

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS DA UBS JARDIM SUMARÉ,  
SÃO JOÃO DE MERITI, RJ**

**Alessandra de Moraes de Almeida**

**Pelotas, 2014**

**ALESSANDRA DE MORAES DE ALMEIDA**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Sumaré,  
São João de Meriti, RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde da Família da Universidade Federal de  
Pelotas – Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Karen Christina Rodrigues dos Santos

Pelotas, 2014

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

A447m Almeida, Alessandra de Moraes de

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Sumaré, São João de Meriti, RJ / Alessandra de Moraes de Almeida; Karen Christina Rodrigues dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

121 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica 4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Karen Christina Rodrigues dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Banca examinadora:**

.....

.....

.....

.....

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que é o meu porto seguro, e as pessoas que sentiram de alguma forma minha ausência, em especial os meus filhos Isadora, João Pedro e Maria Eduarda, minha mãe Tania e familiares que sem seu apoio seria impossível continuar, eu amo vocês.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou o meu caminho e me deu forças durante toda essa caminhada.

A minha família pelo apoio incondicional, vocês são presentes de Deus na minha vida.

Aos meus pais Messias (in memoriam) e Tania pela contribuição na formação do meu caráter.

Aos amigos, Alexson Sidnei, Ana Lúcia, Danielle e Érick Igor pelas vezes incansáveis me ouviriam e contribuiram para a construção deste trabalho. “Obrigadú”.

A minha orientadora Esp. Karen Christina Rodrigues dos Santos pelo apoio, dedicação e confiança imprescindíveis à conclusão deste trabalho.

A Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti, Dr. Antonio Maia e Ana Maria pela ajuda na realização deste trabalho.

A gerente de enfermagem da UBS do Jardim Sumaré Monique Silva de Oliveira e os administradores Sergio e Fernanda Vanderlei pela amizade e por todo o auxílio a mim prestado.

A equipe da UBS do Jardim Sumaré pela importante contribuição tão necessária para a realização deste trabalho.

Aos usuários que disponibilizaram mais do que informações, mas sentimentos, um pouco de suas vidas.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Cronograma de intervenção	36
<b>Figura 2</b> Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS	68
<b>Figura 3</b> Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS	69
<b>Figura 4</b> Gráfico da proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria	70
<b>Figura 5</b> Gráfico da proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria	71
<b>Figura 6</b> Gráfico de Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia	72
<b>Figura 7</b> Gráfico de Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia	72
<b>Figura 8</b> Gráfico de Proporção de diabéticos com exames complementares com protocolo em dia	73
<b>Figura 9</b> Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares com protocolo em dia	74
<b>Figura 10</b> Gráfico de Proporção de diabéticos com exame do pé em dia	75
<b>Figura 11</b> Gráfico de Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular	76
<b>Figura 12</b> Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular	76
<b>Figura 13</b> Gráfico da proporção de Profissionais de enfermagem capacitados	77
<b>Figura 14</b> Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial compensada	78



<b>Figura 15</b> Proporção de usuários com HAS com consultas especializadas em dia de acordo com o protocolo	79
<b>Figura 16</b> Proporção de diabéticos que utilizam medicamentos para controle da doença	79
<b>Figura 17</b> Proporção de HAS com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria	80
<b>Figura 18</b> Proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria	81
<b>Figura 19</b> Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exames em dia	82
<b>Figura 20</b> Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exames em dia	82
<b>Figura 21</b> Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia	83
<b>Figura 22</b> Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia	84
<b>Figura 23</b> Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional	85
<b>Figura 24</b> Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional	85
<b>Figura 25</b> Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular	86
<b>Figura 26</b> Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular	86
<b>Figura 27</b> Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	87
<b>Figura 28</b> Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	88

**Figura 29** Proporção de investigação da prática de atividades físicas nas famílias dos usuários que possuem HAS 89

**Figura 30** Proporção de investigação da prática de atividades físicas nas famílias dos usuários que possuem diabetes 89

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS – Agente comunitário de saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Centro de Atenção Psicossocial

CAPsi -- Centro de Atenção Psicossocial infantil

CAPsad -- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DP- Departamento de Pessoal

ECG– Eletrocardiograma

ESF – Estratégia Saúde da Família

HGT- Hemoglicoteste

HIPERDIA – Programa de Hipertensão e Diabetes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de massa corporal.

IDH – Índice de desenvolvimento humano

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nº – Número.

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão Arterial

PCR- Parada Cardiorrespiratória

PMS- Posto médico Sanitário

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SAMU – Serviço Móvel de Pronto Atendimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>14</b>
<b>1. Análise situacional.....</b>	<b>16</b>
1.1 Situação da UBS .....	16
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	18
1.3 Texto comparativo sobre a situação da ESF/APS e o Relatório da Análise Situacional.....	23
<b>2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....</b>	<b>25</b>
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e Metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Ações .....	28
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística .....	34
2.3.4. Cronograma.....	36
<b>3. Relatório da Intervenção.....</b>	<b>58</b>
<b>4. Avaliação da Intervenção.....</b>	<b>67</b>
4.1 Resultados.....	67
4.2 Discussão.....	90
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores.....	92
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	96
<b>5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>97</b>
<b>6. Referencias.....</b>	<b>99</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>100</b>
<b>Apendices.....</b>	<b>117</b>

## RESUMO

ALMEIDA, Alessandra de Moraes de. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Sumaré, São João de Meriti,Rj.** 2014. 121f. Trabalho Acadêmico – Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são doenças crônicas que mais acomete a população brasileira e um problema de saúde pública que merece destaque quanto como evitar e se tratar. Este trabalho tem como objetivo melhorar a qualidade dos atendimentos dos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados no programa HIPERDIA da UBS JD. Sumaré em São João de Meriti- RJ; foi realizado entre os meses de março a junho de 2013. Para realização deste trabalho, foi realizada a análise situacional e pactuadas metas relacionadas aos seguintes eixos pedagógicos; monitoramento e avaliação, organização dos serviços de saúde, engajamento público e qualificação da prática clínica; Os sujeitos foram os portadores de hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados na unidade. Para coleta de dados foi utilizado planilha de disponibilizada pelo próprio curso, ficha espelho do próprio banco de dados do HIPERDIA/MS; também foi desenvolvido pela própria autora planilha software Excel 2010, denominada banco de dados HIPERDIA. Nossa intervenção alcançou 214 hipertensos e 103 diabéticos, ampliando assim a área de cobertura em 90,7% para os hipertensos e 100% para os diabéticos. Conseguimos um médico especialista em cardiologia para unidade além de aquisição de aparelho de eletrocardiograma; uma unidade nova no que concerne ao atendimento; profissionais de saúde empenhados, solícitos, que praticando escuta sensível e discernindo problema individual dos usuários, proporcionando a interação e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e a comunidade. De modo geral conseguimos melhorar os atendimentos aos usuários cadastrados no programa da unidade.

---

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

## ABSTRACT

The systemic blood pressure (hypertension) and diabetes mellitus (DM), hypertension is a chronic disease that affects the Brazilian population and public health problem that merits attention as how to prevent and treat. This work aims to improve the quality of care of patients with hypertension and diabetes enrolled in the program HIPERDIA UBS JD. Sumaré at São João de Meriti- RJ; was conducted between the months from March to June 2013 For this work, situational and agreed targets related to the following axes pedagogical analysis was performed; monitoring and evaluation, organization of health care, public engagement and qualification of clinical practice services; The subjects were patients with hypertension and diabetes registered and accompanied the unit. For data collection was used spreadsheet provided by the course itself, mirror plug of the database itself HIPERDIA / MS; was also developed by the author own spreadsheet software Excel 2010, called bank HIPERDIA data. Our intervention reached 214 and 103 hypertensive diabetics, thus expanding the coverage area for 90.7% and 100% for hypertensive diabetics. For community got a medical specialist in cardiology unit plus EKG machine; a new unit in relation to the service; health professionals committed, solicitous, that practicing sensitive listening and discerning individual problem users, providing interaction and strengthened the bond between the professionals and the community. In general we can improve the services rendered to registered users in the unit program.

---

**KEYWORDS:** Family health; Primary health care; Chronic disease; Diabetes mellitus; Hypertension.

## **APRESENTAÇÃO**

Pensar em um planejamento de intervenção não é tarefa muito fácil. As intervenções em nosso processo de trabalho norteia uma série de compromisso relacionado às ações que teremos que realizar.

Este trabalho trata se de um projeto de intervenção realizado no município de São João de Meriti, no estado do Rio de Janeiro – RJ na Unidade Básica de Saúde Jardim Sumaré no período de 04 meses. Participaram da intervenção todos os usuários cadastrados e acompanhados pelo programa de controle de hipertensão e diabetes desta unidade. O objetivo principal da intervenção foi melhorar a qualidade dos atendimentos aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados na unidade. Para melhor interpretação dos resultados, as metas foram divididas em quatro eixos; Monitoramento e Avaliação, Organização do Serviço, Engajamento público e Qualificação da Prática clínica para melhor análise da intervenção.

Como fundamentação teórica utilizamos o protocolo do ministério da saúde descrito no caderno de atenção básica Nº15 - Hipertensão Arterial Sistêmica e Nº16 – Diabetes Mellitus; e auxilio dos documentos do site SIS/HIPERDIA do Ministério da Saúde destinados às estas patologias para referência clínica.

Para a coleta de dados utilizou fichas espelhos do próprio sistema do HIPERDIA-MS em conjunto com planilha construída pelos próprios interventores em software Excel 2010.

Este trabalho está organizado de forma sistemática, contendo as experiências, as descobertas e as dificuldades encontradas e as formas com que foram executadas as metas para que a intervenção chegasse ao resultado esperado.

Neste documento final constam as seguintes sessões: Resumo/Abstract; Apresentação; Análise Situacional; Análise Estratégica – Projeto de Intervenção; Relatório da Intervenção; Avaliação da Intervenção; Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem; Bibliografia; Anexos e Apêndice.

## **ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Situação da UBS/ ESF**

Estou em uma UBS, no município de São João de Meriti / RJ; Lá a Equipe é composta por duas enfermeiras além de mim, sendo que uma é somente responsável pelo programa de anemia falciforme e a outra é responsável pela coordenação da unidade, ambas com carga horária de 20h semanais; sete técnicos de enfermagem, sendo dois com carga horária reduzida. Possuímos um dentista, dois médicos pediatras, dois clínicos gerais sendo que um encontra-se afastado por incapacidade laboral, um neurologista, um psiquiatra, um dermatologista responsável pelo programa de controle de hanseníase, um Sanitarista, uma cozinheira, três auxiliares de cozinha, duas auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar de DP, duas recepcionista, uma assistente social, um administrador.

A estrutura física da unidade é boa. Algumas salas precisam de ajustes, mas se comparadas às outras unidades, posso considera-la como boa. Possuímos uma sala de espera ampla, sala para coleta de sangue, medicação, esterilização, sutura, curativo, medicação, imunização, ginecologia e obstetrícia, almoxarifado, arquivo, três consultórios médicos, um sala para triagem neonatal, uma para PCR; Porém com toda essa infraestrutura, o serviço na unidade é meio "capenga"; Não há interação entre os profissionais, além dos mesmos serem constantemente remanejados, o que dificulta a continuidade da assistência ou programa. Também temos problemas com insumos. A demanda é espontânea, porém os serviços são em dias determinados para cada especialidade. Temos uma ampla procura, pois lá não há determinação de área de abrangência, o que eu achei um pouco estranho, pois atendemos a todos independente do bairro do município que moram e o município possui outras UBS e PSF. Em sua maioria os usuários que atendemos são idosos, hipertensos e/ou diabético, crianças e gestantes. Não observei até o presente momento nenhuma forma de engajamento da comunidade. Atualmente



estamos tentando programar as palestras na sala de espera com a ajuda dos estagiários de curso técnico de enfermagem e da sua supervisão, como também resgatar alguns programas e ações que ao nosso entender foram perdidas.

O programa Hiperdia, possui 400 usuários cadastrados sem acompanhamento enquanto que em outras unidades do próprio município tem em média mais de cinco mil cadastrados com acompanhamento, segundo informações da própria enfermeira coordenadora da UBS. Comecei a resgatar alguns usuários, porém encontro dificuldades devido a suporte tecnológico, nossa unidade está sem telefone.

Outro programa que estamos tentando, neste caso, organizar o fluxo de atendimento de forma que as agendas fiquem menos descongestionadas, é o pré-natal, pois lá a procura é grande, porém observei que grandes maiorias das gestantes procuram atendimento muito tarde e as agendas estão lotadas, inviabilizando um atendimento rápido; Então comecei a rascunhar um projeto que no caso está em fase de finalização para apresentar a enfermeira coordenadora o meu parecer frente a esta situação, que seria: incentivar a comunidade através de palestras a procurar o pré-natal mais precocemente abordando os principais riscos e reassumir as primeiras consultas para as gestantes que procurarem este serviço até o primeiro trimestre da gestação, pois lá na unidade a enfermeira só faz o agendamento e solicita os primeiros exames, que no meu ponto de vista tardia ainda mais o início da primeira consulta. Temos um trabalho em tanto pela frente, mais com calma e exatidão, penso que conseguiremos melhorar bastante a qualidade de assistência da população e a inter-relação entre os profissionais.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São João de Meriti localiza-se na região metropolitana do estado Rio de Janeiro. Sua população total 458.673 habitantes, a população feminina é superior à masculina. A maior população encontra-se na faixa etária de 30-49 anos, segundo censo do IBGE 2010, o total dessa população era de 136.139 habitantes.

Em relação à rede de serviços de saúde, São João de Meriti, possui cinco (05) unidades básicas de saúde (UBS) do tipo PMS (Posto Médico Sanitário), um (01) Centro de Saúde e um (01) mini posto com cobertura total de 142.481 habitantes, cerca de 31,06% da população do município. Treze unidades de ESF (Estratégia da Saúde da Família) com quarenta e três equipes com cobertura populacional de 148.350 habitantes, cerca de 32,29% da população e 485 ACS (Agente comunitários de Saúde) cerca de 60,71% da população; uma unidade do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), até o presente momento do fechamento do relatório não consegui obter os dados relativos a cobertura populacional do CEO. Possuímos três unidades de CAPS (CAPS II, CAPSi e CAPSad), totalizando 0,44% de cobertura a população. Não possuímos NASF implantados e nem em construção.

Em relação à atenção especializada e sua disponibilidades temos: quatro unidades da SAMU, uma UPA 24h, um posto de atendimento médico (PAM), um hospital dia, uma residência terapêutica, além das unidades móveis terrestres em ginecologia e odontologia.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Sumaré é uma unidade do tipo tradicional urbana direcionado a demanda espontânea, que atende em média 4.652 habitantes por mês gerando um total 55.824 atendimentos por ano. Possuímos uma equipe composta por duas enfermeiras além de mim, sendo que uma é somente responsável pelo programa de anemia falciforme e a outra é responsável pela coordenação da unidade, ambas com carga horária de 20h semanais; cinco técnicos de enfermagem, sendo duas com carga horária reduzida. Possuímos três dentistas, dois médicos pediatras, quatro clínicos gerais, um nutricionista, um gastrologista, um

endocrinologista, dois psiquiatra, um dermatologista responsável pelo programa de controle de hanseníase, um Sanitarista, um cozinheira, três auxiliares de cozinha, dois auxiliares de serviços gerais, um auxiliar de DP, quatro recepcionista, um assistente social e um administrador.

A demanda é espontânea, porém os serviços são em dias determinados para cada especialidade e nem todos funcionam em turno integral. Temos uma ampla procura, pois lá não há determinação de área de abrangência, o que eu achei um pouco estranho, pois atendemos a todos independente do bairro do município que moram e se o município possuir outras UBS e ESF. Em sua maioria os usuários que atendemos são idosos, hipertensos e/ou diabético, crianças e gestantes.

A estrutura física da unidade é boa. Possui uma estrutura arquitetônica aceitável, mas não ideal; A unidade foi construída há dois anos e deveria estar em condições melhores e mais estruturada, acessível em todos os aspectos e não “maquiada”. Para mim, preocupou-se mais em visualidade do que funcionalidade. Possui rampas de acesso, corrimãos, sala de espera ampla, mas deixa a desejar. As portas dos consultórios não são adequadas ao acesso de cadeirante e as salas com metragens insuficientes ao padrão indicado.

Algumas salas precisam de ajustes, mas se comparadas às outras unidades, posso considerá-las boa. Possuímos uma sala de espera ampla, sala para coleta de sangue, medicação, esterilização, sutura, curativo, medicação, imunização, ginecologia e obstetrícia, almoxarifado, arquivo, três consultórios médicos, um sala para triagem neonatal, uma para PCR (Parada Cárdio Respiratória); Porém, com toda essa infraestrutura, os serviços na unidade são meio “capengas”.

Quanto aos equipamentos e insumos são supridos gradativamente, mas não atende as necessidades dos usuários. Sinto falta de termos um aparelho e eletrocardiograma em nossa unidade; os equipamentos que temos são aparelho de PA, HGT, balança tanto adulto quanto criança.

Trabalhamos com deficiência, mas tentando amenizar os problemas da população. Já os insumos, ou são insuficientes, ou quando há muita quantidade são insumos que não são utilizados, pois anteriormente lá era uma unidade mista. Em análise, percebi que existem muitos insumos que não são utilizados na unidade e

grande maioria acabava vencendo. A minha reflexão quanto a isso é que falta um gerenciamento em relação ao controle como também as solicitações. Quando entrei para atuar nesta unidade identifiquei logo que o material de enfermagem encontrava-se estocado com material de limpeza e que não existia um controle do mesmo. Hoje, já conseguimos uma sala adequada para estoque e estamos criando um impresso tanto para controle do material (entrada e saída do estoque) quanto para solicitação do mesmo (check list do setor). Estamos também tentando colocar efetivamente a sala de esterilização para funcionar; solicitamos uma autoclave, vedação da pia (fazendo a separação do sujo e o limpo), porém aguardando a resolução. Enquanto isso usamos a autoclave do dentista para não pararmos os atendimentos.

O processo de trabalho é vagaroso; não há interação entre os profissionais, além dos mesmos serem constantemente remanejados, o que dificulta a continuidade da assistência dos programas.

Em relação aos atendimentos dos usuários, pude observar que de um modo geral tanto os usuários quanto os profissionais de saúde desconhecem sua realidade e dificuldades. Impossibilitando uma atuação profissional eficaz; um exemplo disto são as gestantes, pois muitas procuram o serviço de pré-natal tardiamente, umas já no terceiro trimestre devido ao desconhecimento acerca da importância de um atendimento mais precoce possível e que a UBS realiza esse tipo de serviço. Penso que a maneira de começar a mudar esta realidade é incentivar a participação dos usuários seja através da criação de um setor de educação popular em saúde, realizando palestras inicialmente em sala de espera e posteriormente de grupos afins. A Educação popular em saúde, ainda está muito distante do ideal, mas podemos ser alvo transformador se realizarmos esta simples intervenção que possui grande resultado. Quanto aos programas de saúde temos:

**Puericultura:** Na unidade não está estruturado de forma programática, mesmo sendo feito atendimento a esse tipo de demanda. Observo que os índices são muito baixos se comparados à faixa de cobertura da nossa região.

Não temos registros próprios e nem um manual técnico para execução das ações, embora tenham uma quantidade grande de atendimento em pediatria, acho que precisamos iniciar a abordagem junto das mães quando estas forem realizar sua

revisão junto à ginecologia pós-parto e também informar sobre importância deste programa na sala de imunização e na triagem neonatal, que no nosso caso, funciona apenas para realização do teste do pezinho e aplicação da BCG.

Outro fato que dificulta a cobertura eficaz é a iniciação deste atendimento apenas quando o recém-nato já está com trinta dias, olhando e analisando a realidade das mães, penso que acabam esquecendo-se de trazer seus bebês para realizar a avaliação após este período. O ideal era que começassem este atendimento o quanto antes, preferencialmente até os quinze dias de vida.

A puericultura em nossa unidade de saúde poderia ser ampliada se não ficasse restrito aos profissionais médicos, que muitas vezes não tem como avaliar a demanda por concentra-se nos atendimentos no consultório.

**Pré-natal:** Neste programa realizamos poucas ações, apenas realizamos consulta que se destina ao profissional médico realizar, resultando assim na unidade sobrecarga na agenda do médico obstetra e dificuldade de acesso. Os enfermeiros realizam a marcação de consulta, solicitam os exames de primeira consulta, fazem algumas orientações para a gestante. Não possuímos grupos de gestante, acho uma pena, pois os grupos quando bem realizados são enriquecedores.

Vejo também pouca à referência da gestante para saúde bucal ou nutrição, até o presente fechamento, não consegui obter o motivo pelo qual elas não são referendadas para estes serviços. A maioria das gestantes procura o serviço pré-natal já no final do segundo trimestre ou no início do terceiro, fico frustrada, porque grande parte é múltipara, com idade avançada, ou seja, sabem a importância de iniciar o pré-natal mais precoce; essa afirmativa se deu pelo meu questionamento com as mesmas. Penso que independente disso, esse seria um bom tema para trabalhar no grupo.

Temos uma cobertura do programa muito boa, mesmo tendo perda de informação por falta de registro adequado. Atualmente, já nos agendamentos, estamos fazendo uma triagem e se identificado uma gestação de alto risco, referenciamos para uma maternidade, pois antes fazíamos a referência, mas nem sempre esta realmente acontecia. Falta iniciativa da parte da enfermagem em assumir a pré-natal de baixo risco, mas esbarra no impasse do município não ter um

protocolo técnico. Outra coisa que ajudaria a captação precoce era se o município disponibiliza-se o teste rápido de gestação (TIG).

**Prevenção do Câncer Ginecológico:** São realizadas coleta de exame citopatológico, porém os exames que tem o resultado alterado permanecem na secretária do programa, lá são realizado o tratamentos e as orientações. Esse serviço também fica restrito ao profissional médico. O quantitativo de coleta é bem pouco se comparada às outras unidades do município, de um modo geral são realizado por mês cerca 80 exames. A nossa deficiência estar mais uma vez na concentração da execução do trabalho ao profissional médico que é uma mão de obra escassa. Não temos registro de informações específico, isso dificulta a tomada de decisões para melhorar o modelo adotado na UBS como também a definir outras ações. Como intervenção sugeriria dias de atendimento separado do pré-natal, pois aumentaria consideravelmente a oferta de atendimento, ou inserir o profissional enfermeiro na realização desses exames. Em relação às ações educativas poderíamos estar realizando palestras e orientações em sala de espera para esse grupo antes da coleta.

