma intervenção com um enfoque integral da saúde humana estimulou a necessidade de incrementar nossos conhecimentos básicos em relação à saúde bucal. Foi preciso reuniões de qualificação, dirigidas pela nossa dentista e a técnica de odontologia, explicando os principais pontos a serem avaliados para ter

uma consideração clínica inicial do nível de necessidade de atendimento odontológico que apresentava cada usuário avaliado.

Para elevar a qualidade do serviço oferecido na unidade, foi preciso um processo de treinamento para todos conhecerem mais em relação às orientações que seriam recomendadas para cada pessoa. Foi preciso revisar estudos recentes que tratam dos benefícios na saúde que oferece a prática regular e supervisionada de exercícios físicos, para assim ter argumentos sólidos para serem repassados para os usuários e assim eles perceberem a importância do cumprimento desta orientação.

Foi importante o inter-relacionamento com outros profissionais, como foi o caso dos nutricionistas, que nos ajudaram nas orientações sustentadas em argumentos técnicos com relação aos benefícios de uma alimentação saudável para o controle de certas doenças. Eles representaram uma ajuda muito importante, recomendaram as principais mudanças a serem orientadas para os usuários participantes da intervenção, orientaram também em relação as dicas para sugerir ao usuário para obter êxito na sua alimentação. De forma geral, eles aumentaram nosso nível de conhecimento em relação ao tema da alimentação saudável e sua repercussão na saúde.

Também foram consultadas novas literaturas e trabalhos que faziam referência ao tabagismo e sua influência sobre as DCNT. A participação ativa de todos os membros da equipe, durante a intervenção, demandou uma preparação de todos por igual. Foi importante analisar o funcionamento dos aparelhos a serem utilizados durante este período, formas corretas de utilização e até as formas corretas de interpretação dos resultados obtidos através deles.

Para garantir o êxito desta intervenção, primeiro tínhamos que garantir um convencimento geral, do grupo de trabalho, em relação a importância que representava para todos a aplicação desta nova ferramenta. Para isto foram importantes as reuniões de atualização do tema em questão, com a participação de todos. Aqui foram tratados temas de atualidade em relação com as doenças a serem avaliadas, que ofereceram a oportunidade da equipe conhecer a importância de implementação deste novo processo.

Já para o processo de intervenção comunitária, foi preciso reparar em técnicas de educação em saúde, técnicas de trabalho em grupo assim como formas de comunicação interpessoal que seriam utilizadas.

A implementação de projetos inovadores exige dos que o vão desenvolver uma preparação maior, porém, ele traz incluso um processo grande de aprendizagem. O desenvolvimento desta intervenção, com êxito, representou para minha prática profissional um avanço, pois cumpri meu dever que é o de contribuir para a produção de ações de saúde.

De forma geral, o processo de aprendizagem gerada a partir da intervenção foi bom. Com os recursos aprendidos se logrou desenvolver, com resultados satisfatórios a intervenção em saúde na população da área de abrangência da equipe de saúde S-23.

Mesmo com os resultados obtidos, pretendemos aprofundar um pouco mais sobre técnicas de comunicação e educação em saúde que serão aplicadas em etapas posteriores da intervenção já incluída como uma ferramenta de trabalho diário da equipe.

## Referências

BRASIL. MS/PAHO. **Doenças Crônicas não transmissíveis; Estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde**. Autor: Flavio Goulart. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)> Acesso em 12 fev, 2015.

USDHHS. **National Institute of Health. National Heart , lung and Blood Institute. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>> acesso em: 12 fev.2015.

International **Diabetes Federation**. Disponível em: <http://www.idf.org/the-campaign/unite-for-diabetes/why-diabetes>. Último acesso em setembro de 2014.

SBC. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/471-sao-13-4-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil>. Último acesso em setembro de 2014.

IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (28 de agosto de 2014). Visitado em 12 de julho 2015.

## **Apêndices**

### Apêndice A – Fotos de momentos da intervenção



Figura 19 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015.



Figura 20 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015.





Figura 21 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015.



Figura 22 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015





Figura 23 – Atividade educativa com usuários com hipertensão e diabetes, ESF S-23, Manaus/AM, 2015.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM - silmara (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel													
C52 D.O.S													
Indicadores HAS e DM - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HiperDia?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos da lista do Hipertenso ou da Farmácia Popular?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	ANIL	70	1	1	1	0		1	1	1	1	1
2	2	A.R.S	69	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1
3	3	ALS	76	1	0	1	0		1	1	1	1	1
4	4	A.F.C.M	73	1	1	1	0		1	1	1	1	1
5	5	A.S	55	1	0	1	0		1	1	1	1	1
6	6	A.M	52	1	1	1	0		1	1	1	1	1
7	7	A.A.C	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
8	8	ALS	54	1	1	1	0		1	1	1	1	1
9	9	A.M.F	60	1	1		0		1	1	1	1	1
10	10	A.V.F	65	1	0	1	0		1	0	1	1	1
11	11	A.M.S	54	1	0		0		1	1	1	1	1
12	12	A.G.S	44	1	0	1	0			1	1	1	1
13	13	A.B	68	1	0		0		1	1	1	1	1
14	14	A.F	41	1	0	1					1	1	1
15	15	A.B.P	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
16	16	A.S	60	1	1	1	0		1	0	1	1	1
17	17	A.C.L.L	74	1	0	1	0		1	1	1	0	0
18	18	A.P.S	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
19	19	A.M.A	42	1	0	1	0		1	1	1	1	1
20	20	A.R.A	69	1	0	1	0		1	1	1	1	1
21	21	A.P.L	72	1	1	1	0		1	1	1	1	1
22	22	A.M.P	90	0	0	0	0		1	1	1	1	1

Microsoft Excel - 2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade]													
INDICADORES													
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4					Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		EDIV/01	EDIV/02	EDIV/03	EDIV/04					EDIV/01	EDIV/02	EDIV/03	EDIV/04
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b> Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0					0	0	0	0
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b> Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0					0	0	0	0
2.1	<b>Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa</b> Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0	0					0	0	0	0
2.2	<b>Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa</b> Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0	0					0	0	0	0
3.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b> Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0	0					0	0	0	0
3.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b> Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0	0					0	0	0	0



## FICHA ESPELHO

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

[illegible][illegible]**FICHA ESPELHO**[illegible]

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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