**Saúde do Idoso:** Não temos esse programa em nossa unidade, mas vejo uma enorme população de idosos sendo atendidos. Seria importante a implementação deste programa e pensar em uma nova lógica de proporcionar saúde a esta população.

**Hipertensos e Diabéticos:** É feito o cadastramento e acompanhamento deste grupo pelo programa hiperdia. Recentemente estamos passando por uma reestruturação do programa, antes tínhamos 499 pacientes cadastrados e não acompanhados, hoje com a reestruturação que segue até a presente data, já temos um fluxograma mais definido. Uma das metas a serem alcançadas é fazer com estes 499 usuários retornem ao programa. Observei que este número é muito inferior ao que foi informado, pois tem muitos usuários que possui cadastrado deste programa em mais uma unidade de saúde do município além da nossa, ou seja, duplo cadastro, pois o cadastro era realizado de forma equivocada a qualquer usuário morador do município não respeitando a área de abrangência da unidade. Embora esta unidade ser direcionada a demanda espontânea, este programa é delimitado por área, pois funciona em quase todas as unidades do município. Temos um médico que atende as segundas-feiras para a estratificação de risco e

regulamentação dos medicamentos, as sextas-feiras a enfermagem faz o acompanhamento e cadastramento, ainda não temos grupos de saúde. A prioridade agora é traçar um fluxograma, fazer com que os sejam abertos os prontuários daqueles que ainda não o possuem e chegarmos a uma cobertura de 100% em relação à demanda.

Ainda temos alguns usuários que necessitam de acompanhamento de endocrinologia, são encaminhados pelo médico do programa, mas quando chegam ao setor de marcação de consulta não tem uma prioridade sendo necessário aguardar desistência, isso impossibilita uma ação, mas eficaz do programa. A sugestão que tenho é que sejam reservados alguns números na agenda do endocrinologista para estes fins, porém ainda estamos em marcha lenta neste sentido.

### **1.3 Texto comparativo sobre a situação da ESF/APS e o Relatório da Análise Situacional**

Em sua maioria, os atendimentos realizados na UBS Jardim Sumaré são direcionados aos idosos, crianças e gestantes, uma população carente em vários aspectos; posso citar dentre outros, os de atenção, não somente atenção à saúde, mas também atenção ao indivíduo, ao cidadão.

Em relação à análise situacional e o que foi observado na unidade, podemos dizer que os programas aqui citados me levaram ao um único norte; que tudo depende da forma que se faz o acolhimento e da estrutura que já tem que ser pensada antes mesmo dos usuários procurem o sistema. A maior dificuldade que hoje observo e que para mim seria um grande desafio é a organização de fluxo de atendimento, com um acolhimento melhor, menos centralizado e mais organizado, penso que haveria grandes chances de melhorar os índices da UBS, além de termos como recompensa usuários satisfeitos, gerando assim uma qualidade de vida, pois uns dos conceitos de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é “Um estado completo de bem estar físico, mental e social”, (WHO, 1946).

Observo o desespero estampado na cara dos usuários frente à “peregrinação” para conseguir um atendimento, madrugam em filas frente à UBS e

permanecem horas ali “implorando” por um atendimento. É triste dizer isso, mas é a pura realidade, e, como isso tudo não bastasse; muitos nem conseguem ser atendidos. Nossa unidade necessita de um trabalho mais organizado, com fluxograma, informações aos usuários. Sei que não é só isso, mas seria um ótimo passo. “Mas como realizar isso se não temos computador e nem pessoal?” - eu escuto isso frequentemente - e agora eu respondo: Com boa vontade; vontade de mudar, vontade de surpreender, vontade de acolher. Alguém tem que dar o primeiro passo.

A falta de protocolos técnicos no município faz com que o atendimento fique muito concentrado no profissional médico gerando uma sobrecarga na agenda. Uma organização ideal seria a divisão de atribuições. Um trabalho realmente de forma coletiva e multiprofissional facilitaria as ações se estas fossem pensadas de forma coletiva refletindo sobre o processo de trabalho de cada profissional.

Em síntese, posso atribuir que o desempenho ineficaz dos programas dar se a pela falta de organização e estruturação, junto com dificuldade de acesso de informação da população, falta de participação popular e a não escuta sensível de alguns profissionais além da ausência de protocolos técnicos e fluxograma.

Mudar essa concepção tanto da população quando dos profissionais em seu processo de trabalho é muito difícil, mas tenho ainda esperança, são ações simples que pode mudar toda uma realidade local.



## **ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes no Brasil é caso de saúde pública que merece destaque. Os indivíduos portadores destas patologias pode viver bem se mantiver um hábito de vida saudável. Ao longo da minha análise da situação da UBS observei que possuíam muitos usuários que desconheciam a real importância sobre essas doenças, se relatando muitas vezes que a forma de estabilidade se resumia somente ao uso da medicação adequada. Outro fator contribuir para esse processo que as ações de educação em saúde e próprio programa propriamente dito não funcionavam em sua totalidade, baseava se apenas no cadastramento desse grupo.

Visto todas essas indagações e o cenário descrito acima, torna se pertinentes este trabalho, a fim de contribuir para alcançar metas pactuadas pelo Ministério da Saúde e enveredar o controle e diminuição dos casos na população como também a mesma sirva de modelo piloto para que estas intervenções sejam adotadas nas demais unidades de saúde do referido município que tenham esse programa.

## **2.2. Objetivos e metas**

Melhorar a qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados pelo programa HIPERDIA da UBS JD. Sumaré em São João de Meriti – RJ. Realizando os seguintes objetivos específicos e suas respectivas metas.

### **1- Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.**

1. Rastrear 50% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).
2. Rastrear 50% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).
3. Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

### **2- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.**

4. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.
5. Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada.

**3- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade.**

6. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes cadastrados.

7. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

8. Capacitar 10% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS (ex. Ministério da Saúde).

9. Identificar todos os hipertensos e diabéticos descompensados que estão cadastrados e acompanhados no programa de acordo com o protocolo adotado.

10. Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

11. Garantir consulta especializada a 100% dos hipertensos ou diabéticos que apresentarem esta necessidade

**4- Melhorar o registro das informações do programa na unidade.**

12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

**5- Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos uma vez ao ano).

14. Acompanhar todos os pacientes identificados com alto risco

15. Avaliar comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

**6- Promoção de Saúde aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus cadastrados na unidade**

16. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

17. Garantir orientação em relação a prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

18. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

**7- Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.**

17. Investigar a prática de atividade física regular em 50% das famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.

**2.3 Metodologia**

### 2.3.1 Ações

No eixo relacionado ao monitoramento e avaliação, serão cadastrados os adultos com 18 anos ou mais de idade submetidos a rastreamento para HAS e/ou DM. Os usuários que já foram cadastrados serão agendados para os acompanhamentos de enfermagem e/ou consulta médica para realizarmos a classificação de risco e/ou a regulação das medicações. A periodicidade dos agendamentos será através desta classificação, respeitando os seguintes critérios para os agendamentos.

Para a consulta de enfermagem adotaremos a seguinte periodicidade: os usuários classificados como leve, serão acompanhados trimestralmente; os moderados, bimestralmente e mensalmente, os graves; Para a consulta médica será agendado de imediato os usuários que estão mais de três meses sem consulta, e os demais usuários serão agendados conforme disponibilidade da agenda.

Para as ações relacionadas à melhora da qualidade de atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético resolvemos realizar em 100% dos pacientes cadastrados, a solicitação de exames complementares periódicos e exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos; serão desenvolvidas durante as consultas de enfermagem, monitoradas e garantidas através da planilha em Excel, pois esta planilha possibilita saber quais usuários não realizaram os exames.

Vamos priorizar para um melhor atendimento a garantia da solicitação dos exames complementares. O profissional que realizar a consulta, já solicita os exames, bem com aqueles que receberem os resultados deverá colocá-los descritos no prontuário dos usuários.

Na organização e gestão do serviço, criaremos um fluxograma para o acolhimento dos usuários cadastrados e daqueles que vão se cadastrar.

Utilizaremos para um melhor registro das informações os prontuários individuais com todas as informações pertinentes do paciente, que será confeccionado em folha de evolução da própria unidade armazenada em envelope pardo tamanho médio; isto fará com todos os profissionais envolvidos nos atendimentos tenham acesso às mesmas informações fazendo com que as condutas

sejam uniformes, além do banco de dados HIPERDIA; assim no final de cada consulta, a técnica de enfermagem poderá fazer o preenchimento do banco de dados.

Para o controle dos medicamentos será feita a conferências das receitas entregues a farmácia com o preenchimento da ficha espelho da mesma junto com as respostas dos usuários nos acompanhamentos de enfermagem se o mesmo conseguiu retirar todos os medicamentos prescritos na farmácia popular e/ou na unidade sem ônus.

Realizaremos o check-list do material em formulário adequado, mantendo com periodicidade os equipamentos para manutenção.

No eixo relacionado ao engajamento público, a fim de orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 18 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM, desenvolvemos um material educativo com ilustrações para realização de palestras e informações sobre o programa e orientações em sala de espera nos dias destinados a clínica médica, podendo essas ações se estender em outro dia de consulta; para que a conversa com a comunidade seja construída a partir das dúvidas e necessidades deles.

Criaremos um folder que denominaremos de cartilha dos usuários para que algumas informações do tipo o que fazer em caso de descompensação, autocuidado, o que é hipertensão e diabetes, direitos dos usuários.

Os usuários cadastrados serão divididos em grupos; hipertensos, diabéticos e hipertensos com diabetes; isso facilitará abordagem dos assuntos e material utilizado. Os temas terão com fator norteador da roda o autocuidado. Utilizaremos como metodologia destas palestras a roda de conversa, assim estimularemos o interesse dos usuários em participar e esclareceremos assuntos que sejam trazidos pelos próprios usuários que estejam relacionados ao tema principal. As palestras serão realizadas na parte da tarde numa quinta ou sexta feira devido à utilização da sala de espera; nesses dias a sala de espera é mais vazia

Na qualificação da prática clínica devido a nossa unidade não possuir agentes comunitários de saúde (ACS) e realizaremos capacitação com a equipe de enfermagem de nível médio e fundamental, ou seja, os técnicos e os auxiliares de enfermagem. Abordaremos assuntos sobre acolhimento a demanda espontânea,

importância de verificação da pressão arterial de forma criteriosa, dentre outros assuntos pertinentes ao tema.

Para a promoção da saúde iremos realizar as ações de ambos os eixos nos acompanhamentos de enfermagem e palestras de grupos exceto as relacionadas à organização dos serviços, pois estas não dependeriam da minha governabilidade, também foram desconsideradas as ações em conjunto com a saúde bucal pela dificuldade de acesso no processo de trabalho deles. As outras ações serão realizadas de forma coletiva através de grupos de saúde. Em relação ao grupo de tabagismo, iremos encaminhar para ao programa que temos no município; esse encaminhamento será realizado aqueles usuários que manifestarem a vontade de parar de fumar.

Além da utilização dos detalhes das ações anterior, iremos sugerir a coordenação de programas, que estas intervenções sirvam como um protocolo técnico de atendimento ao programa HIPERDIA, afim de que posso futuramente ser adotado em outras unidades do município.

### **2.3.2 Indicadores**

1. Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

Numerador: Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

Denominador: Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes no território (área de abrangência da UBS).

2. Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com a consulta em dia em relação ao atendimento aprazado.

Denominador: Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS

3. Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia.

Numerador: Números de hipertensos e/ou diabéticos que estão com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS

4. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exames clínicos de acordo com o protocolo em dia.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

5. Proporção de profissionais capacitados.

Numerador: Números de profissionais capacitados

Denominador: Número de profissionais da UBS

6. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que consegue todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular.

Numerador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

7. Proporção de hipertensos com a pressão arterial compensada.

Numerador: Número de hipertensos com a pressão arterial compensada.



Denominador: Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS

8. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

Numerador: Números de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico estão em dia.

Denominador: Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS

9. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia

Numerador: Números de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

Denominador: Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

10. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos identificados com alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Numerador: Números de hipertensos e/ ou diabéticos com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

Denominador: Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

11. Proporção de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

Numerador: Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

Denominador: Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

12. Proporção de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física.

Numerador: Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação de atividade física.

Denominador: Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS

13. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre risco do tabagismo.

Numerador: Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação sobre o tabagismo.

Denominador: Números de hipertenso e/ou diabéticos tabagistas acompanhados

14. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que pelo menos dois membros da família praticam atividades físicas.

Numerador: Números de hipertensos e/ ou diabéticos que pelo menos dois membros da família praticam atividades físicas.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

### **2.3.3 Logística**

Para ações e metas destinadas a monitoramento e rastreamento, tais como controle de consultas, exames, marcações de consultas e acompanhamentos foi criada, e uma ficha-formulário de acompanhamento de enfermagem, e uma planilha em software Microsoft Excel 2010 de forma a organizar estes dados uma vez que não possuímos sistema informatizado de acesso à internet para que estes sejam recolhidos instantaneamente. Além disso, criamos um sistema de arquivamento das

informações (prontuário) dos usuários do próprio programa, nele constarão as anotações médicas e de enfermagem, bem como as solicitações de exames e seus resultados e as orientações realizadas por esses profissionais. A ficha espelho para o acompanhamento destes usuários será a mesma sugerida no site SISHEPERDIA, assim os profissionais que continuarem a assistência terão informações pregressas dos usuários.

A captação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus será realizada por todos os profissionais da UBS, eles ao identificarem esses usuários os direcionarão ao programa para que possam ser cadastrados, disponibilizarei em cada consultório informes para a realização do cadastramento.

As consultas médicas serão trimestrais, para os que já foram cadastrados, porém a agenda médica terá que disponibilizar o quantitativo de três consultas para atendimento à demanda livre por dia de atendimento. A ordem das consultas será da seguinte de forma; A primeira consulta será mediante o cadastro daqueles usuários captados e dos que já foram cadastrados e abandonaram o programa, nela o médico realizará a estratificação de risco, regulação das medicações, e solicitações de exames quando houver necessidade. As próximas consultas atenderão o fluxo conforme a estratificação. Para os usuários estratificados como grave e/ou descompensados o fluxo será mensal, para os usuários classificados como moderados bimestrais e leves trimestrais;

O médico do programa além de clinicar ele também estará envolvido nas intervenções deste projeto realizando a estratificação de risco dos usuários e a avaliação de comprometimento de órgãos-alvos.

Da mesma maneira em relação ao fluxo de atendimento será os acompanhamentos de enfermagem, podendo este ser modificado conforme a necessidade de intervenção e acompanhamento, porém deverá ser descrito a justificativa em prontuário de livro de registro de ordens e ocorrências do programa. Uma vez que os usuários já foram estratificados o risco e regularizados a medicações iremos iniciar a processo de acompanhamento da enfermagem que será mensal para aqueles que possuem maior risco de desenvolverem complicações relacionadas à hipertensão e/ou diabetes e que ainda não estabilizaram suas taxas, aos demais o acompanhamento será bimestral.

O processo de busca dos faltosos e dos que cadastraram, mas nunca foram acompanhados no programa, será através de ligação telefônica; uma vez que não

disponho de ACS em minha unidade. Esse processo já foi iniciado e estamos conseguindo bastante aderência, o que me faz refletir que informação na saúde é, senão tudo, bastante importante. Assim que os faltosos chegarem à unidade será direcionado para o setor de enfermagem aonde será realizada a acolhida e agendamento da consulta médica e/ou acompanhamento de enfermagem.

A qualidade de atendimento será desenvolvida por todos no programa, está sendo asseguradas aos usuários as marcações de exames complementares, assim como o referencia dos usuários que necessitam de cardiologistas, os profissionais já envolvidos nesse processo estão fazendo uma acolhida melhor e quando há dúvida os direcionam para o programa.

As orientações de promoção de saúde estão sendo desenvolvidas no acompanhamento de enfermagem, mas preendo utilizar a sala de espera para este fim e reuniões de grupos de saúde, como não dispomos de equipamento de multimídia utilizaremos de material impresso que será denominada cartilha dos usuários de HIPERDIA onde trará informações adequadas para eles relacionadas a hábitos saudáveis, a própria patologia, e que fazer e quem procurar em caso de emergência, como também a identificar isto.

Sobre tudo as intervenções terão como principal instrumento avaliador as informações bem detalhadas e descritas tanto nos prontuários quanto na planilha Excel (banco de dados interno), exceto as destinada à promoção de saúde, que contará com instrumento denominado Cartilha dos usuários e as orientações geradas pela profissional de enfermagem (Enfermeiro) junto com as reuniões de grupos de saúde, que deverão ser sempre no período da tarde devido a termos que utilizar a sala de espera da unidade; utilizarei para confirmação dessas ações o livro de registro de participação dos usuários que constará a data que as reuniões foram realizadas, o tema abordado, participação de profissional convidado quando for o caso, e as assinaturas dos participantes, qualificando assim a ação realizada.

#### **2.3.4. Cronograma**

<b>MÊS 1</b>			
<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>

<p>1. <b>C</b></p> <p>riar registro próprio para o programa e prontuário para os cadastrados.</p> <p>-</p> <p>Providenciar a compra 03 de livro ata: um destinado a registro de ordens e ocorrências do programa, outro destinado a assinatura de participação dos usuários em grupos de saúde e palestras em sala de espera e outro destinado relação de pacientes cadastrados.</p> <p>-</p> <p>Providenciar a compra de pelo menos 300 envelopes pardo tamanho médio para acondicionamento das folhas de evolução individuais.</p> <p>- Solicitar impresso o</p>	<p>1.</p> <p>Realizar reunião com a equipe para apresentação de fluxograma e definição de atribuições e checagem passo a passo do fluxograma.</p> <p>2-</p> <p>Realizar checagem do material</p> <p>-</p> <p>Checagem de esfignomanômetro.</p> <p>-</p> <p>Checagem de aparelho de hemoglicoteste.</p> <p>-</p> <p>Checagem das fitas para HGT, balança, fita métrica.</p>	<p>1.</p> <p>Realizar capacitação profissional aos técnicos de enfermagem para identificação dos HAS e DM na unidade a fim de realizarmos busca ativa.</p> <p>-</p> <p>Articular com a coordenação a emissão de certificados.</p> <p>-</p> <p>Preparar material informativo resumido coma abordagem do tema.</p> <p>-</p> <p>Preparar material de feedback: questionário fechado com</p>	<p>1.</p> <p>Realizar rastreamento para HAS e DM com adultos com 18 anos ou mais usuários da unidade.</p> <p>- Fazer verificação da pressão arterial e glicose dos adultos que estiverem ou comparecerem na unidade em dia de consulta de cínica médica.</p> <p>2.</p> <p><b><u>Realizar cadastrament o dos HAS e DM rastreados e da unidade.</u></b></p> <p>3.</p> <p><b>Realizar busca dos HAS/DM cadastrados</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>espelho de abertura de prontuário da unidade, será colado nos envelopes para a identificação do paciente.</p> <p>-</p> <p>Providenciar espaço para acondicionamento dos prontuários.</p> <p><b>2. C</b> <b>riação de fluxograma para os atendimentos.</b></p> <p>-</p> <p>Organização das atribuições.</p> <p>- Passo a passo dos atendimentos aos usuários desde a sua capacitação.</p> <p>- Definição dos prazos para cada etapa desde a captação até os acompanhamentos.</p> <p><b>3. O</b> <b>rganizar agenda de consultas</b></p>		<p>algumas perguntas sobre o tema abordado.</p> <p>-</p> <p>Informar a importância da verificação da glicemia para adultos cuja pressão arterial estiver maior que 135/80 mmHg. E o encaminhamento deste para o programa.</p> <p>-</p> <p>Definir dia e horário para realização desta capacitação .</p> <p>-</p> <p>Organizar o espaço.</p> <p><b><u>2.Reali</u></b> <b><u>zar palestra</u></b> <b><u>em sala de</u></b> <b><u>espera com a</u></b> <b><u>apresentação</u></b> <b><u>do programa.</u></b></p>	<p><b>que não são acompanhados para realizar acompanhamento.</b></p> <p>-</p> <p>Através dos cartões de hipertensos que estão nas unidades e que não foram entregues.</p> <p>- Ligar para esses usuários e solicitar que venham buscar os cartões.</p> <p>-</p> <p>Agendar no momento da entrega dos cartões os acompanhamentos e consulta médica</p> <p><b>4.</b> <b>Preenchimento de dados e alimentação</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>médicas e de enfermagem.</b></p> <p>-</p> <p>Providenciar agenda distinta para o médico que atenderá às segundas-feiras na parte da tarde; será disponibilizado um total de 15 consultas por turno sendo 12 agendadas e 3 para livre demanda.</p> <p>-</p> <p>Providenciar agenda para cada enfermeira que fará o acompanhamento , definir os dias de atendimentos . Cada enfermeira atenderá nos dois turnos um total de 13 usuários sendo 3 destinado à livre demanda, 07 consultas no turno da manhã e seis no turno da tarde.</p> <p><b>3.</b></p>		<p>-</p> <p><u>Informar fatores de riscos, sinais e sintomas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Informar a comunidade a importância do rastreamento.</u></p> <p>-</p> <p><u>Informar sobre o programa dias e horários de atendimentos, dias que será realizado os rastreamentos</u></p> <p>.</p>	<p><b>do sistema.</b></p> <p>-</p> <p>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Impressão das fichas espelhos, Cadernos de Atenção Básica HAS e DM, ficha de avaliação dos pés, controle de material (check-list)acompanhamento, cadastramento, medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular.</b></p> <p>- Solicitar a coordenação os cadernos de Atenção Básica.</p> <p>- Realizar compra de pastas fichário para o acondicionamento dessas fichas.</p> <p>- Providenciar livro de protocolo de correspondência para anotação de envio de cadastros ao PAM com recebimento de material.</p> <p>- Organizar as</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



fichas em pasta distintas.			
<b>MÊS 2</b>			
<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>
<p style="text-align: center;"><b>1. Fazer</b></p> <p><b><u>acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p style="text-align: center;">- <u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e</u></p>	<p style="text-align: center;"><b>1.</b></p> <p><b>Realizar palestras com os HAS/DM grupo I- Grave e grupo II moderado.</b></p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Abordar tema sobre a HAS com ênfase aos riscos para doenças cardiovasculares e comprometimento dos órgãos.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Falar sobre a importância da prática de exercício, alimentação saudável (dieta hipossódica)</p>	<p style="text-align: center;"><b>1.</b></p> <p><b><u>Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p style="text-align: center;">-</p> <p><u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p style="text-align: center;">-</p> <p><u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;"><b>1.</b></p> <p><b>Realizar uma reunião com a equipe para ver o que podemos melhorar e estimular mais participação.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2.</b></p> <p><b>Fazer avaliação parcial das intervenções.</b></p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Reunião dos dados.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Elaboração de relatório de intervenção parcial.</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Elaboração e emissão de memorando</p>

<p><u>orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2. Realizar cadastramento dos HAS e DM rastreados e da unidade</u></b></p> <p><b><u>3. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>- <u>Realizar</u></p>	<p>-</p> <p>Momento de compartilhamento de experiências e esclarecimentos de dúvidas.</p> <p><b>2.</b></p> <p><b>Realizar palestra com DM insulínicos dependente.</b></p> <p>-</p> <p><b>Instruir quanto ao uso da insulina e seus intercorrências.</b></p> <p>-</p> <p>Abordar tema sobre a DM com ênfase na prevenção e manejo das complicações do DM II.</p> <p>- Falar sobre a importância da prática de exercício,</p>	<p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar solicitação de exames.</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação no prontuário</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2.</u></b></p> <p><b><u>Realizar cadastramento dos HAS e DM rastreados e da unidade</u></b></p>	<p>para convocação da coordenação de programas para Reunião para apresentação de resultados parcial.</p> <p><b>3.</b></p> <p><b>Realizar busca dos HAS/DM faltosos nos acompanhados e consulta médica.</b></p> <p>-</p> <p>Através de ligação telefônica saber o motivo relatar e reagendar.</p> <p><b><u>. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Identificar</u></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina.</u></p> <p>-</p> <p><u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>4. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Profissional que</u></p>	<p>alimentação saudável (ingestão de carboidratos).</p> <p>-</p> <p>Abordar tema sobre a DM com ênfase aos riscos para doenças.</p> <p><b><u>3. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p>	<p><b><u>3. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar solicitação de exames.</u></p> <p>-</p> <p><u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação e preenchiment</u></p>	<p><u>todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>-</p> <p><u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar</u></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b><u>5. Realizar palestra em sala de espera com a apresentação do programa.</u></b></p> <p>- <u>Informar fatores de riscos, sinais e sintomas.</u></p> <p>- <u>Informar a comunidade a importância do rastreamento.</u></p> <p>- <u>Informar sobre o programa dias e horários de atendimentos, dias que será realizado os rastreamentos</u></p>	<p>- <u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p>- <u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhado s.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchiment o dos Roas.</u></p> <p>- <u>Identificar os HAS/DM acompanhado s tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o</u></p>	<p><u>o dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>4. Preenchimen to de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>- <u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b><u>5. Realizar</u></b></p>	<p><u>para o programa.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2. Realizar cadastrament o dos HAS e DM rastreados e da unidade</u></b></p> <p><b><u>3. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>-</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>programa.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Encaminhar</u></p> <p><u>para</u></p> <p><u>agendamento</u></p> <p><u>da próxima</u></p> <p><u>consulta de</u></p> <p><u>enfermagem.</u></p> <p><b>4.</b></p> <p><b><u>Realizar</u></b></p> <p><b><u>cadastrament</u></b></p> <p><b><u>o dos HAS e</u></b></p> <p><b><u>DM</u></b></p> <p><b><u>rastreados e</u></b></p> <p><b><u>da unidade</u></b></p> <p><b>5.</b></p> <p><b><u>Realização</u></b></p> <p><b><u>de consulta</u></b></p> <p><b><u>médica.</u></b></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Regulação</u></p> <p><u>das</u></p> <p><u>medicações.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Realizar</u></p> <p><u>estratificação</u></p> <p><u>de _____ risco</u></p> <p><u>cardiovascular</u></p> <p><u>dos usuários</u></p> <p><u>acompanhado</u></p> <p><u>s.</u></p> <p><u>:</u></p>	<p><b><u>palestra em</u></b></p> <p><b><u>sala _____ de</u></b></p> <p><b><u>espera com a</u></b></p> <p><b><u>apresentação</u></b></p> <p><b><u>do programa.</u></b></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Informar</u></p> <p><u>fatores _____ de</u></p> <p><u>riscos, sinais</u></p> <p><u>e sintomas.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Informar _____ a</u></p> <p><u>comunidade a</u></p> <p><u>importância</u></p> <p><u>do</u></p> <p><u>rastreamento.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Informar sobre</u></p> <p><u>o programa</u></p> <p><u>dias e</u></p> <p><u>horários de</u></p> <p><u>atendimentos,</u></p> <p><u>dias que será</u></p> <p><u>realizado os</u></p> <p><u>rastreamentos</u></p> <p><u>:</u></p> <p><b>6.</b></p> <p><b><u>Realizar</u></b></p> <p><b><u>palestras</u></b></p> <p><b><u>com DM e</u></b></p> <p><b><u>HAS</u></b></p> <p><b><u>descompens</u></b></p> <p><b><u>ados e seus</u></b></p>	<p><u>Regulação das</u></p> <p><u>medicações.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Realizar</u></p> <p><u>estratificação</u></p> <p><u>de _____ risco</u></p> <p><u>cardiovascular</u></p> <p><u>dos usuários</u></p> <p><u>acompanhado</u></p> <p><u>s.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Realizar</u></p> <p><u>solicitação de</u></p> <p><u>exames.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Identificação</u></p> <p><u>de</u></p> <p><u>comprometime</u></p> <p><u>nto de órgão</u></p> <p><u>alvos dos</u></p> <p><u>acompanhado</u></p> <p><u>s.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Anotação no</u></p> <p><u>prontuário.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Anotação e</u></p> <p><u>preenchimento</u></p> <p><u>dos Roas.</u></p> <p><u>:</u></p> <p><u>Encaminhar</u></p> <p><u>para</u></p> <p><u>agendamento</u></p> <p><u>da próxima</u></p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Realizar solicitação de exames.</u></p> <p>-</p> <p><u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>6. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Profissional que ficou</u></p>	<p><b>familiares.</b></p> <p>-</p> <p>Abordar prevenção das complicações da HAS e DM com ênfase na compensação.</p> <p>-</p> <p>Investigar prática de atividades físicas e hábitos de alimentação saudável.</p>	<p><u>consulta médica.</u></p> <p><b><u>3. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b>5- Realizar checagem do material</b></p> <p>-</p> <p>Checagem de esfigmomanômetro.</p> <p>-</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>envolvido em cada atividade</u> <u>irá</u> <u>encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p>		<p> Checagem de aparelho de hemoglicoteste . -  Checagem das fitas para HGT, balança, fita métrica</p>
<b>MÊS 3</b>			
<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>
<p><b>1. Monitorar os usuários que foram referenciados.</b> - Os tabagistas saber com a programa se foram aceitos; Utilizar também a guia de referência. - Os que foram encaminhados para as especialidades fazer o controle</p>	<p><b>1- Realizar atividade coletiva (palestras) com HAS/DM classificados como severa e moderada e seus familiares.</b> - Abordar tema sobre a HAS com ênfase</p>	<p><b>1. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</b> - Identificar os HAS e/ou DM acompanhado com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se</p>	<p><b>1. Realizar cadastrament o dos HAS e DM rastreados e da unidade.</b>  <b>2. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</b> -</p>

<p>através da guia de referencia e/ou contato telefônico.</p> <p><b><u>2. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p>- Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</p> <p>- Realizar avaliação dos pés dos DM.</p> <p>- Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</p> <p>- Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto</p>	<p>aos riscos para doenças cardiovasculares e comprometimento dos órgãos.</p> <p>- Falar sobre a importância da prática de exercício, alimentação saudável (dieta hipossódica)</p> <p>- Momento de compartilhamento de experiências e esclarecimentos de dúvidas.</p> <p>- Investigar prática de atividades físicas e hábitos de alimentação saudável.</p> <p><b><u>2. Realizar cadastramento dos HAS e</u></b></p>	<p><u>estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>- Realizar avaliação dos pés dos DM.</p> <p>- Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</p> <p>- Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</p> <p>- Realizar solicitação de</p>	<p><u>Identificar dos HAS e/ou DM acompanhado s com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>- Realizar avaliação dos pés dos DM.</p> <p>- Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</p> <p>- Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p><u>importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>3.Realizar palestra em sala de espera com a apresentação do programa.</u></b></p> <p><b><u>4. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>- <u>Realizar estratificação de</u></p>	<p><b><u>DM rastreados e da unidade.</u></b></p> <p><b><u>3. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhado s com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar estratificação de risco</u></p>	<p><u>exames de rotina.</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação no prontuário</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>4. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>=</p>	<p><u>encaminhar para o programa.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação no prontuário</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>3. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>=</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina..</u></p> <p>- <u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>5. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>- <u>Profissional que ficou envolvido</u></p>	<p><u>cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de</u></p>	<p><u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina..</u></p> <p>- <u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>5. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p>	<p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina..</u></p> <p>- <u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta</u></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b><u>6. Realizar palestra em sala de espera com a apresentação do programa.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Informar fatores de riscos, sinais e sintomas.</u></li> <li>- <u>Informar a comunidade a importância do rastreamento.</u></li> <li>- <u>Informar sobre o programa dias e horários de atendimentos, dias que será realizado os rastreamentos</u></li> </ul>	<p><u>enfermagem.</u></p> <p><b><u>4. Realizar cadastrament o dos HAS e DM rastreados e da unidade</u></b></p> <p><b><u>5. Realização de consulta médica.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Regulação das medicações.</u></li> <li>- <u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></li> <li>- <u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina..</u></li> </ul>	<p><b><u>:</u></b></p> <p><u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b><u>6. Realizar palestras com DM e HAS descompensados e seus familiares.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Abordar prevenção das complicações da HAS e DM com ênfase na compensação.</u></li> </ul>	<p><u>médica.</u></p> <p><b><u>4. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p><b><u>:</u></b></p> <p><u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p> <p><b><u>5- .Realizar checagem do material</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Checagem de esfignomanômetro.</u></li> <li>- <u>Checagem de</u></li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>6. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o</u></p>	<p>-</p> <p>Investigar prática de atividades físicas e hábitos de alimentação saudável</p> <p><b><u>7. Realizar palestra em sala de espera com a apresentação do programa.</u></b></p>	<p>aparelho de hemoglicoteste</p> <p>.</p> <p>-</p> <p>Checagem das fitas para HGT, balança, fita métrica</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<u>boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u>		
<b>MÊS 4</b>			
<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>1. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p style="text-align: center;">- <u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Realizar</u></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>1. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p style="text-align: center;">- <u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento</u></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>1. Fazer acompanhamento de enfermagem dos cadastrados.</u></b></p> <p style="text-align: center;">- <u>Identificar todos os HAS e/ou DM acompanhados com estratificação de sobrepeso e obeso e verificar se estão com acompanhamento</u></p>	<p style="text-align: center;"><b><u>1. Fazer avaliação final das intervenções.</u></b></p> <p style="text-align: center;">- <u>Reunião dos dados.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Elaboração de relatório de intervenção parcial.</u></p> <p style="text-align: center;">- <u>Elaboração e emissão de memorando para convocação da coordenação</u></p>

<p><u>estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>=</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p>	<p><u>nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>=</p> <p><u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>=</p>	<p><u>nutricional e/ou atividades físicas.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar avaliação dos pés dos DM.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>=</p> <p><u>Identificar os HAS/DM acompanhados tabagistas e orientar quanto importância de para, caso queiram encaminhar para o programa.</u></p> <p>=</p> <p><u>Realizar solicitação de exames de rotina.</u></p> <p>=</p>	<p>de programas para Reunião para apresentação de resultados parcial.</p> <p><b>2. Realizar uma reunião com a equipe.</b></p> <p>-</p> <p>Agradecimentos pela cooperação da equipe e coordenação na intervenção.</p> <p>-</p> <p>Apresentação de resultados finais</p> <p>-</p> <p>Contribuições que a intervenção deixará para o município e/ou UBS.</p> <p>-</p> <p>Entrega de relatório final a coordenação.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>- <u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados.</u></p> <p>- <u>Realizar solicitação de exames complementares e de rotina..</u></p> <p>- <u>Identificação de comprometimento de órgão alvos dos acompanhados.</u></p> <p>- <u>Anotação no prontuário.</u></p> <p>- <u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>- <u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p><b><u>3. Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p>-</p>	<p><u>Anotação no prontuário</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhado s.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar solicitação de exames</u></p>	<p><u>Anotação no prontuário</u></p> <p>-</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p>-</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta de enfermagem.</u></p> <p><b><u>2. Realização de consulta médica.</u></b></p> <p>-</p> <p><u>Regulação das medicações.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar estratificação de risco cardiovascular dos usuários acompanhado s.</u></p> <p>-</p> <p><u>Realizar solicitação de exames</u></p>	<p>-</p> <p>Considerações finais e legados deixados.</p> <p><b>3. Realizar uma reunião com os usuários do programa HAS.</b></p> <p>-</p> <p>Agradecimentos.</p> <p>-</p> <p>Apresentação de resultados finais</p> <p>-</p> <p>Considerações finais.</p> <p><b>4. Realizar uma reunião com a usuários do programa HAS.</b></p> <p>-</p> <p>Agradecimentos.</p> <p>-</p> <p>Apresentação</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Profissional que ficou envolvido em cada atividade irá encaminhar o boletim de atendimento ambulatorial para Enfermeira responsável na semana para a alimentação do sistema.</u></p>	<p><u>complementar es e de rotina..</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Identificação de comprometimento de órgãos alvos dos acompanhados.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Anotação no prontuário.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p style="text-align: center;"><b><u>3.</u></b></p> <p><b><u>Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Profissional que ficou</u></p>	<p><u>complementar es e de rotina..</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Identificação de comprometimento de órgãos alvos dos acompanhados.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Anotação no prontuário.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Anotação e preenchimento dos Roas.</u></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Encaminhar para agendamento da próxima consulta médica.</u></p> <p style="text-align: center;"><b><u>3.</u></b></p> <p><b><u>Preenchimento de dados e alimentação do sistema.</u></b></p> <p style="text-align: center;">=</p> <p><u>Profissional que ficou</u></p>	<p>de resultados finais</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>Considerações finais.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------



	<u>envolvido em</u> <u>cada atividade</u> <u>irá</u> <u>encaminhar o</u> <u>boletim de</u> <u>atendimento</u> <u>ambulatorial</u> <u>para</u> <u>Enfermeira</u> <u>responsável</u> <u>na semana</u> <u>para a</u> <u>alimentação</u> <u>do sistema.</u>	<u>envolvido em</u> <u>cada atividade</u> <u>irá</u> <u>encaminhar o</u> <u>boletim de</u> <u>atendimento</u> <u>ambulatorial</u> <u>para</u> <u>ogrEnfermeira</u> <u>responsável</u> <u>na semana</u> <u>para a</u> <u>alimentação</u> <u>do sistema.</u>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

.Figura 1- Cronograma da intervenção.

### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

A intervenção ocorreu na UBS Jardim Sumaré no município de São João de Meriti- RJ, entre os meses de Maio a Junho do ano de 2013. Esta unidade do tipo tradicional urbana, que atende em média 4.652 habitantes por mês, gerando um total 55.824 atendimentos por ano. Segundo ultimo censo do IBGE 2010, estima se que em nossa unidade tenha 980 pessoas com vinte anos ou mais hipertensos e 280 nesta mesma faixa etária de diabéticos, porém os dados encontrados na UBS nos levam a um valor inferior. Inicialmente quando comecei a atuar nesta intervenção, os dados eram que existiam 499 usuários hipertensos e diabéticos na UBS, este dado veio através da coordenação sobre o cadastro do HIPERDIA, mas aos poucos fui desmistificando isso, pois muitos usuários que estavam cadastrados já haviam falecidos e ou pertenciam ao programa em outras unidades, pois os usuários acharam que para garantir as medicações deveriam ser cadastrar em todas as unidades do município e como não havia este controle na UBS este cadastro era realizado. Cheguei ao número de 236 hipertensos e 86 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados no programa pertencentes a área de cobertura da UBS. Devido a lacuna encontrada, optei em melhorar a qualidade do atendimento aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados e acompanhados pelo programa HIPERDIA da UBS; cujos objetivos específicos foram ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade, melhorar o registro das informações do programa na unidade, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoção de Saúde aos usuários portadores de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos;

Para melhor interpretação dos resultados, os objetivos específicos foram analisados em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação; engajamento

público; qualificação da prática clínica e promoção de saúde, onde foram definidas metas específicas para cada um dos eixos relacionados a cada objetivo.

Conseguimos realizar em sua totalidade as seguintes ações descritas abaixo:

- Ampliar a cobertura do programa.
- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento;
  - Rastrear 50% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM),
  - Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes cadastrados;
  - Capacitar 10% dos profissionais da UBS.
  - Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
  - Garantir consulta especializada a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos;
  - Ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS;
  - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;
  - Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;
  - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

As demais ações foram parcialmente atingidas, mas nenhuma deixou de ser desenvolvida.

Para ampliar a cobertura pactuei cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, rastrear 50% dos adultos com 18 anos ou mais de idade para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e

com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM), porém estas metas só foram cumpridas integralmente para os diabéticos.

Realizei reunião com a equipe técnica para apresentar o fluxograma de atendimentos e como seria a agenda para cada profissional.

O rastreamento foi realizado pela a equipe técnica de enfermagem, através da triagem feita para consulta de clinica médica e palestra na sala de espera. À medida que ia sendo identificados HAS e/ou DM, era feito o cadastro na mesma hora. Grande maioria já eram portadores de HAS e/ou DM, e foram direcionados ao cadastramento, sem a realização do rastreamento. O que me mais chamou a atenção, foi a fato dos usuários desconhecerem o programa e este já serem frequentadores de longa data da unidade, uns esboçando certa surpresa diziam *“para que serve este cartão, para pegar remédio?”*; outros falavam *“nunca me importei com isso porque eles fizeram meu cadastro há muito tempo e nunca chegou nada”*.

Realizamos a busca de alguns usuários cadastrados mais que não foram acompanhados e no dia da entrega do cartão consultas eram agendas e apresentado o programa.

A cobertura dos diabéticos foi aumentada para 19,8%, ou seja, um aumento de 17 usuários; já para os hipertensos, a alcance ficou em 90,7%, ou seja, 22 usuários não foram captados, este fato ocorreu devido à dificuldade que tínhamos de realizar a busca ativa, pois em nossa unidade não tem agente comunitário de saúde e nem telefone na unidade, muitas vezes, os profissionais utilizavam seu próprio telefone para realizar algum tipo de ligação. Já para o rastreamento as metas foram alcançadas.

As maiores dificuldades que encontrei, foi com a equipe técnica por falta de engajamento público. A obra no primeiro mês de intervenção na UBS, que dificultou o atendimento do programa já que mudamos de sala três vezes. A mudança da gerente de enfermagem no segundo mês que resolveu reorganizar a grade de atendimentos no que surtiu efeito nos horários que eu já tinha pré-definido para os atendimentos da intervenção. Estas mudanças geraram um efeito inesperado em toda a equipe de enfermagem, o clima ficou um pouco tenso e tive que mudar a

estratégia porque já tínhamos uma técnica de enfermagem somente para os atendimentos do programa, que estava devidamente treinada.

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético da unidade, foi pactuado; realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes cadastrados; realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos; Capacitar 4% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS (ex. Ministério da Saúde); Identificar todos os hipertensos e diabéticos descompensados que estão cadastrados e acompanhados no programa de acordo com o protocolo adotado; Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; Garantir consulta especializada a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem esta necessidade.

Para realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes cadastrados, era feita a solicitação desses exames no momento da consulta aqueles usuários cujos seus exames não estavam em dia ou não tinha exames a apresentar. Para os diabéticos a meta foi cumprida, para os hipertensos o alcance foi de 95,4%, ou seja, 204 usuários dos 214 cadastrados. Esta diferença se deu a alguns usuários, já possuir solicitação de exames por outro profissional da unidade e alguns alegarem já ter realizado exames, porém não apresentaram os resultados e nenhuma das consultas de acompanhamento.

A maior dificuldade que encontrei em realizar esta ação foi convencer ao próprio usuário a importância de realização dos exames, pois percebi que alguns não estavam dispostos a realizar o exame porque outro médico da unidade pediu que fizesse próximo da consulta.

Para o exame clínico apropriado nos diabéticos foi montada uma sala com maca para realização deste exame. No primeiro mês esta ação não pode ser realizada como esperado devido a mudança constante de sala, tivemos muita dificuldade de ficar numa sala onde poderia montar uma maca para realização dos exames dos pés. Levamos em consideração as queixas apresentadas pelos usuários e resultados dos exames complementares; Alcançamos 84,5% dos

diabéticos, ou seja, 87 usuários conseguiram exame apropriado dos pés. Para os hipertensos este alcance já foi mais significativo, 99,53% dos hipertensos tiveram exame clínico apropriado.

Para capacitar 4% dos profissionais; levamos em consideração o número total dos profissionais na UBS em relação ao número de profissionais de enfermagem, pois não teria como capacitar todos devido a alguns terem carga horária reduzida e alegarem não dispor de tempo para participar da capacitação; por isso foi pactuado apenas 4% dos profissionais. No início da intervenção houve mudanças que afetaram toda estrutura de recursos humanos, uma das técnicas de enfermagem com horário reduzido entrou de licença, a outra quase não comparecia na unidade e outra técnica foi realocada em outra unidade de saúde, sendo assim permaneci com quatro técnicas para atender toda a demanda da unidade, depois ainda a exoneração de mais uma técnica, pois a intervenção ocorreu em período de eleição municipal e segundo as informações dos profissionais, é normal acontecer exonerações neste período. Com a equipe reduzida em 03 técnicas de enfermagem, uma enfermeira gerente além das obras na unidade, só foi possível realizar um treinamento em serviço. Este foi feito em dois dias. Entrei na sala de triagem e observei modo de abordagem e verificação da pressão arterial e fui ajustando conforme o protocolo. Nossa unidade não dispõe de ACS então foi passada para equipe técnica. Ao todo de 12 profissionais de enfermagem que tínhamos na unidade (4%) permanecemos com quatro profissionais que receberam treinamento em serviço, ou seja, apenas 1% dos profissionais foi capacitado. Fiquei muito triste com essa situação, mas apesar de estarmos com a equipe de enfermagem reduzida, as profissionais estão empenhadas a ajudar na intervenção.

Para garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; inicialmente era para ser feito um controle no setor de farmácia para que os usuários cadastrados tivesse acesso aos medicamentos na própria unidade, pois foi observado que não havia controle na dispensação destas medicações. Entregue o cartão de controle de dispensa de medicamentos ao farmacêutico e expliquei que deveria anotar as medicações que cada usuário estaria fazendo a retirada. No início da intervenção, aliás, na primeira semana essas anotações foram realizadas com frequência, mas depois não houve mais controle pela farmácia, pois o farmacêutico também foi

exonerado, permanecendo apenas o auxiliar, porém como eu tinha o controle pela planilha que denominei banco de dados, conseguimos garantir o tratamento medicamentoso. Outra ação que contribuiu para o alcance desta meta foi solicitar aos médicos que dessem preferência para lista de medicamentos dos programas, pois a unidade tinha um clínico que prescrevia medicações manipuladas e os usuários reclamavam na minha consulta que não tinha condições de comprar.

Conseguimos garantir 100% para os diabéticos, já para os hipertensos atingimos 96,26%, pois oito usuários hipertensos devido ao acometimento de outras patologias utilizam outros fármacos que não são do programa.

Para garantir consulta especializada a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem necessidade, reorganizamos as agendas do médico cardiologista que chegou a unidade para nos ajudar no final do primeiro mês de intervenção. Programado por semana atendimento de 50 usuários dividido em dois turnos para essa especialidade, pois o médico só tinha disponível um dia na semana para atender. Como o número de hipertensos com necessidade de consulta especializada era baixo, 50 usuários, e a demanda do clínico estava ficando alta, conversei com cardiologista e definimos que todos os hipertensos iriam passar pela consulta com cardiologista, assim ele mesmo poderia estar realizando a estratificação para risco cardiovascular. Para os hipertensos foi garantido consulta especializada para todos que apresentaram necessidade.

Para os diabéticos a especialidade de endocrinologia possui uma agenda própria, de difícil acesso, visto que temos apenas dois especialistas para atender o município todo. Então tentei acordar com o responsável pela marcação de consultas, a administração da UBS, algumas reservas para os usuários cadastrados no programa, mas no primeiro mês de intervenção não obtive sucesso, porém a maioria dos usuários cadastrados já estava sendo em acompanhamento pelo endocrinologista. Ao todo 98 diabéticos tiveram consultas especializadas ao longo da intervenção, sendo que apenas 89 usuários tinham necessidade de consulta especializada.

Para melhorar o registro das informações do programa na unidade pactuei manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS. Para garantir essa ação foi utilizada a ficha espelho de acompanhamento do SIS/HIPERDIA junto com modelo ficha de acompanhamento

do próprio município em consonância com o banco de dados em planilha Excel 2010 construída pelo próprio autor, pois como precisava obter outras informações, tais como se os usuários estavam obesos, descompensados, quais remédios estavam utilizando e dosagem, foi necessário associar este formulário o banco de dados assim não perderíamos nenhum tipo de informação e o monitoramento seria adequado. Não tive nenhum tipo de dificuldade e executar essa ação. Foi criado prontuário para cada usuário cadastrado no programa, pois como tive dificuldade de encontrar informações sobre os usuários e o programa, não poderia deixar que as informações se perdessem novamente; assim qualquer profissional terá acesso as informações dos usuários a qualquer tempo. Essa meta foi cumprida integralmente para os hipertensos e diabéticos.

Para mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular pactuei realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos uma vez ao ano); acompanhar todos os pacientes identificados com alto risco e avaliar comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

A estratificação de risco foi realizada pelos médicos durante suas consultas. Ao todo 181 hipertensos e 78 diabéticos foram estratificados. A maior dificuldade em desenvolver essa ação, foi o esquecimento dos médicos em anotar a estratificação, tinha semana que pegávamos o prontuário dos usuários e não havia estratificação anotada. Conversei com os médicos e deixei anotados no livro de ordem e ocorrências do programa para que não se esquecerem de executar essa ação.

Esta ação não foi atingida nos 100%, alcançamos 90,69% para os hipertensos e diabéticos; para uma população onde não havia este tipo de estratificação na assistência considero a ação satisfatória mesmo não tendo chegado à meta pactuada.

A avaliação do comprometimento de órgãos alvo foi realizada para os hipertensos e diabéticos de alto risco cadastrados e acompanhados pela UBS. Não conseguimos chegar aos 100%, pois como os médicos ficaram de executar essas ações no momento, mas devido às dificuldades de marcação de exames para diagnósticos no município nem todos os usuários foram identificados. Ao todo foram avaliados 23,03% dos diabéticos e 23,8% dos hipertensos.



Essas duas ações foram a que tive maior dificuldade por não ter governabilidade, mesmo procurando várias vezes à coordenação de programas para que ajudassem nessas ações, o que conseguimos foi um aparelho de eletrocardiograma para unidade, mas a regulação de vagas para marcação de outros exames como os de imagens para rede credenciada não foi possível a tempo, percebi que ano político muitas coisas ficam paradas devidos as exonerações; é algo difícil de atuar nessas épocas.

Para realizar ações de promoção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, pactuamos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 80% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos; garantir orientação em relação a prática de atividade física regular a 80% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos e garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

Essas ações foi a mais prazerosa para fazer, no início da intervenção estava programada para ser realizada em forma de palestra para grupos específicos, porém como tivemos várias dificuldades a maior foi às mudanças de salas, visto que não conseguiria cumprir a meta caso eu não mudasse a estratégia. Então em um dos dias reuni um pequeno grupo de diabéticos compensados e realizei a palestra na a própria sala de consulta de enfermagem. Depois percebi que poderia realizar as orientações na consulta de enfermagem e assim foi feita ao longo dos meses de intervenção. As consultas são norteadas entre o exame clínico, identificar onde posso intervir através de orientações para estimulá-lo a mudança de estilo de vida, embora seja um tanto demorada para os usuários, percebo que saem do consultório satisfeito pelas orientações e as dúvidas que estão sendo sanadas; percebo ainda que muitos não têm ciência da doença que tem e nem como podem melhorar sua vida após a descoberta da mesma, levando os mesmos a muitas vezes se prejudicar por falta de conhecimento de como lidar com a doença que possuem; uns pensam que para melhorar a Diabetes (DM) é só se isentar de comer doces, outro pensam que só a ato de tomar as medicações vai fazê-los melhorar a taxa de glicose e uns pensam que é uma doença que tem cura e ainda tem outros que já se dão por condenado a morte devido a descoberta da doença. Fico analisando cada fala em detalhes para ver no que posso contribuir, tanto ao usuário quanto aos indicadores da intervenção. Alguns não sabem nem mesmo identificar os sinais de agravamento

e nem como proceder à frente as complicações e intercorrências, enfim, é uma consulta onde se espera tudo rumo a investigação do que não se é conhecido.

A minha maior dificuldade foi de reprogramar as palestras e ter que trabalhar individualmente com cada usuário além de ter que lidar com situações adversas, mas para os diabéticos conseguimos alcançar em 100% todas as ações de promoção de saúde, já os hipertensos foram levados em considerações para orientações àqueles que não praticavam nenhum tipo de ações sendo assim não houve o alcance do 100%, pois alguns usuários já praticavam atividades físicas regularmente ou já estavam orientados e acompanhados pela nutrição e sua família já realizavam atividades físicas, sendo assim foram cumpridas 99,06% para atividade física regular; 97,19% orientação nutricional e 96,26% para investigação de atividade física familiar.

Sobre os riscos do tabagismo os pacientes que fumam que desejaram tratamento foram identificados e encaminhados para o programa de tabagismo na ESF Tibagi do próprio município, os que não desejaram tratamento foram somente orientados. A maior dificuldade encontrada foi da cooperação dos próprios usuários em manifestarem interesse em largar o cigarro, mas com ação conjunta do programa de tabagismo da outra unidade, os usuários ficaram mais interessados no tratamento. Tivemos o alcance de 100% desta meta.

Penso que todas as ações desenvolvidas nesta intervenção poderão ser incorporadas na unidade, mesmo aquelas que não conseguimos alcançar o pactuado, pois se conseguirmos ajustar o fluxo e acordá-lo com as unidades de referências permitiria um maior controle dos hipertensos e diabéticos. Essas ações poderiam ser incorporadas as outras unidades do município gerando uma abordagem única e desmistificando para os usuários que essas doenças não são tratadas na saúde pública.

## AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

**Objetivo:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

**Meta:** Rastrear 50% dos usuários com 18 anos ou mais de idade para hipertensão arterial sistêmica.

**Indicador:** Cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS.

**Numerador:** Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

**Denominador:** Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS.

No primeiro mês, esta ação não pode ser realizada como esperado, devido à falta de profissionais na UBS e a pouca adesão em participar efetivamente das ações. Neste mês foram rastreados 68 usuários dos quais 13 eram cadastrados em outras UBS do município e 03 orientados a verificação da pressão arterial anual. Sendo assim, 52 usuários foram cadastrados no programa, totalizando 22,03% da meta estabelecida.

No segundo mês, as palestras realizadas em sala de espera contribuíram para o aumento de 122 usuários (51,69%) dos quais 17 já eram cadastrados no programa porém não acompanhados, um aumento de 29,66%.

No terceiro mês, percebi que houve um declínio no rastreamento foram rastreados apenas 161 (68,22%) usuários dos quais 14 foram cadastrados e 147 eram cadastrados, mas não eram acompanhados.

No quarto mês tentei melhorar esse indicador realizando rastreamento dos usuários em consultório de rua em um evento dentro do município chamada Meriti Legal, essa foi uma ferramenta muito importante para o alcance da meta.

Em síntese, rastreamos para HAS 214 usuários (90,67%) da área de cobertura. Estes usuários que foram cadastrados e acompanhados pela UBS.

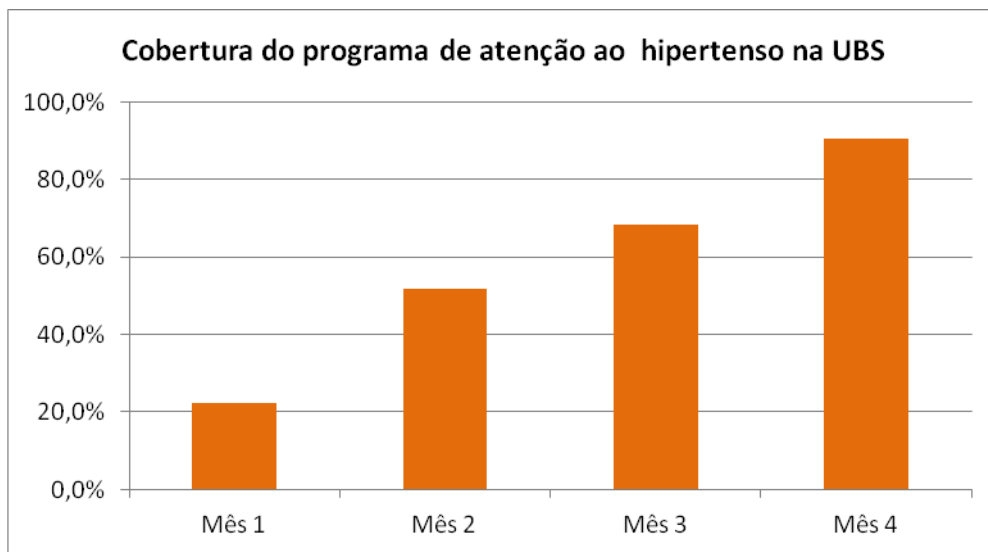


Figura 2 - Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

**Meta:** Rastrear 50% dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador:** Cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS.

**Numerador:** Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

**Denominador:** Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS.

No primeiro mês, foram rastreados 68 usuários dos quais 13 eram cadastrados em outras UBS do município e 03 orientados a verificação da pressão arterial anual. Sendo assim, 52 usuários foram cadastrados, com pressão arterial

sustentada maior que 135/80 mmHg, destes apenas 28 usuários possuem DM, totalizando (32,55%) dos diabéticos da área.

No segundo mês as ações em conjunto com a equipe facilitaram o rastreamento, as palestras realizadas em sala de espera contribuíram muito para o alcance desta meta foi identificado 56 diabéticos (65,1%).

Já no terceiro mês, esta ação continuou ascendente, conseguimos identificar 89,5% dos usuários rastreados eram diabéticos, ou seja, 77 usuários.

O quarto mês como a ação voltada para o rastreamento foi realizada em consultório de rua devido ao evento denominado Meriti Legal, alcançamos 100% (103 usuários) dos diabéticos.

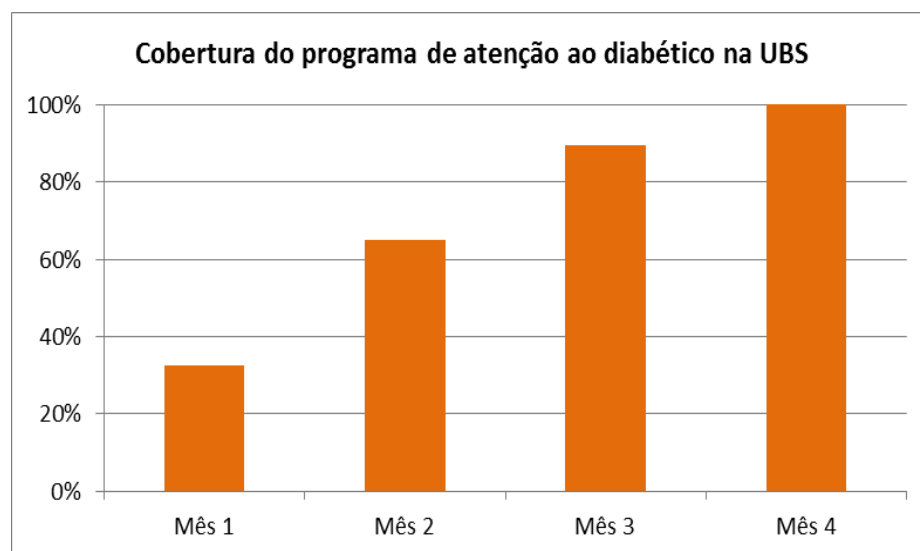


Figura 3 - Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS

O programa de Hipertensão e Diabéticos na nossa UBS se resumia na realização de cadastro para que os usuários tivessem acesso às medicações na farmácia; não existia nenhum tipo de acompanhamento e todos os usuários independentes da região em que residiam podiam se cadastrar; não havia efetividade nas ações destinadas a este grupo; por isso, os dados obtidos para início desta intervenção se deu através de uma pesquisa realizada de uma relação de usuários cadastrados encontrada na unidade.

**Meta:** Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

**Numerador:** Proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

**Denominador:** Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos rastreados que pertenciam a nossa área de cobertura foram cadastrados e acompanhados, aqueles que já eram cadastrados foram acompanhados. Esse cenário facilitou que alcançássemos em 100% a esta meta.

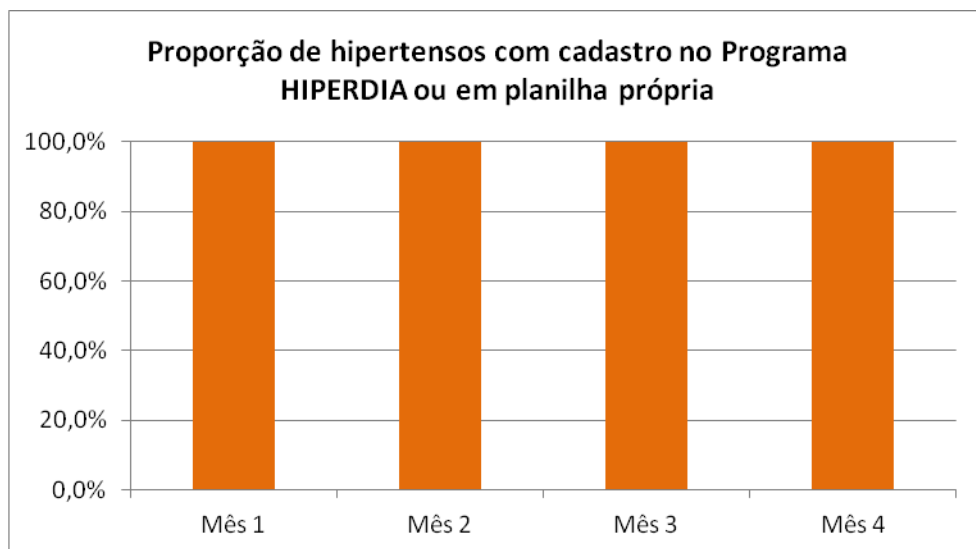


Figura 4 - Gráfico da proporção de hipertensos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

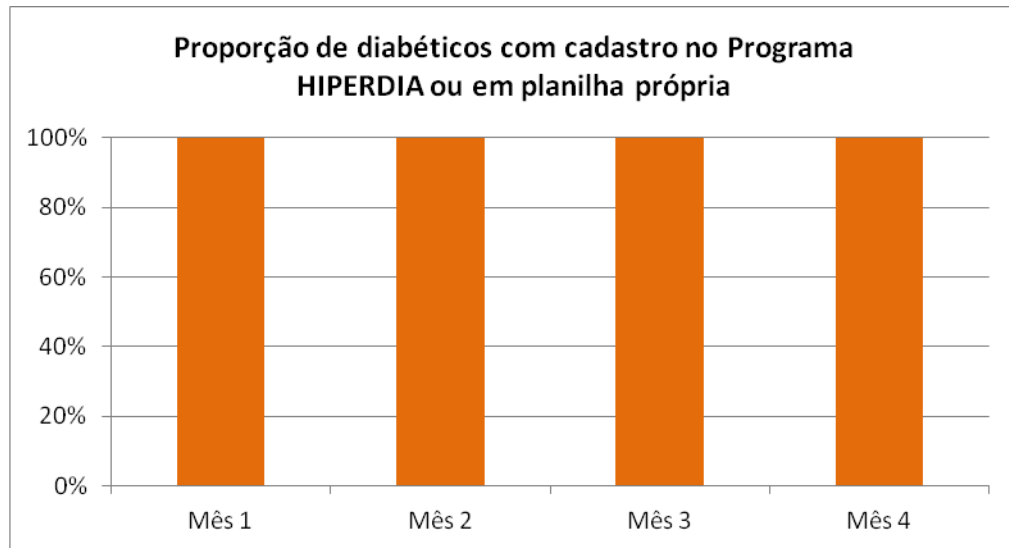


Figura 5 - Gráfico da proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria

**Objetivo: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

**Meta:** buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos com a consulta em dia em relação ao atendimento apazado.

**Denominador:** Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS.

No primeiro mês, optamos em realizar a busca dos usuários que já eram cadastrados; neste mês houve um total de 42 (17,79%) dos usuários hipertensos e 28 (32,55%) dos diabéticos.

No segundo mês houve um melhor controle devido à solidificação do programa; neste mês realizamos a busca de 118 (50%) hipertensos e 56 (65,11%) diabéticos.

No terceiro mês percebi que já havia um contra fluxo, muitos usuários nos procuravam para se cadastrar, porém alguns já tinham cadastro e foram encaminhados para consulta de acompanhamento. Ao todo realizamos a busca de 157 (66,52%) hipertensos dos quais 27 usuários vieram contra o fluxo, e 77 diabéticos (89,53%), ou seja, um aumento de 16,52% e 24,42% respectivamente relação ao mês anterior.

No quarto mês de intervenção conseguimos realizar a busca ativa de 210 usuários (98,1%) hipertensos e 103 usuários (100%) diabéticos.

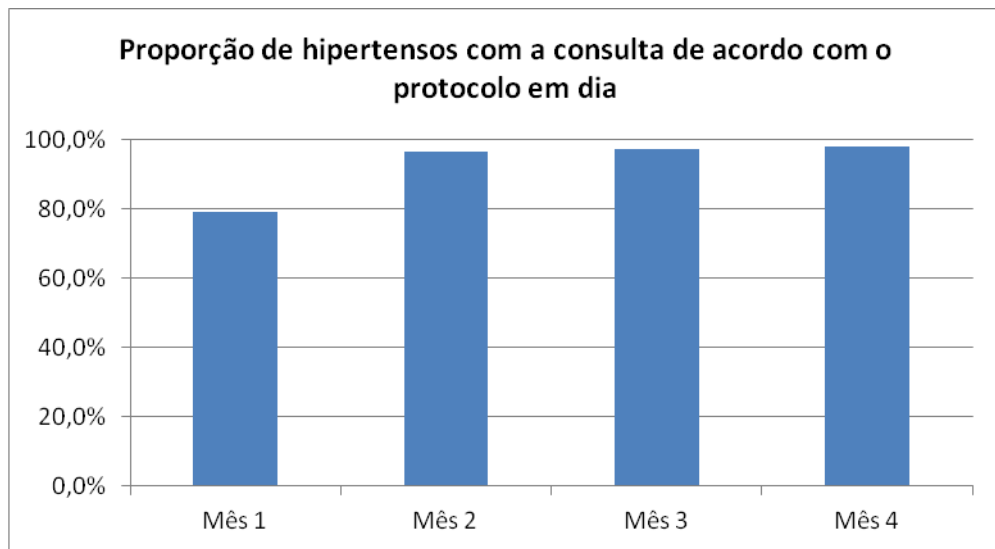


Figura 6 - Gráfico de Proporção de hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia.

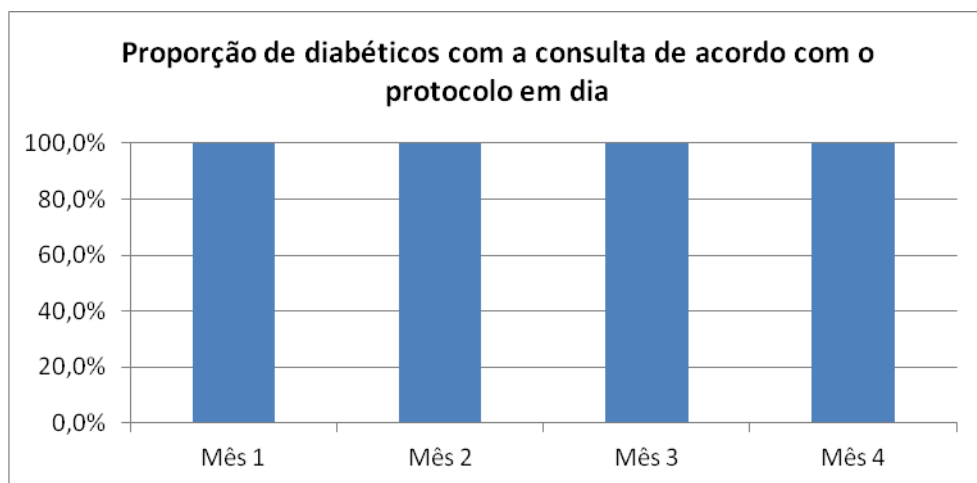


Figura 7 - Gráfico de Proporção de diabéticos com a consulta de acordo com o protocolo em dia



**Meta:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos pacientes cadastrados.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com os exames complementares do protocolo em dia.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos que estão com exames complementares periódicos em dia.

**Denominador:** Número de hipertenso e/ou diabéticos residentes na área acompanhados pela UBS

No primeiro mês foram buscados 71,7% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. No segundo mês houve um aumento de 20,10% dos hipertensos, conseguimos acompanhar 112 usuários. No terceiro mês 93,8% dos hipertensos. No quarto mês 93,8% dos hipertensos. Em todos os meses conseguimos alcançar 100% dos diabéticos conseguiram realizar exames complementares conforme periodicidade. Não tivemos muitas dificuldades em alcançar este objetivo, pois como rotina determinação solicitar os exames logo nas consultas de acompanhamento de enfermagem, assim após a periodicidade estabelecida os usuários já estavam com os exames prontos para próxima consulta. Ainda em relação aos exames conseguimos um aparelho de eletrocardiograma ECG.

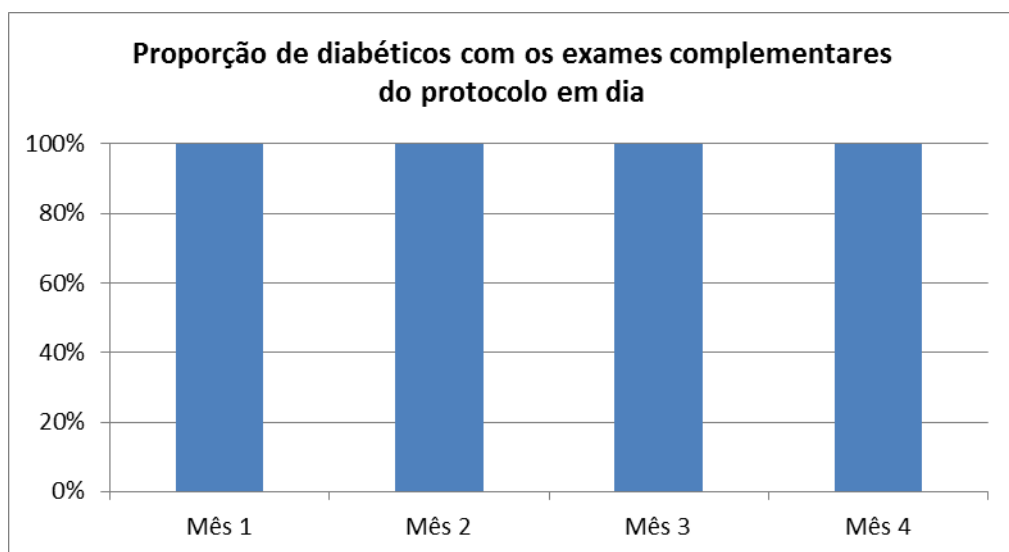


Figura 8 - Gráfico de Proporção de diabéticos com exames complementares com protocolo em dia

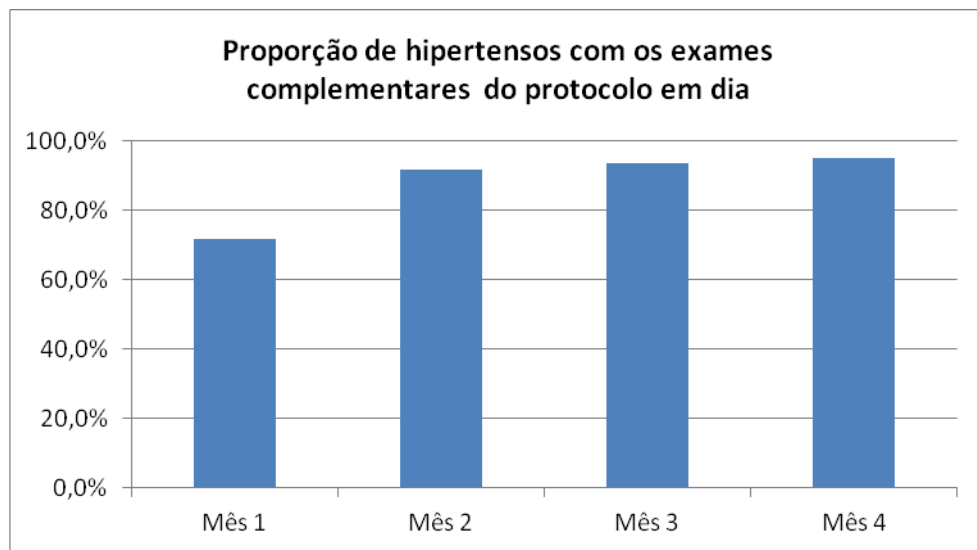


Figura 9- Gráfico de Proporção de hipertensos com exames complementares com protocolo em dia

**Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade**

**Meta:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com exames clínico de acordo com o protocolo em dia.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia.

**Denominador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

Essa ação foi proporcionalmente aos meses de intervenção. No primeiro não chegamos a realizar em todos os diabéticos devido à falta de sala para posicionamento adequado dos usuários, pois chegamos a mudar três vezes de sala, mas dos 28 diabéticos atendidos foi feito o exame físico dos pés de 25 usuários,, ou seja, 89,03% dos usuários diabéticos acompanhados na unidade. No segundo mês

56 diabéticos foram acompanhados e 50 (89,03%) realizaram exame apropriado do pés. No terceiro mês 85,7% realizaram o exame e no quarto mês tivemos 84,3% dos diabéticos realizaram exame apropriado dos pés. Esse decréscimo ocorreu devido a novamente no terceiro mês ter que desocupar a sala para a implantação de um outro programa, pois na unidade além da sala de ginecologia a sala que ocupávamos era a única que possuía banheiro.

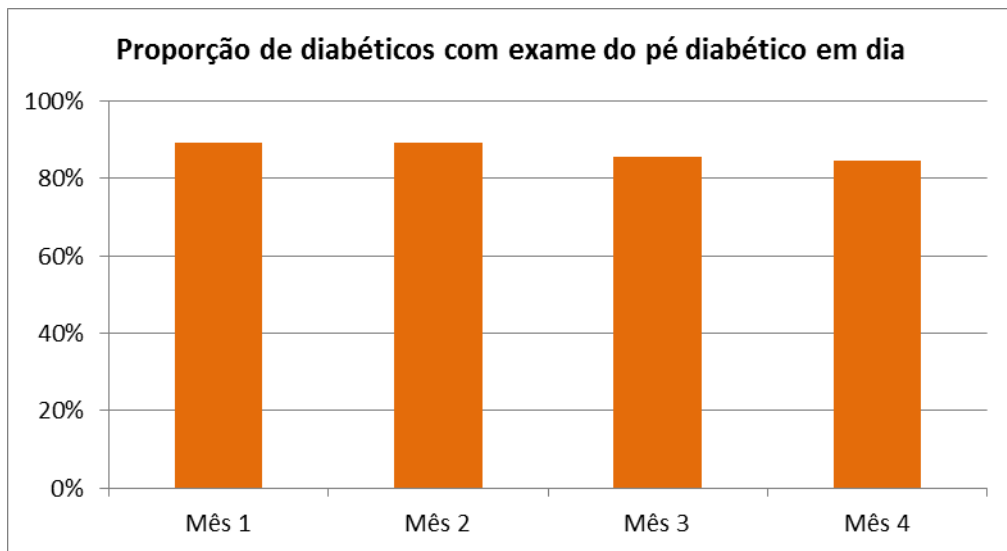


Figura 10 - Gráfico de Proporção de diabéticos com exame do pé em dia

**Meta:** Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que consegue todos os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular.

**Numerador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular.

**Denominador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

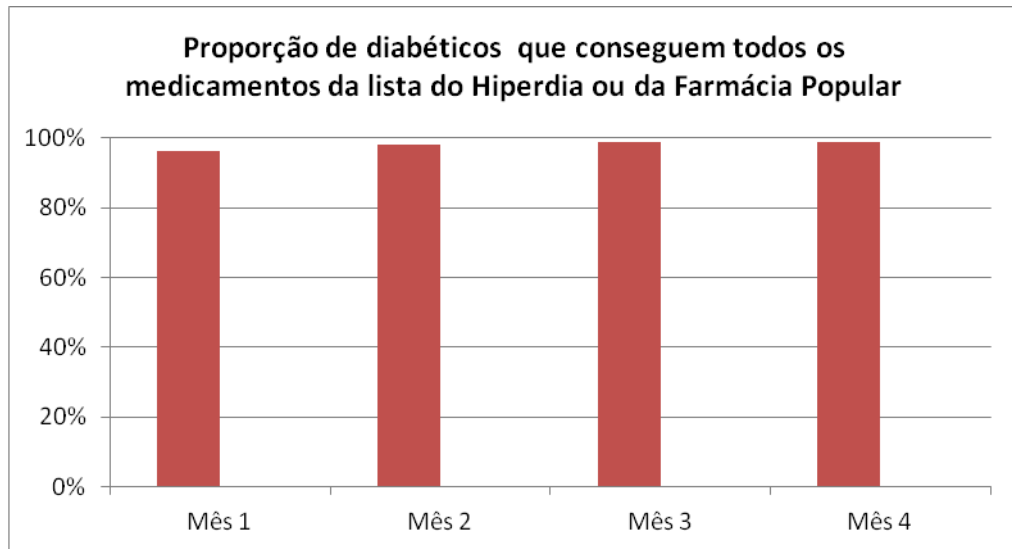


Figura 11 - Gráfico de Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular

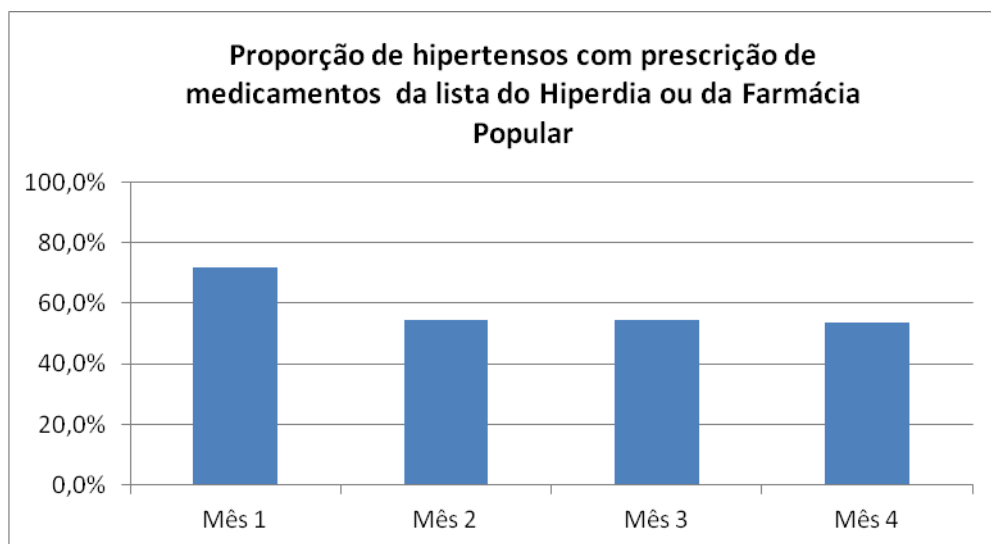


Figura 12 - Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular

**Meta:** Capacitar 10% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.

**Indicador:** Proporção de profissionais de enfermagem capacitados.

**Numerador:** Número de profissionais de enfermagem capacitados.

**Denominador:** Número de profissionais da UBS

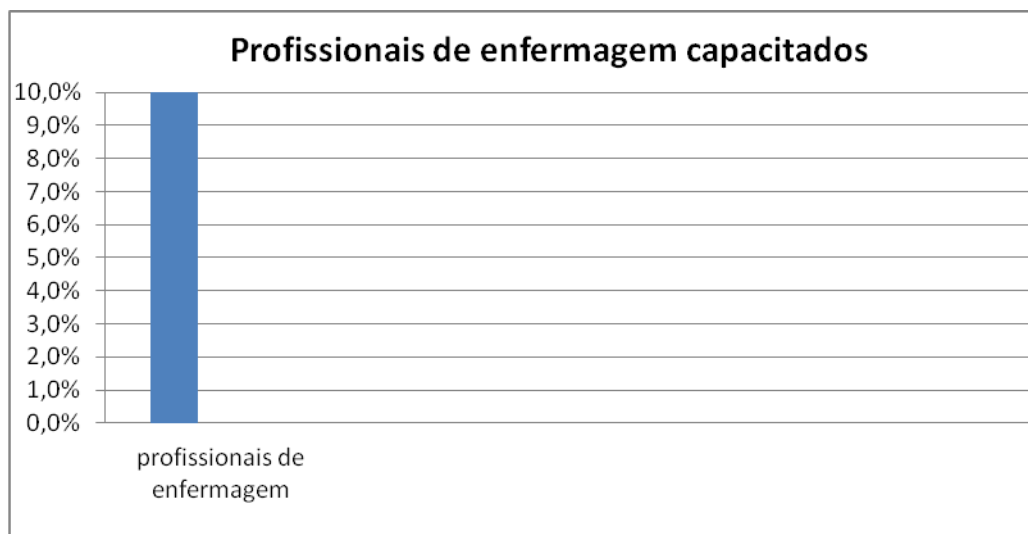


Figura 13 – Gráfico da proporção de Profissionais de enfermagem capacitados

**Meta:** Identificar todos os hipertensos descompensados que estão cadastrados e acompanhados no programa de acordo com o protocolo adotado.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com a pressão arterial compensada.

**Numerador:** Número de hipertensos com a pressão arterial compensada.

**Denominador:** Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

No primeiro mês de atendimento identificamos 27 hipertensos descompensados, no segundo mês 37, no terceiro mês 52 e no quarto mês 59 usuários hipertensos estavam descompensados, ou seja, num total de 213 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados, 59 (27,57%) estão descompensados.

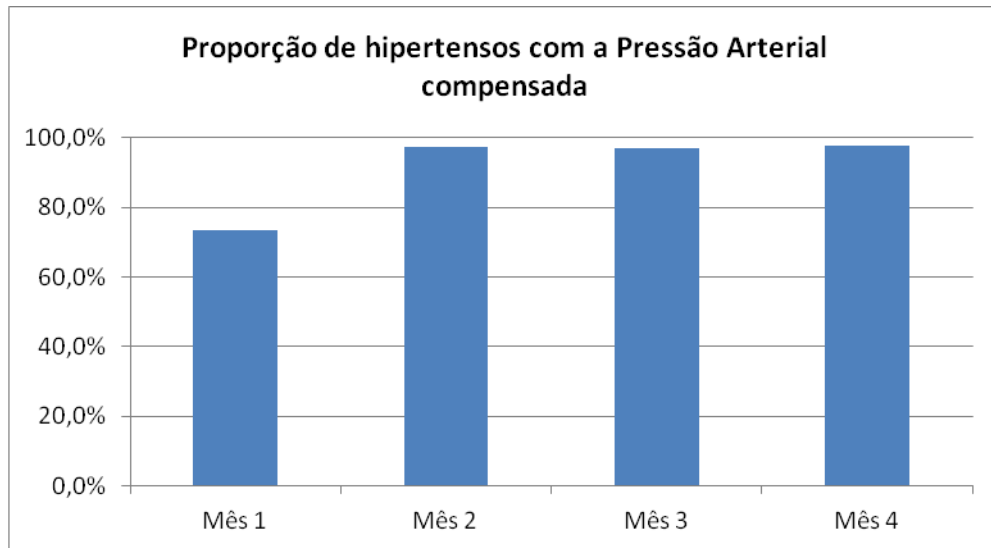


Figura 14- Proporção de hipertensos com a Pressão Arterial compensada

**Meta:** Garantir consulta especializada a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos que apresentarem esta necessidade.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos com consulta especializada em dia de acordo com protocolo.

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos com necessidades de consultas especializadas.

No primeiro mês 72% dos hipertensos realizaram de consulta especializada. No segundo e terceiro mês houve um decréscimo, apenas 54,5% realizaram consulta especializada e no quarto mês 53,7% dos que possuíam necessidade realizaram consulta especializada. Já para os diabéticos este alcance foi de 100% nos três primeiros meses de intervenção, havendo um pequeno decréscimo no último mês, foi realizada consulta especializada em 95,1% dos diabéticos.

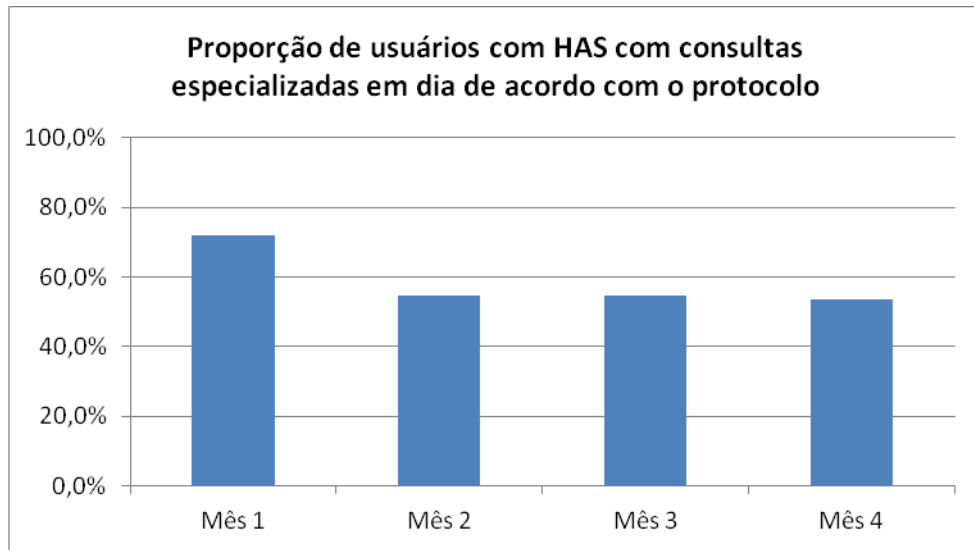


Figura 15- Proporção de usuários com HAS com consultas especializadas em dia de acordo com o protocolo

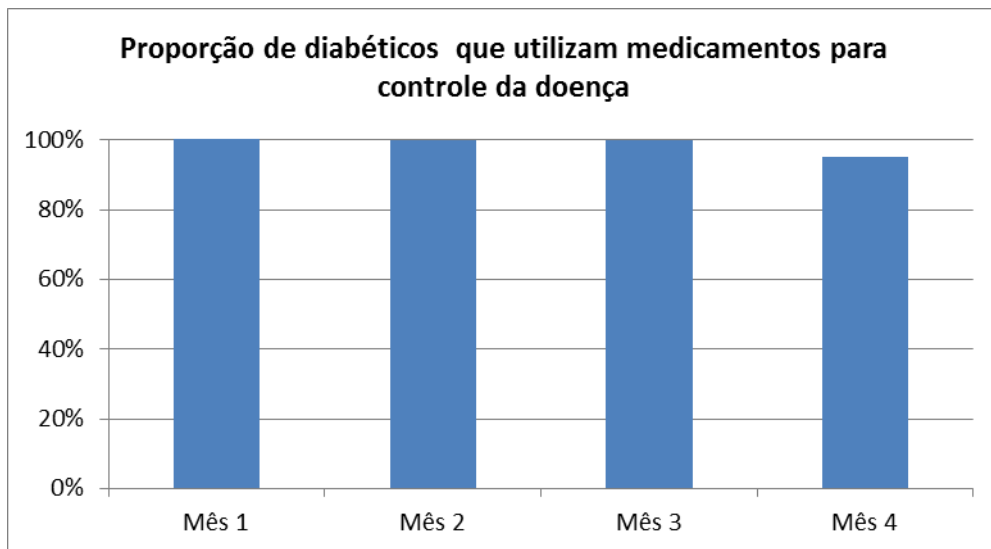


Figura 16- Proporção de diabéticos que utilizam medicamentos para controle da doença

**Objetivo: Melhorar o registro das informações**

**Meta:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com cadastro no programa HIPERDIA ou em planilha própria.

**Numerador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com cadastro no programa HIPERDIA ou em planilha própria. .

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

Na UBS tinha somente como registro do programa uma caixa com cartões dos usuários cadastrados, por isso no início da intervenção, tive que ir até a superintendência dos programas para obter algumas informações. Baseado nisso, optei em criar um banco de dados que atende se a necessidade do programa cujo preenchimento era feito a medida que se fazia um cadastro ou entregava algum cartão. Nele consegui identificar por bairro quantos hipertensos temos na área de cobertura e diabéticos e acompanhar realização de exames, periodicidade das consultas e agendamentos, sendo assim, manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS foi cumprida com o em todos os meses da intervenção.

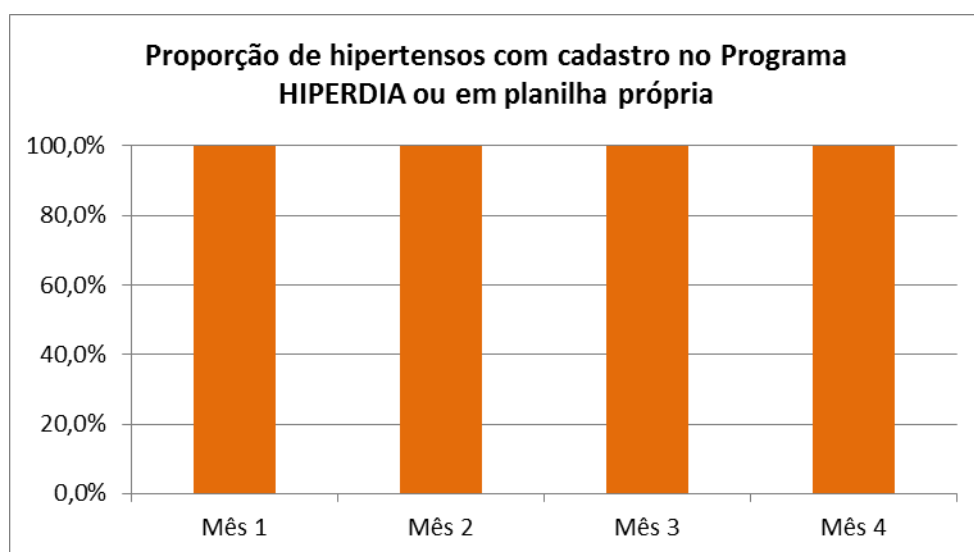


Figura 17 - Proporção de HAS com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.



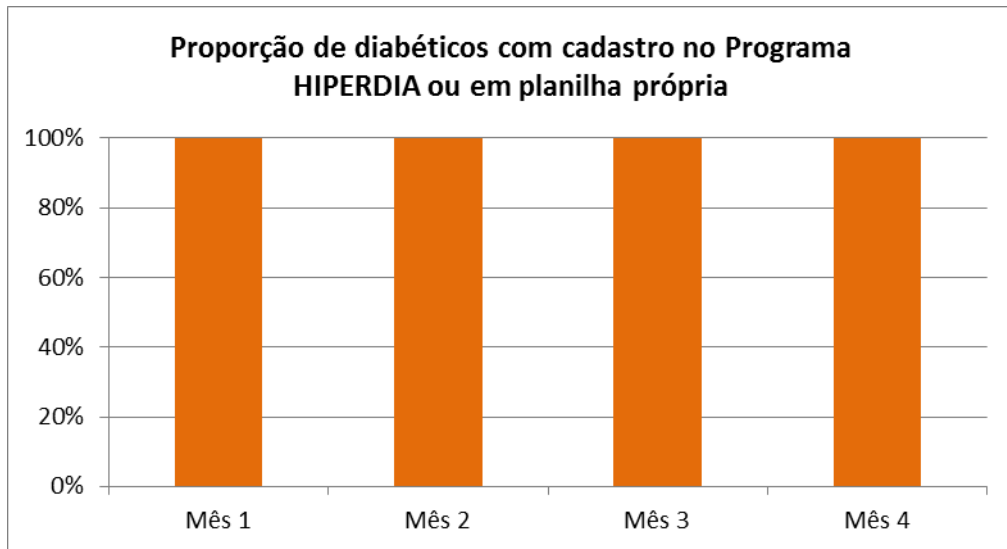


Figura 18- Proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria.

**Objetivo: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 30% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS periodicamente (pelo menos uma vez ao ano).

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia.

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS. Números de hipertensos com estratificação de riscos cardiovasculares acompanhados.

No primeiro mês, os usuários já saíram da consulta estratificados pelos médicos, tanto o clínico geral quanto o cardiologista que chegou na UBS para nos auxiliar no programa. No segundo mês tivemos um aumento de usuários estratificados, mas no terceiro mês houve um declínio nesta ação. Ao analisar a

ficha de acompanhamento percebi que neste terceiro mês o médico esqueceu-se de estratificar alguns usuários, houve falta destes profissionais pelo menos em uma semana, o que gerou uma sobrecarga nos atendimentos. No quarto mês conversei com um dos médicos e solicitei que não esquecesse por se tratar de um dado muito importante, houve um aumento, mas não conseguimos alcançar o 100% pactuado.

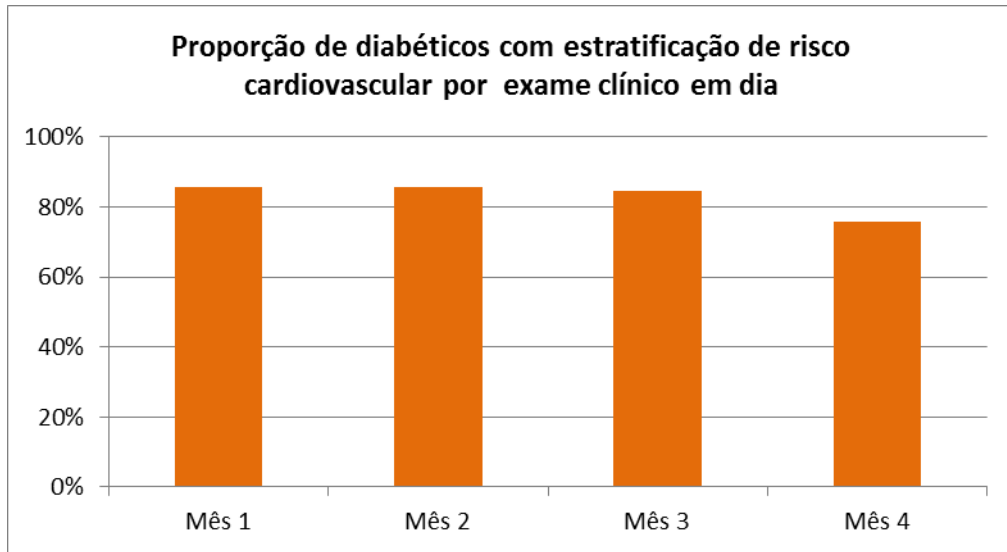


Figura 19- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exames em dia

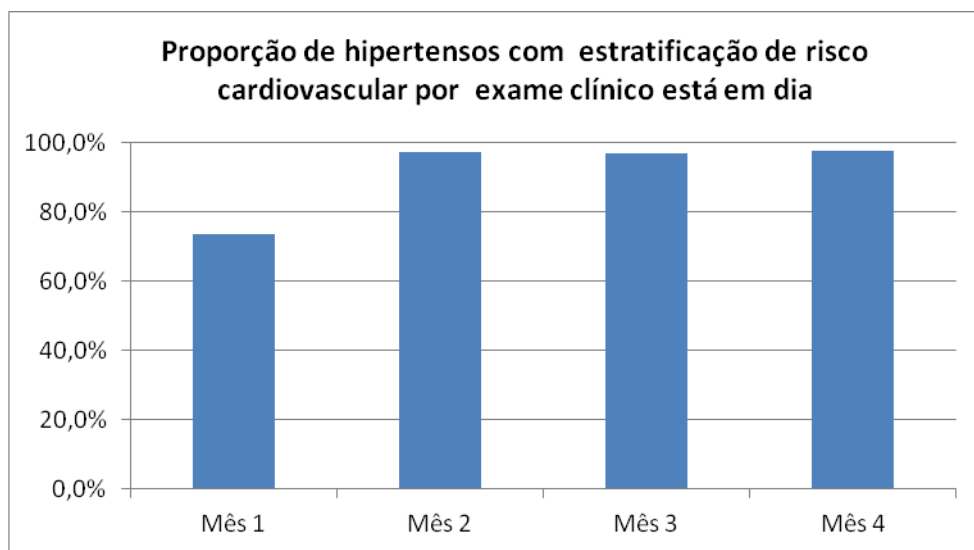


Figura 20- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exames em dia

**Meta:** Acompanhar 100% pacientes identificados com alto risco.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos identificados com alto risco com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia

**Numerador:** Números de hipertensos e/ ou diabéticos com avaliação de comprometimento de órgão alvo em dia.

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

Dos 213 hipertensos acompanhados na unidade 51 foram identificados como alto risco, ou seja, 23,83%; já os diabéticos foram um total de 24 usuários acompanhados, ou seja, total de 23% dos 103 usuários do programa. Tivemos algumas dificuldades, mas a superamos com a busca ativas dos usuários faltosos. A maior dificuldade encontrada foi conseguir convencer a este grupo a importância do acompanhamento para compensação da pressão arterial sistêmica e que isso poderia ser alcançado com a mudança de alguns hábitos. Essa mesma proporção foi a de avaliação do comprometimento de órgãos alvo para o paciente de alto risco.

Abaixo segue o gráfico ilustrando a alcance desta meta ao longo dos meses.

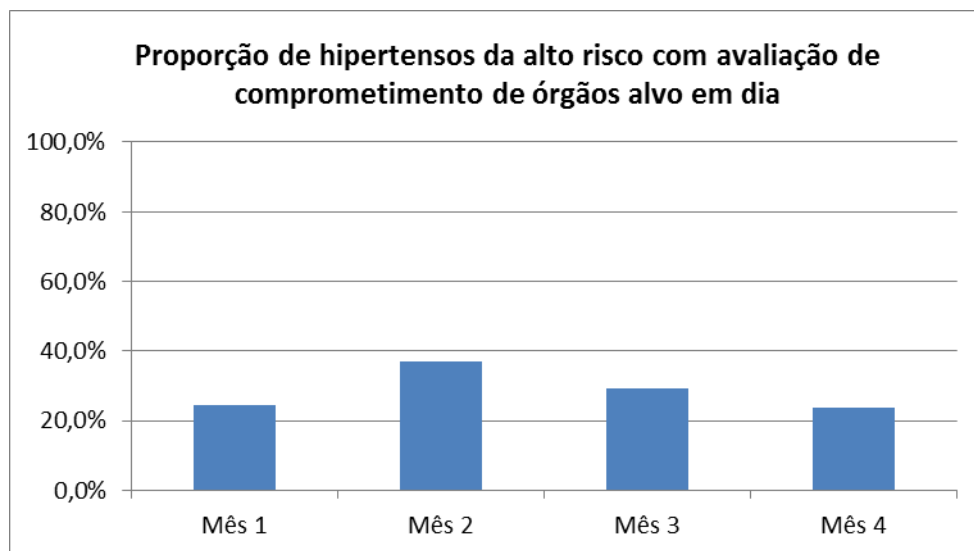


Figura 21- Proporção de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia.

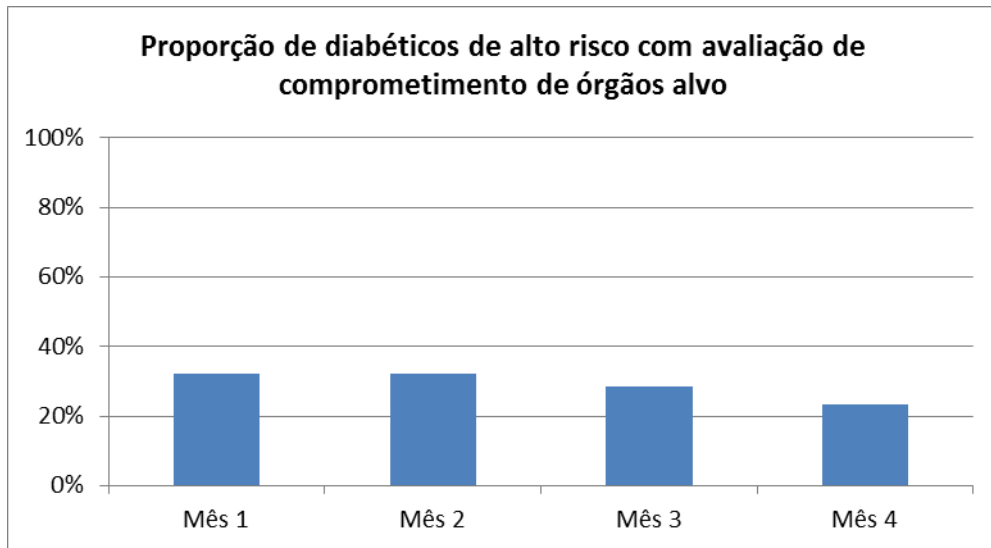


Figura 22- Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo em dia.

### **Objetivo: Promoção de saúde**

**Meta:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 80% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação nutricional.

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

No primeiro mês foram 42 (75%) hipertensos, no segundo orientamos 117 (95,90%) hipertensos, no terceiro foram 155 (96,27%) e no quarto mês 208 usuários hipertensos (97,19%); Essa diferente ocorreu, pois levamos em consideração o discurso abordado pelos próprios usuários em consulta sobre hábitos alimentares, sendo apenas orientados àqueles cujo em sua verbalização tinha hábito alimentar inadequado ou improprio conforme a clinica. Já com os diabéticos alcançamos 100% em todos os meses, o que demonstra total desconhecimento sobre alimentação adequada para sua patologia.

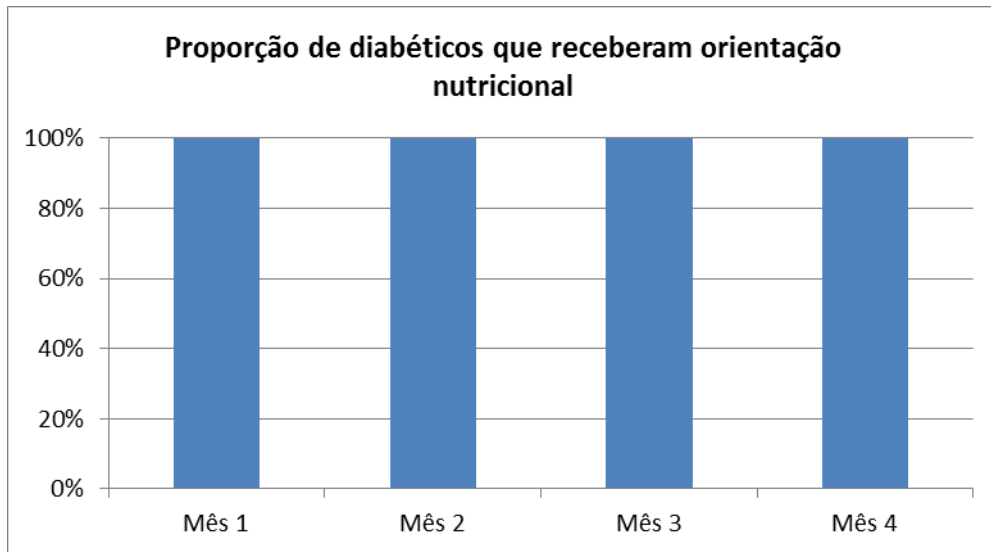


Figura 23- Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional

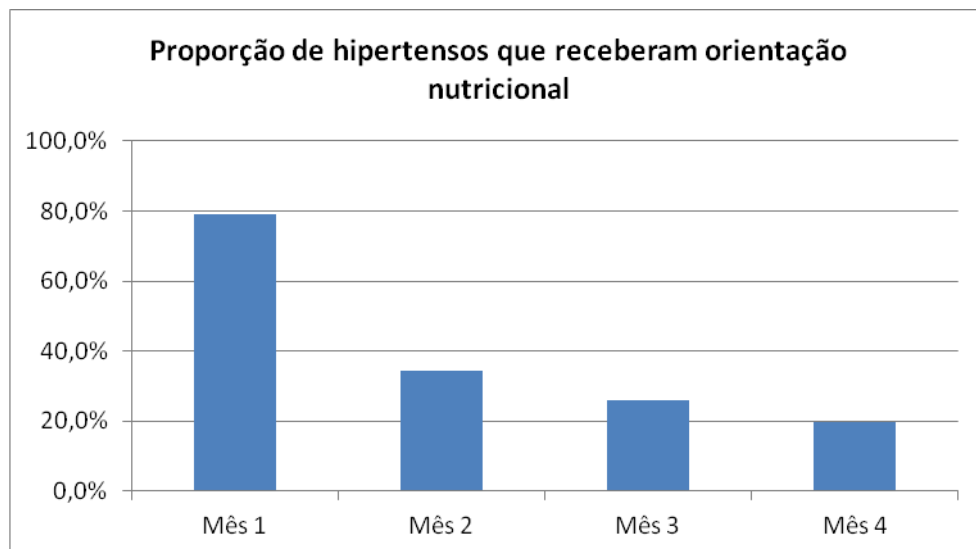


Figura 24- Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional

**Meta:** Garantir orientação em relação a prática de atividade física regular a 80% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação de atividade física.

**Denominador:** Números de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

Em relação a pratica de atividade física regular, as abordagens dos sujeitos levaram as mesmas indicações anteriores; sendo assim orientamos 71, 69% dos hipertensos no primeiro mês, 95,08% no segundo mês, no terceiro mês 96, 27% dos hipertensos foram orientados e no quarto mês 97,19%. Já os diabéticos em todos os meses houve a orientação de 100% dos usuários acompanhados.



Figura 25- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular

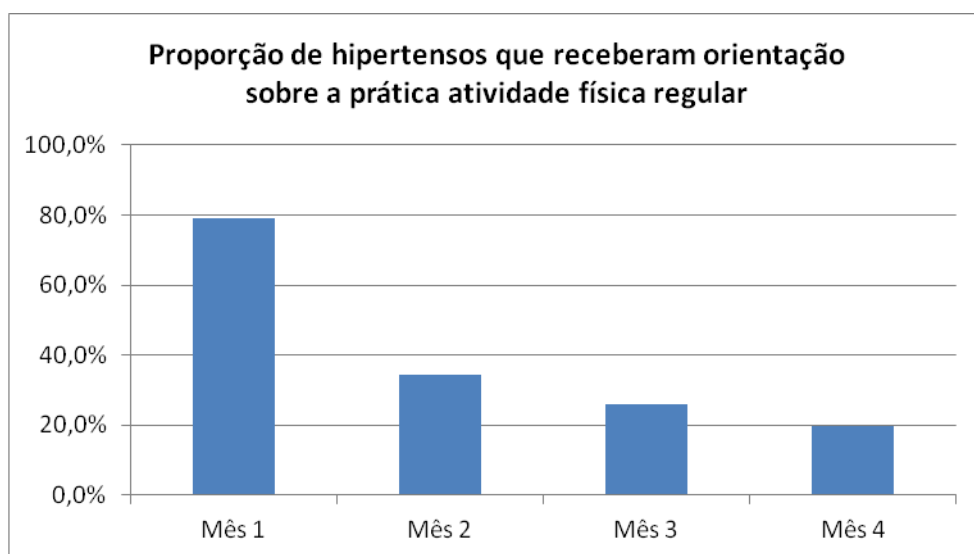


Figura 26 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre atividade física regular

**Meta:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes que fumam.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre risco do tabagismo.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ ou diabéticos que receberam orientação sobre o tabagismo.

**Denominador:** Números de hipertenso e/ou diabéticos tabagistas acompanhados.

No primeiro mês dos hipertensos atendemos 8 usuários tabagista, no segundo mês 20 , no terceiro 21 usuários e no quarto mês 21 usuários; Dos diabéticos atendemos no primeiro mês 2 usuários, no segundo 3 usuários no terceiro mês 5 e no quarto mês 9 usuários. Todos foram orientados e encaminhados para programa de tabagismo, ou seja, tivemos um alcance de 100% na ação.

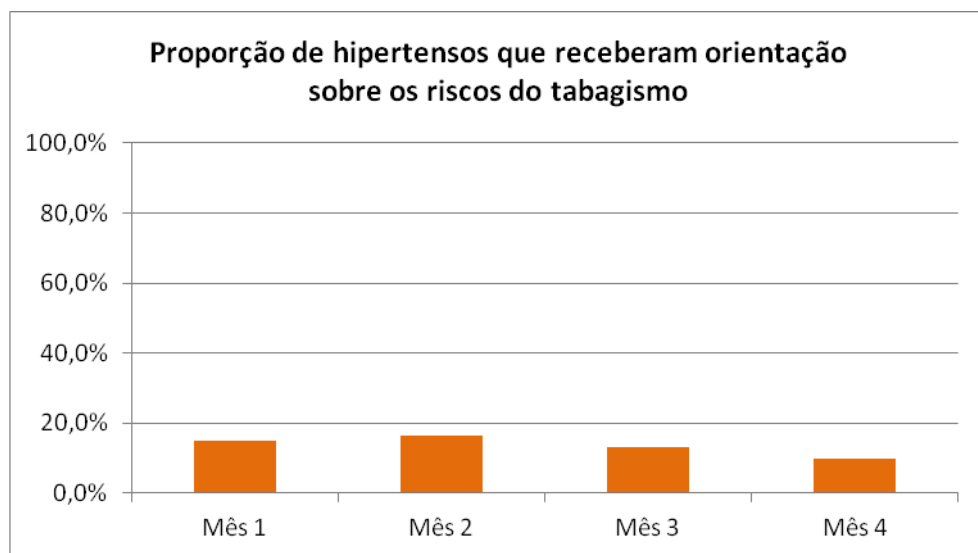


Figura 27- Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

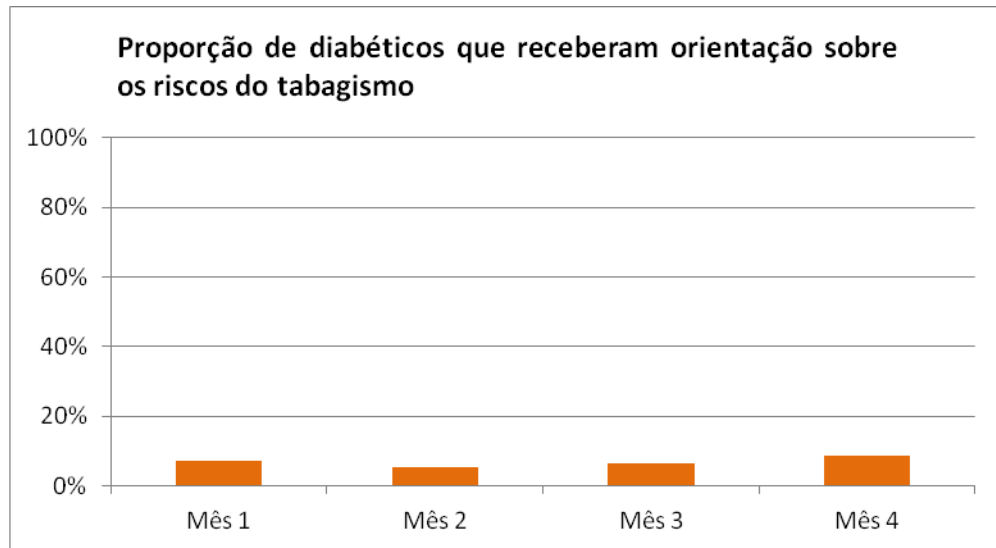


Figura 28- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Objetivo: Realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nas famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta:** Investigar a prática de atividade física regular em 50% das famílias dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que pelo menos dois membros da família praticam atividades físicas.

**Numerador:** Números de hipertensos e/ ou diabéticos que pelo menos dois membros da família praticam atividades físicas.

**Denominador:** Número de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados.

No primeiro mês foi realizada a investigação de 38 hipertensos (16,01%) e 28 diabéticos (32,55%). No segundo mês a investigação foi realizada para 116 hipertensos (49,15%) e 56 (65,11%) diabéticos. No terceiro mês foram 155 hipertensos e 77 (89,53%) diabéticos. No quarto mês 206 (87,28%) hipertenso foram investigados e 100% dos diabéticos foram investigados. Desse quantitativo, ou seja, das 309 usuários investigados apenas 100 possui algum familiar que realiza algum tipo de atividade física regular famílias investigadas.



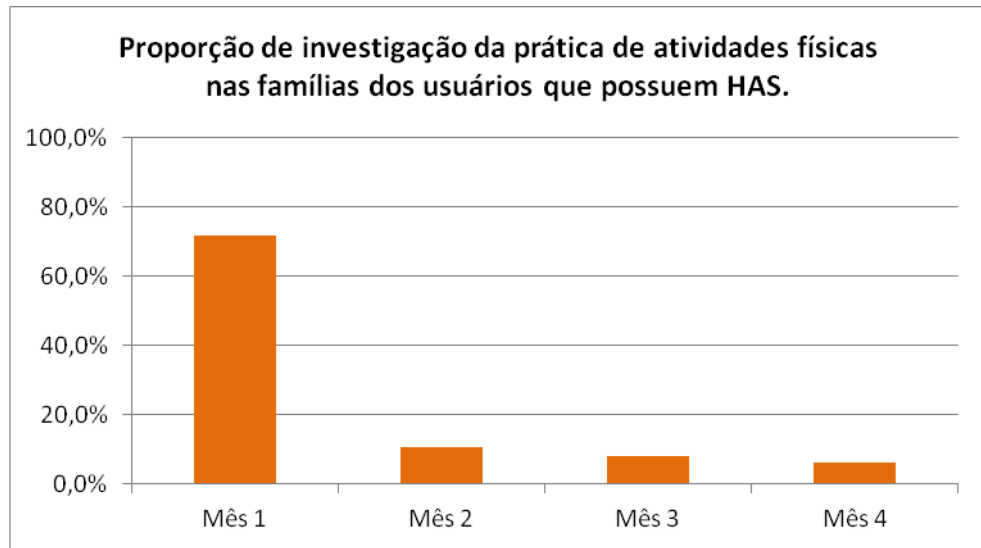


Figura 29- Proporção de investigação da prática de atividades físicas nas famílias dos usuários que possuem HAS

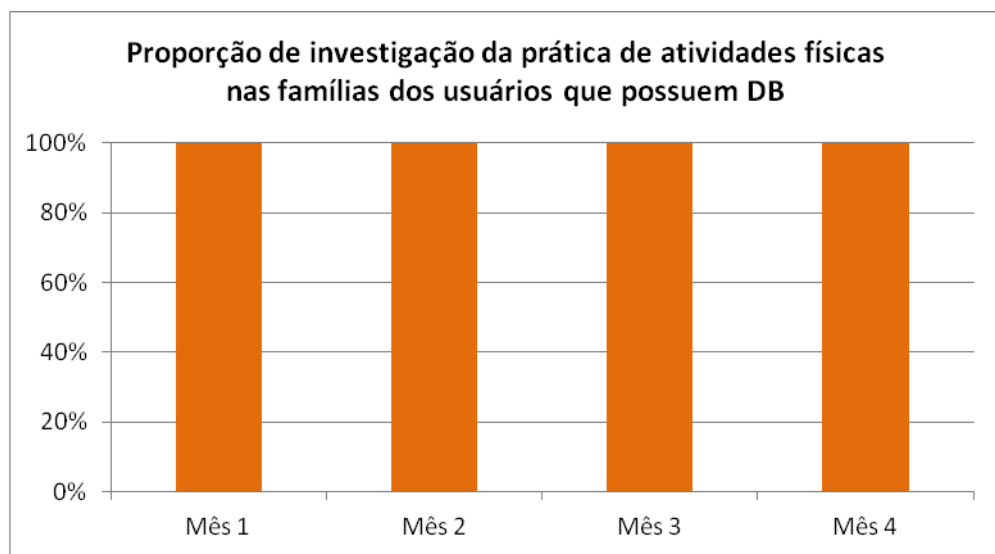


Figura 30- Proporção de investigação da prática de atividades físicas nas famílias dos usuários que possuem diabetes

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Jardim Sumaré trouxe melhorias tanto para os profissionais quanto para comunidade local; proporcionou melhora no acolhimento, a atualização da equipe na área do conhecimento, melhora na qualidade dos registros com a implantação dos prontuários; estimulou a participação dos profissionais nas ações de organização, planejamento e avaliação da UBS, proporcionou estabelecimento de vínculo dos usuários com a equipe mesmo a unidade ainda não ser do tipo ESF.

Além de facilitar o acesso a outros usuários no sistema de saúde, trouxe a comunidade uma nova lógica de se pensar em saúde, antes, a maioria dos usuários pensavam que só eram bem atendidos na unidade se após as consultas tivesse remédio, pude perceber que no fim da intervenção muitos já tinham mudado essa concepção.

Hoje, as ações de intervenção continuam sendo realizadas na UBS da mesma maneira que foram idealizadas, e isso é muito gratificante em saber que as ações continuaram. Se eu tivesse que iniciar esta mesma intervenção o que faria de diferente seria me empenhar mais para que as metas que não foram alcançadas desta vez, tentaria acordar melhor as ações previstas que não foram da minha governabilidade e por isso foram parcialmente cumpridas.

Percebi que a área de cobertura da UBS é muito extensiva, sendo assim vejo que seria necessária a transformação da UBS em Estratégia de Saúde da Família - ESF para melhor monitoramento e controle das ações ou pelo menos um programa de ACS.

Durante a intervenção tivemos caso de duas usuárias diabéticas descompensadas que conseguimos chegar a compensação apenas com orientação e mudança de estilo de vida, o que me permite dizer que as intervenções são eficazes e que se pode manter o controle de doenças crônicas depende também de uma ação conjunta e mais ainda da vontade do portador, outra conseguiu parar de fumar e ficou supersatisfeita pela ajuda recebida pelo programa.

Conseguimos algumas aquisições para UBS, tais como, aparelho de Eletrocardiograma; um médico cardiologista e um clínico geral, para o programa. O

empenho foi tamanho que até alguns profissionais que inicialmente não queriam se envolver na intervenção aos poucos foi participando. Conseguimos vagas na agenda da endocrinologista e da nutricionista.

Antes da intervenção o programa de controle dos hipertensos e diabéticos da UBS Jardim Sumaré era o mais vergonhoso do município, pois só existia no papel, porém quando terminei a intervenção a expectativa da coordenação de programas era que esta unidade virasse centro de referência para controle destas patologias nos município.

Penso que estas ações poderiam ser incorporadas em outras unidades do próprio município, pois conseguimos ampliar a área de cobertura, melhorar registros informações, mapear e monitorar hipertensos e diabéticos e realizar ações de promoção de saúde.

### 4.3. Relatório da intervenção para gestores

O cenário anterior à intervenção na UBS Jardim Sumaré com relação aos hipertensos e diabéticos era confuso mesmo a unidade tendo grande número de atendimento por mês. Existiam usuários cadastrados, mas não acompanhados pelo programa, esse grupo era atendido em conjunto com os demais usuários em consulta clínica, não se tinha noção de quantos os usuários em números pertenciam à área de cobertura da UBS e muito menos quantos eram diabéticos e hipertensos. Os fatores de riscos não eram identificados e muitos usuários não tinham noção de como realmente controlarem suas patologias. Com a intervenção conseguimos quantificar esses grupos; ao todo foram acompanhados 214 hipertensos e 103 diabéticos cadastrados e acompanhados pelo programa. Identificados 155 hipertensos e 62 diabéticos compensados e 51 hipertensos e 24 diabéticos usuários de alto risco para comprometimento de órgãos alvos.

Ampliamos a área de cobertura em 90,7% para os hipertensos e 100% para os diabéticos. O fator determinante para que houvesse essa ampliação, foi à comunicação dos profissionais com a comunidade através das palestras de orientação sobre estas patologias feita em sala de espera do consultório clínico.

Melhoramos a adesão ao programa através da organização das agendas. Ter uma agenda disponibilizada em dois turnos é algo que contribui e facilita o acesso ao serviço de saúde, penso que esta ação poderia ser repensada em incorporadas a rotina da unidade para outros programas. A maior dificuldade que pode ser sanada foi a unidade não possuir linha telefônica, em alguns momentos isso inviabilizou outras ações que poderiam ser alcançadas com êxito, como a busca ativa de usuários faltosos.

Tivemos dificuldades em relação aos agendamentos de exame de imagem encaminhados para rede credenciada. Acho que pensar num fluxograma para referência desses usuários é algo que pode ser revisto entre gestores.

Recebemos dois médicos, clínico geral e cardiologista; e um aparelho de eletrocardiograma que ajudaram na intervenção a melhorar a qualidade do atendimento. Realizado exames clínico, estratificação de risco e exame físico dos pés. Identificamos os usuários compensados e tentamos garanti tratamento medicamentoso a usuários, porém tivemos algumas dificuldades na dispersão desses medicamentos com a farmácia, penso que as medicações seriam melhores dispersadas se isso fosse feito pelo o próprio programa, pois foi organizada uma planilha com as medicações utilizadas pelos usuários e suas dosagens. A gestão teria melhor controle das medicações dispensadas para outras demandas e as somente dispersadas para o programa. Para as consultas especializadas, o fato de termos uma cardiologista facilitou muita à intervenção. A demanda da endocrinologista que é bastante; poderia pensar na contratação de mais um profissional na unidade já que a que possui atende toda a demanda municipal, Já da nutrição embora também atenda uma demanda um pouco maior conseguimos disponibilizar alguns números na agenda para o atendimento dos obesos que foram identificados, mas deixo também registrada a solicitação de mais um profissional nessa área, pois 70% dos usuários acompanhados no programa são obesos.

O registro das informações foi feito com a confecção de prontuários, pois não havia prontuários arquivados na unidade para o programa somente prontuário único de alguns usuários que solicitavam sua confecção; acho de extrema importância que todos os usuários tenham prontuário na unidade, de preferencia um único para que todos os atendimentos sejam anotados. No período da intervenção não foi possível unificar essas informações com as informações de toda unidade, pois não tinha tempo e nem profissional disponível pelo arquivamento e controle de prontuários, acesso a internet e computadores; acho que esta ação pode ser implantada em toda a unidade, pois os registros facilitam as ações de saúde tomada pela equipe multiprofissional.

Os usuários cadastrados e acompanhados pelo programa receberam orientações de hábitos de vida saudável, tabagismo, pratica de atividades físicas. Observei que muitos não associam ao controle da hipertensão e diabetes a mudança dessas rotinas, muito desconhecem o que é e como podem controlar sua doença. Se programarem mensalmente reuniões de ação comunitária (Igrejas,

creches, escolas, etc.) chamando a população para o enfrentamento dessas patologias seria importante.

A intervenção para os diabéticos foi mais eficaz. Segue a relação dos indicadores alcançados em 100% no decorrer da intervenção para os diabéticos:

- 1- Proporção de diabéticos com cadastro no Programa HIPERDIA ou em planilha própria
- 2- Proporção de diabéticos e hipertensos com a consulta de acordo com o protocolo em dia
- 3- Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.
- 4- Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou farmácia popular.
- 5- Proporção de investigação da prática de atividades físicas nas famílias dos usuários que possuem DB.
- 6- Proporção de diabéticos que receberam orientação nutricional
- 7- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre atividade física regular.

Os demais indicadores para os diabéticos foram alcançados em mais de 50% a exceção foi para tabagismos e avaliação do órgão alvos.

- 1- Proporção de diabéticos que receberão orientação sobre o tabagismo

Alcançamos 8,7% dos diabéticos; Os usuários orientados foram os tabagistas, podemos afirmar que na área de cobertura da UBS possui 09 diabéticos tabagistas acompanhados.

- 2- Proporção de diabéticos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

Alcançamos 23,3% dos diabéticos; Os usuários avaliados foram os classificados de alto risco, podemos afirmar que na área de cobertura da UBS possui 24 diabéticos de alto risco acompanhados.

Para os hipertensos os indicadores que tivemos o alcance de 100% foi:

- 1- Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com cadastro no programa HIPERDIA ou em planilha própria.

Os demais indicadores para os hipertensos foram alcançados mais de 90%, a exceção foi para tabagismos que levamos em consideração para orientação somente aqueles que declaram ser tabagista.

Como em ambos os casos, tanto hipertensos e diabéticos teve um número pequeno de usuários declarados tabagistas, sugiro que seja realizada ações coletivas e com lideranças comunitárias para promoção de saúde com enfoque no tabagismo, O tabagismo é considerado a segunda causa de morte no mundo pela Organização Mundial da Saúde e pode ser evitado.

#### **4.4 Relatório da intervenção para comunidade**

Para comunidade a intervenção contribuiu no acolhimento e as efetividades das ações. Deixamos aparelho de eletro cardiograma, médico especialista cardiologista e o programa de controle de hipertensão e diabéticos funcionando a todo vapor.

A prática do autocuidado foi algo que também conseguimos com que os usuários entendessem com a intervenção. Saber que sua patologia pode e deve ser controladas e que isso não depende apenas do uso adequado de medicamentos, mas também de mudança do seu estilo de vida. Os usuários compreenderam que não precisa ser rico para comer bem e ter uma saúde saudável.

Com a intervenção a comunidade ganhou uma unidade nova no que concerne ao atendimento; profissionais de saúde empenhados, solícitos, que praticando escuta sensível e discernindo problema individual dos usuários, proporcionando a interação e o fortalecido do vínculo entre os profissionais e a comunidade.

Maioria das dificuldades foram sanadas com a intervenção, mas a ainda se faz necessário à participação da comunidade no planejamento e execução dessas ações, nas tomadas de decisão, e que se empenhem por seus direitos e melhoria para unidade.



## **REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A APRENDIZAGEM**

Para mim, desenvolver este trabalho foi algo gratificante. Inicialmente fiquei um pouco reservada em relação ao curso por se tratar de modalidade a distância. Aos poucos percebi que o conteúdo e as disciplinas eram de excelente abordagem e a organização me surpreenderam.

Conciliar as tarefas do curso com minha prática profissional, foi algo um tanto conflituoso, pois vim do PROVAB e fiquei alocada em uma unidade básica de saúde, sem ESF, ou seja, não possuía recursos tais como ACS nem área programática delimitada para auxiliar em algumas tarefas, mas no decorrer das atividades vi que mesmo não tendo esses recursos seria possível realizar as atividades de campo.

Participar de uma análise situacional foi contribuidor e ao mesmo tempo diferenciador na minha atuação na UBS, pois através da identificação de um problema conseguimos traçar metas e para minha intervenção, foi através desta análise que consegui identificar onde a minha intervenção seria mais eficaz. No início das minhas atividades em campo, não tive muita ajuda dos profissionais, mas aos poucos ganhei espaço. A liderança de equipe também foi algo que aprendi e coloquei em prática no decorrer do curso, pois era nítido que alguns profissionais não queriam se indispor e assim não exerciam a liderança, mas para que algumas coisas fossem cumpridas esta era inevitável.

Traçar estratégias para que um projeto aconteça é importante, pois lidamos o tempo todo com adversidades, na minha prática profissional esta não foi diferente, em todo o período tive que ser resiliente, pois as adversidades foram tantas, se não tivesse o apoio pedagógico do curso acho que não conseguiria.

Aprender sobre uma reflexão crítica, atuar, intervir e analisar foi algo que aprendi em todo o curso que todas as esferas e hierarquias devem estar engajadas pela bem de uma sociedade. O curso me proporcionou repensar na investidora em

tecnologias leves da parte dos nossos governantes, pois ficou muito claro que promoção de saúde e a inserção da coletividade são eficazes, fácil de serem atingidas em prol da saúde coletiva e comunitária.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Hipertensão Arterial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

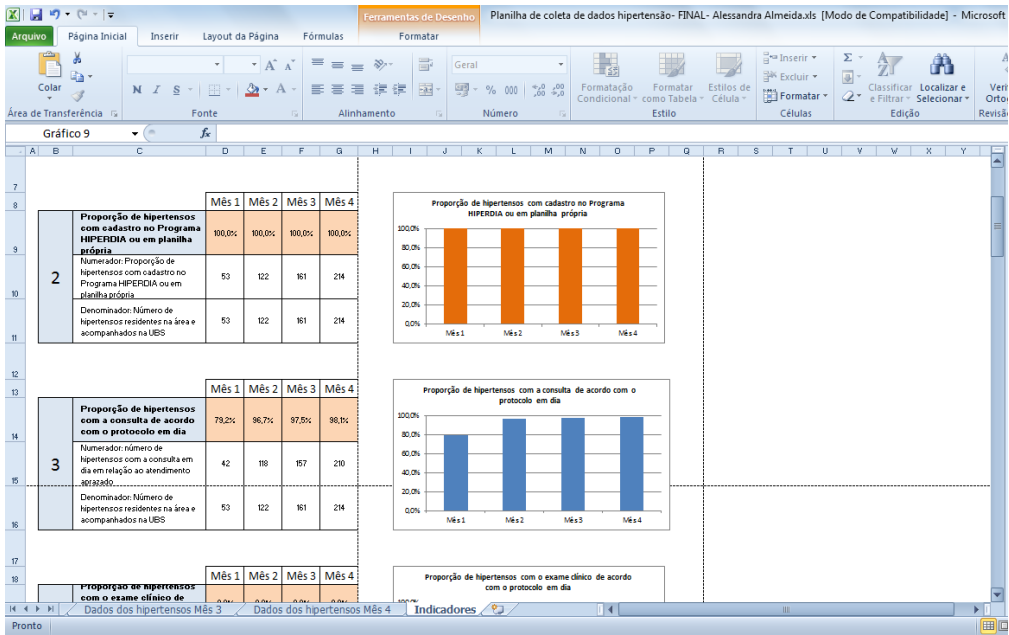
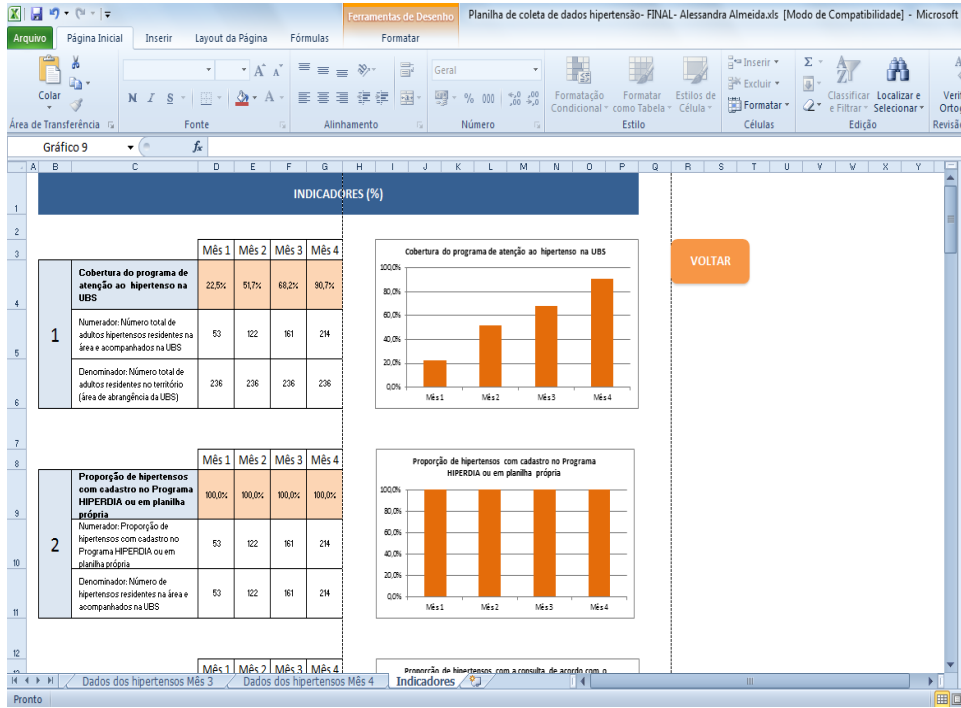
BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v95n. 1. 2010.[Disponível]<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 17 novembro de 2012

World Health Organization (WHO).**Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra. 1946.



Indicadores de Atenção aos Hipertensos - Mês 1																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Local para Cadast	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opacinto arté com o Programa HIPERDIA?	Opacinto arté com o consulto de acordo com protocolo em dia?	Opacinto arté com o uso clínico de acordo com protocolo em dia?	Opacinto arté com o uso complementar de acordo com protocolo em dia?	Pacinto com consulto especializado em dia	Testar medicamento de Hipertensão de Farmácia Popular?	Opacinto com o medicamento de Hipertensão?	Opacinto com o medicamento de acordo com prescrição?	Opacinto com o medicamento de acordo com a Prescrição Arterial compenada?	A artrotrificação de risco cardiovascular altera o artém em dia?	Realização do acompanhamento do paciente de acordo com o plano de família da	Opacinto com o acompanhamento do paciente de acordo com o plano de família da	
Orientação e da proximidade	do familiar do paciente codutredor	Nome	Em usar	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	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	
4	1	MIRANDAS	66	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
5	2	LPIDIO BARBOS	80	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
6	3	JACOLETO NEI	66	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
7	4	ENEAS FARIA	79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
8	5	ISCA ELISIE TED	60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
9	6	JARDELINA DE	61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
10	7	CELY COUTINHO	60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
11	8	DELORE MARIA	77	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
12	9	GERALDO ANTO	66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	10	GILSON DE OLIVEIRA	80	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
14	11	ITANIR PINTO	65	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
15	12	MARTA DA SILVA	92	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
16	13	OSMA FERREIRA	79	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
17	14	AURELIANO DOS	54	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0
18	15	HELOISA ARAUJO	91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
19	16	JOSÉ DOS SANTOS	64	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
20	17	ATAÍDES DOS SANTOS	64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
21	18	LUCILIA MARAL	75	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
22	19	ELZADOS SANTOS	63	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
23	20	JOANA D'ARCA	90	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
24	21	MARIA DE PAULA	95	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
25	22	ANA PAULA LEITE	38	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
26	23	MARILENE TEIXEIRA	60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
27	24	ZILDA BARRETO	64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
28	25	MARIA JOSEBA	69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
29	26	MARIA ZELIA LUIZ	67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
30	27	NELLY DA SILVA	79	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0
31	28	JOSÉ ATANÍO	66	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
32	29	MARINETE COELHO	56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
33	30	MARIA ARAUJO	72	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
34	31	MARIA DO CARVALHO	51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
35	32	ELISABETH BARRETO	54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
36	33	EDSON DOS SANTOS	62	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0



# ANEXO B - PLANILHA DE COLETA DE DADOS DIABETES

Planilha coleta de dados Diabetes-FINAL- Alessandra Almeida.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel Starter

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas

Calibri | 11 | Geral

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula

F15 | 103

Informações da sua UBS:		Marque com X	OBSERVAÇÕES			
	SIM	NÃO				
Esta unidade presta atenção ao diabético?	X		Padrão protocolado da Ministério de Saúde ou de sua instituição.			
Existe o cadastro de diabéticos?	X		Cadastro e atualização oficial do Ministério de Saúde.			
Existe registro específico por atenção ao diabético?	X		Ativ. de prevenção, orientação e controle de diabéticos em Ficha de Programa de Atenção ao Diabético.			
Existe avaliação de risco para o diabético?	X		Cadastro de diabéticos em fichas de informações sobre o diagnóstico e o tratamento de rotina (dieta, medicação).			
As informações de tratamento são registradas?	X		Cadastro em fichas de registro para monitorar o diabético durante o tratamento.			
Existe ficha de controle (cartão de controle, relatório, etc.) com o diabético para monitorar a evolução da doença?	X		Cadastro em fichas de controle (cartão de controle, relatório, etc.) com o diabético para monitorar a evolução da doença.			
Existe avaliação de risco da população de atenção ao diabético?	X		Cadastro de pacientes em fichas de controle de rotina (dieta, medicação, etc.) com o diabético para monitorar a evolução da doença.			
Os dados de avaliação são atualizados de acordo?	X		Atualizar e avaliar em que forma os dados de avaliação de rotina de diabéticos são atualizados.			

DENOMINADORES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território e cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético	23	94	77	103	Considerar somente os diabéticos cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético. Não considerar os diabéticos que não foram cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (base de abrangência da UBS)	36				Considerar somente os diabéticos cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético. Não considerar os diabéticos que não foram cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético. Este dado deve ser coletado somente na UBS ou em programa de atenção ao diabético. Não considerar os diabéticos que não foram cadastrados na UBS ou em programa de atenção ao diabético.

\* Estimativa de diabéticos no território

Parâmetro total: 4552

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da pop. DIABÉTICAS 10% da população com 20 anos e mais): 312

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICAS 10% da população com 20 anos e mais: 311

Denominador: Número de diabéticos com DB residentes na área com necessidade de realização de consulta

Mês 1 | 25 | 28 | 30 | 35

VOLTAR | Avançar

Pronto

Planilha coleta de dados Diabetes-FINAL- Alessandra Almeida.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel Starter

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas

Calibri | 11 | Geral

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula

M72 | 0

Indicadores de Atenção aos Diabéticos - Mês 3												
Idade do paciente	O paciente está cadastrado no Programa HIPERTENSÃO?	O paciente está com a consulta de acordo com o protocolo em dia?	O paciente está com o exame do pé diabético em dia?	O paciente está com os exames complementares do protocolo em dia?	Paciente com consulta especializada em dia	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	Os paciente consegue todos os medicamentos da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente toma todos os medicamentos de acordo com a prescrição?	O paciente está com a glicemia compensada?	Astratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	Avaliação de comprometimento de órgãos alvo dos pacientes de alto risco está em dia?	Realização de investigação de prática de atividade física regular da família do hipertenso
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	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
52	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
62	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1
64	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
75	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
95	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1
38	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1

Pronto

ANEXO C-FICHA DE CADASTRO



**MS – HIPERDIA**  
**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**  
**À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS**

**1.ª Via: Enviar para distúrcia**  
**CADASTRO DO HIPERTENSO**  
**E/OU DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SAÚDE (*)		Número do Promotor			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento: / /			
Nome de título (com letra de forma e sem abreviaturas)				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nome do Pai		País de Origem		Data Naturalização: / /			
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira					
TP* Postura	UF* Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	TP* Curso SUS		
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>							
Título de Eleitor	Nome	Jura	Anexo				
CTPS	Número	Série	UF	Data de Emissão: / /			
CPF	Número	PEP/PASEP	Número				
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)</b>							
Identidade	Nome	Complemento	Cidade (TV)	UF	Data de Emissão: / /		
	Tipo	Nome da Carteira		Linha			
Carteira (TV)	Folha	Nome			Data de Emissão: / /		
<b>ENDEREÇO (*)</b>							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento		
Bairro	CEP	DDD	Telefone				
<b>DIAGNÓSTICO RESUMO DO PACIENTE</b>							
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Colúria (mg)	Peso (kg) (TV)				
Altura (cm) (*)	Índice de Massa Corporal (kg/m²)	<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial					
<b>TRATAMENTO</b>							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
<b>Medicamentosos</b>				<b>Unidade de Ação</b>			
Comprimido/cápsula				Insulina: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Tipo		10	1			2	3
Hidrocortisona 20mg							
Dexametasona 0,5mg							
Cortisona 25mg							
Dexametasona 4mg							
Metoprolol 50mg							
Outros: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)					

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, sem exceção, mesmo que não tenham sido preenchidos e (\*) País origem, em nacionalidade brasileira (nascido no Brasil) complementar, DDD e telefone. (TV) País origem, em dois documentos, é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.







ANEXO E- MATERIAL EDUCATIVO

### CUIDE DO SEU PÉ - EVITE AMPUTAÇÕES

### Aplicação de Insulina

Técnicas:

1. Guardar a insulina dentro da geladeira, de preferência na porta na gaveta de verduras e legumes. Sempre longe do congelador.
2. Lavar as mãos.
3. Agitar suavemente ou rolar o frasco de insulina entre as mãos.
4. Limpar a tampa do borracho do frasco com álcool embebido em algodão.
5. Lavar o local onde será aplicada a insulina com álcool embebido em algodão. Fazer uma prega na pele e introduzir a agulha em ângulo de 90°.
6. Introduzir ar no seringa de acordo com a dosagem prescrita e retirar no frasco de insulina. Cuidado para não contaminar a seringa e a agulha.
7. Usar o frasco e expor a insulina desidratada. Bater suavemente com os dedos na seringa para retirar as bolhas de ar e acentuar a dosagem.
8. Limpar o local onde será aplicada a insulina com álcool embebido em algodão. Fazer uma prega na pele e introduzir a agulha em ângulo de 90°.
9. Injetar a insulina, pressionar o local com algodão e retirar a agulha, fazendo uma suave pressão no local sem fazer massagear.
10. Locais de aplicação:

É muito importante o rotôzido do local de aplicação da insulina.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DE MERITI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O QUE É DIABETES?

Diabetes é o aumento da glicose no sangue.

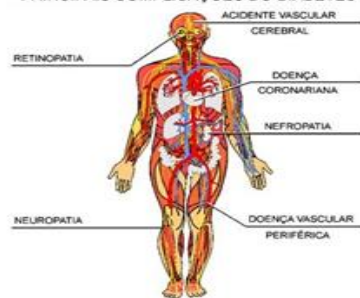
Fatores de Risco para Diabetes



FIQUE ATENTO QUANDO



PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO DIABETES



Previna-se Contra o Diabetes!

Principais causas do Diabetes: inatividade física e má alimentação.

Escritas em que 50 a 90% dos portadores dessa doença são obesos.



Diabetes acontece que 70% dos adultos estão acima do peso e mais de 50% das crianças são o tipo II. Fatores como obesidade e sedentarismo estão associados ao diabetes.

A prática regular de exercícios físicos pode ajudar na manutenção e prevenção do diabetes.

Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Diabetes. Disponível em: [www.sa.gov.br](http://www.sa.gov.br)

## ANEXO F PARECER COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

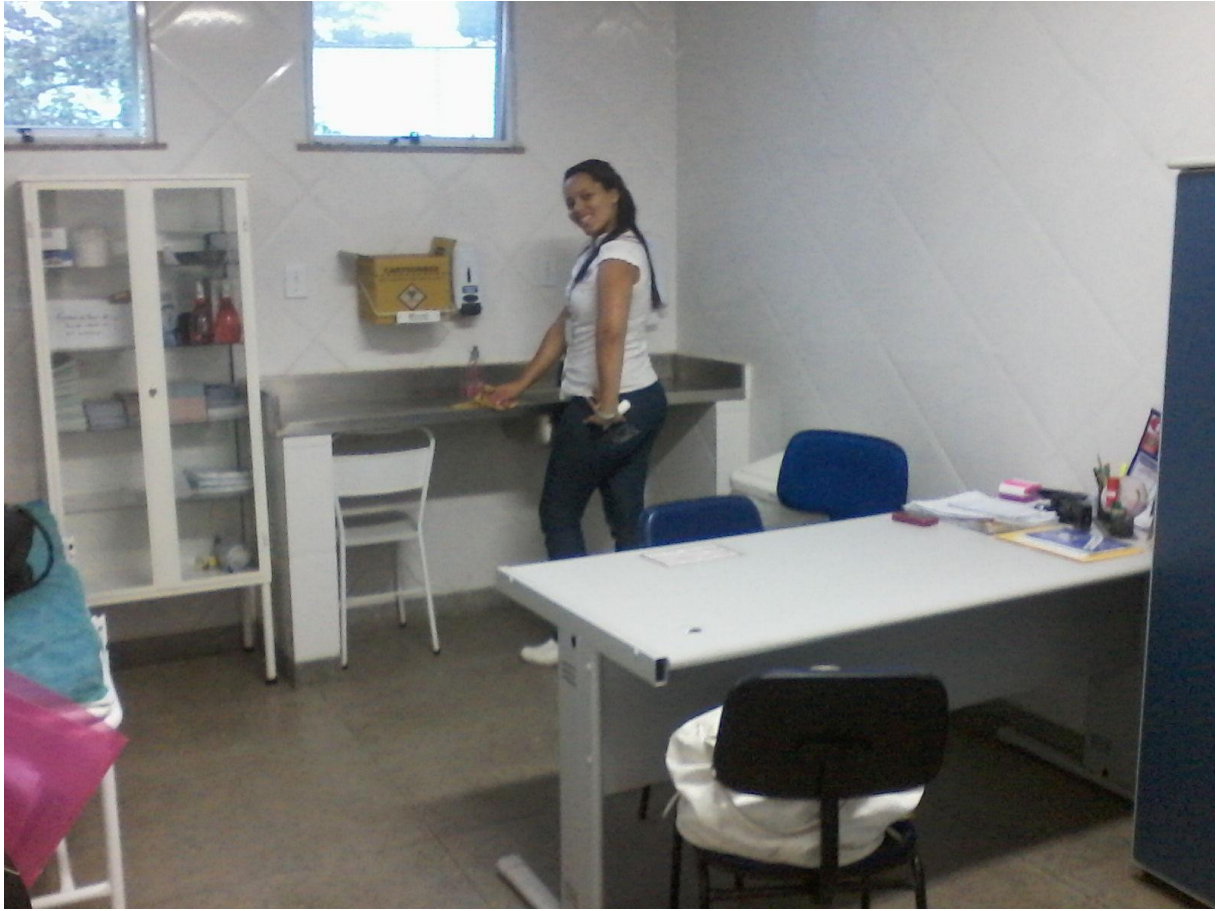
*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



**ANEXO G UBS JARDIM SUMARÉ SALA DE ESPERA**



**ANEXO H UBS JARDIM SUMARÉ SALA HIPERDIA**







**ANEXO I UBS PALESTRA COM DIABÉTICOS**





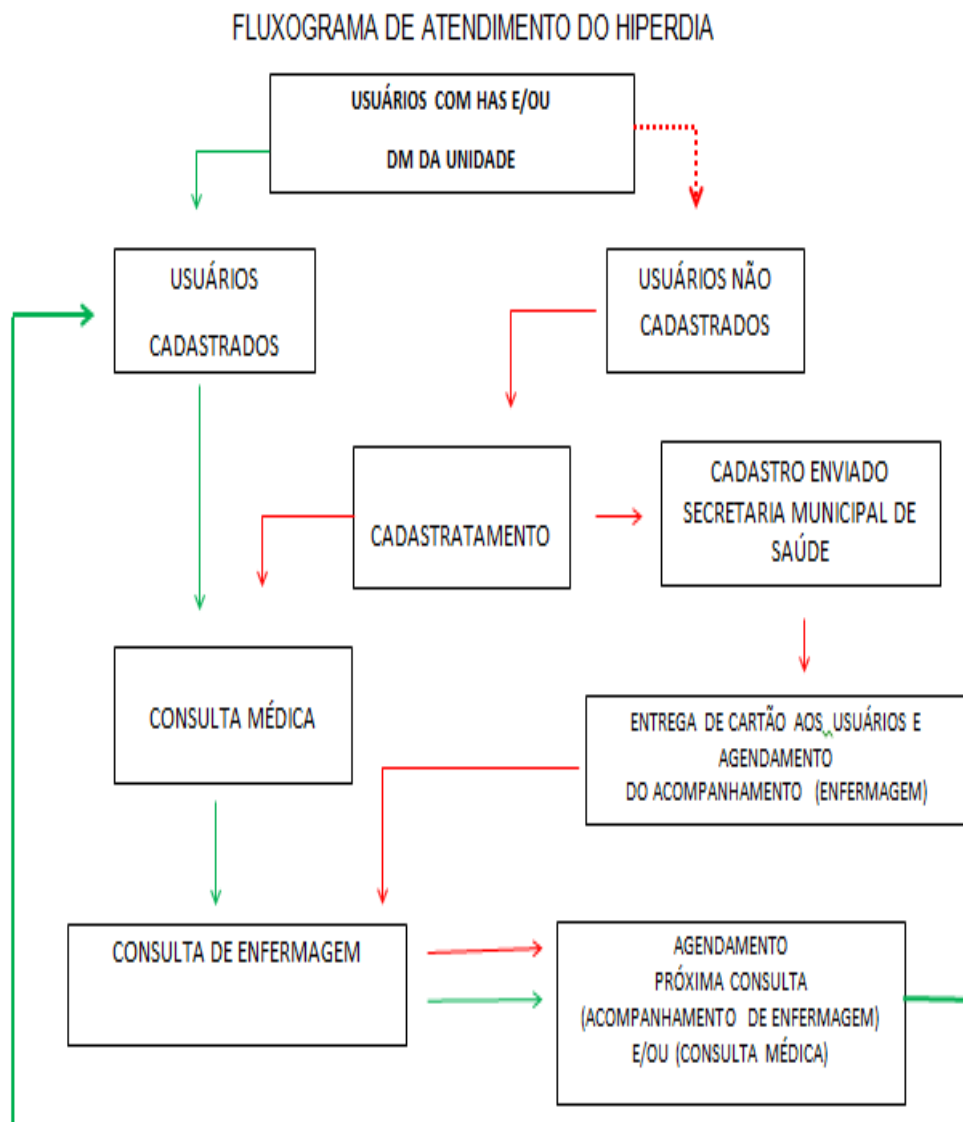
## ANEXOJ PARTICIPAÇÃO PROVAB/MS NO MERITI LEGAL





## APÊNDICES

### APÊNDICE A FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



# APÊNDICE B - BANCO DE DADOS HIPERDIA

BANCO DE DADOS HIPERDIA.JD. SUMARÉ.xlsx - Microsoft Excel Starter

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas

Calibri 11 | Geral | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Transferência | Fonte | Alinhamento | Número

L22 METFORMINA 850MG 1CP 2X/ GLUCAZIDA 30MG 2CP 1X/ ICTUS 3,125MG 1CP 1X/ ESPIRONOLACTONA 25MG 1CP 1X/ MONOCORDIL 20MG 1CP 1X/ LOSA

C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
#	CADASTR	DATA DE CADASTR	DT. NASC.	CLASSIFICAÇÃO	IMC	ENDEREÇO	BAIRRO	CONTATO	MEDICAÇÕES EM USO
3		14/01/2012	52			AV. EUCLIDES DA CUNHA N° 29 0A03	V. DOS TELES		LOSARTANA 50MG/ANLDOPIA
4		23/11/2012	55	DM+HAS LEVE	34,2	RUA ARNALDO MENEZES S/N L73 OD 02	P.O. BARRETO	(21)2442-4122	ENALAPRIL 10MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 2X
5		02/10/1987	67	HAS		RUA DO OUVIDOR LT22 OD 164	JD. SUMARÉ	0212442-4397	ESPIRONOLACTONA 25MG ICP 1X/ FUROSEMIDA 40MG 2X/ CARVEDILOL 25MG ICP 2X/ LOSARTANA 50MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X
6		09/11/2012	59			RUA TELES DE MENEZES N° 21 CA 3	V. DOS TELES		INSULINA NPH
7		09/11/2012	61	DM+HAS					GLIBENCLÂMIDA 5MG/ ISENTINOL 50 MG/ AAS 100MG/ GLIFAGE 500 MG/ GLICORTALIDONA 12,5 MG
8		09/11/2012	63			AV. MIGUEL COUTO 1104	JD. SUMARÉ	0213757-4925	
9		09/11/2012	69	HAS SEVERA SOBREPESO		RUA ALVORADAN 43 OD 05	JD. SUMARÉ	0212442-7400	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5 MG ICP 2X/ ENALAPRIL 20 MG ICP 2X/ ANLDOPIA 5
10		09/11/2012	67			RUA ARNALDO MENEZES S/N OD 2 LT 30	V. DOS TELES	0212952-0239	MS ICP 2X/ AAS 100 MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5 MG ICP 2X/ ENALAPRIL 20 MG ICP 2X/ ANLDOPIA 5
11		09/11/2012	69			RUA FERREIRA DE SANTANA S/N CA 1 LT 85 OD 19	P.O. NOVO RIO	0213971-4051	CAPTOPRIL 25MG ICP 2X/ AAS 100 MG ICP 1X/ GLIFAGE 500 ICP 1X/ LOSARTANA 50MG ICP 1X/ MONOCORDIL 20MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X
12		09/11/2012	67	HAS+DM		RUA GAMA ORUZ S/N OD 24 LT 6		0212764-9023	INSULINA NPH 60U (3X) 2X/ ENALAPRIL 20 MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5 MG ICP 2X/ LOSARTANA 50MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X
13		09/11/2012	53			RUA MIGUEL PEREIRA N° 4 LT 22 OD 0	P.O. ARARUAMA	0212762-7035	LOSARTANA 50MG ICP 2X/ ATENOLOL 50MG ICP 2X/ GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 2X/ ZILCIC 100MG 2CP 1X
14		09/11/2012	33	HAS LEVE SOBREPESO		AVENIDA GETULIO VARGAS N° 44 CA 1	V. DOS TELES	0214445-4052	FUROSEMIDA 40MG ICP 1X/ FUROSEMIDA 20MG ICP 2X/ CAPTOPRIL 25MG ICP 2X/ CLONAZEPAM 50S
15		09/11/2012	49			RUA CARNEIJA VILARD DE ANDRADE N° 22	JD. METROPÓLE	0219424-9322	ANLDOPIA 5MG ICP 1X/ ATENOLOL 25MG ICP 2X/ INDAPIRAMIDA 2 MG ICP 1X
16		09/11/2012	66			AVENIDA FERNABUCIANA N° 1920	VILAROSALI	0217934-1423	CAPTOPRIL 25MG/ GLIBENCLÂMIDA 5MG
17		09/11/2012	59	HAS LEVE					ENALAPRIL 10MG 2CP 2X/ ANLDOPIA 20MG ICP 2X/ AMEPRAZOL 20MG ICP 1X/ FUROSEMIDA 40MG ICP 1X
18		17/02/2012	1903	DM+HAS LEVE	34,28	RUA WILSON DE ARAUJO N° 123	JD. METROPÓLE	0213757-9147	AAS 100MG ICP 1X/ ANLDOPIA 20MG ICP 2X/ METOPROLOLOL 25MG ICP 1X/ FURIDIPRINA ICP 50S/ HIDRALAZINA
19		09/11/2012	74	DM+HAS		AVENIDA PORTUGAL S/N LT 4 OD 5	V. DOS TELES	2452-3159	LOSARTANA 50MG/ AMODARONA 100MG/ METFORMINA 850MG
20		09/11/2012	74	HAS MODERADA		RUA MARECHAL CAMARÁ N° 90	V. DOS TELES	0213774-2481	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG ICP 1X/ CAPTOPRIL 25MG ICP 1X/ AAS 100MG ICP 1X/ FURIDIPRINA
21		09/11/2012	68	HAS LEVE		RUA GAMA ORUZ S/N LT 4 OD 19	V. DOS TELES	0212764-9033	LOSARTANA 50MG ICP 2X/ FUROSEMIDA 40MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 1X
22		09/11/2012	61	DM		RUA SACRA FAMÍLIA LT3 OD 14	TREZENTOS	0213458-4011	LOSARTANA 50MG ICP 2X/ FUROSEMIDA 40MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 1X
23		09/11/2012	67			RUA ROSSA SENHORAPENHA S/N LT 37 OD 19 A	JD. METROPÓLE	0212764-9399	INSULINA NPH 24U (3X) ICP 2X/ ICTUS 3,125MG ICP 1X/ ESPIRONOLACTONA 25MG ICP 1X
24		09/11/2012	67	HAS LEVE		RUA MERCADO S/N CA 2 LT 17 OD 0	YENDA VIELHA		ENALAPRIL 10MG/ FUROSEMIDA 20MG/ GLIBENCLÂMIDA 5MG/ HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/ METFORMINA 850MG
25		09/11/2012	70	DM+HAS LEVE		RUA MARAI S/N OD 49 LT 23 A	JD. METROPÓLE		HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/ LOSARTANA 50MG
26		26/11/2012	03/09/1973	HAS					CAPTOPRIL 25MG 2CP 3X/ INSULINA NPH 24 U (3X) ICP 2X/ ANLDOPIA 5MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X/ ENALAPRIL 20MG ICP 2X/ AMEPRAZOL 20MG ICP 1X/ FUROSEMIDA 40MG ICP 1X
27		09/11/2012	51			RUA TDE SETEMBRO S/N LT 01 OD 03 CASA 05	V. VELHA	(021)3757-4447	CAPTOPRIL 25MG ICP 2X/ METOPROLOLOL 25MG ICP 1X/ LOSARTANA 50MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X
28		09/11/2012	48	DM II					CAPTOPRIL 25MG ICP 2X/ METFORMINA 850MG ICP 2X/ INSULINA NPH 60U (3X) ICP 2X/ SINISTATINA 20MG ICP 1X (2X)
29		09/11/2012	50	DM		AVENIDA MIGUEL COUTO RIBEIRO S/N LT 4 OD 14	JD. METROPÓLE	0213774-2707	GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X/ ANLDOPIA 5MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X
30		12/11/2012	22/09/1953	59		RUA GOVERNADOR PORTELA S/N LT 04 OD 14 CASA 12	P.O. ARARUAMA	(21)3971-2431	ENALAPRIL 10MG/ FUROSEMIDA 20MG/ AAS 100MG/ GLIBENCLÂMIDA 5MG/ HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/ METFORMINA 850MG ICP 2X
31		24/04/1959	53			RUA FERREIRA DE SANTANA S/N LT 05 OD 19	P.O. SANTANA	0212771-9149	SINISTATINA 20MG ICP 1X/ INSULINA REGULAR
32		09/11/2012	45	HAS HIPERTIREOÍDISMO		AVENIDA ROBERTO DA SILVA N° 362 L004 4	EDEH	0219326-9327	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X/ LOSARTANA 50MG ICP 1X/ FURAM 14 125mg 05
33		02/09/1964	49	DM+HAS					METFORMINA 850MG ICP 1X/ GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 2X
34		09/11/2012	69	DM					GLIBENCLÂMIDA 5MG ICP 1X/ HIDROCLOROTIAZIDA 25MG ICP 1X/ METFORMINA 850MG ICP 2X/ LOSARTANA 50MG ICP 2X

CADASTRO GERAL | COMPENSADOS | DESCOMPENSADOS | CAD. ABR-2013 | CAD. MAR-2013