

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE DISTÂNCIA
TURMA 4



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MARABAIXO III, MACAPÁ – AP.**

LUCAS LIMA ALBUQUERQUE

Pelotas – 2014

Lucas Lima Albuquerque

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Marabaixo III, Macapá - AP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha

Pelotas – 2014.

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

A345m Albuquerque, Lucas Lima

Melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Marabaixo III, Macapá - AP / Lucas Lima Albuquerque; Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

86 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. Cunha, Maria Aparecida Gonçalves de Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a meus pais, Antônio Albuquerque e Judite Oliveira,
que nunca mediram esforços para auxiliar e apoiar minhas escolhas
e por sempre acreditarem em minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), pela oportunidade de cursar a Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família na modalidade à distância, tornando possível uma formação clara, de qualidade e excelência.

Aos orientadores Maria Aparecida e Antônio, pelo apoio pedagógico.

À professora Maria Aparecida, pelo imenso auxílio durante a trajetória do curso e em especial durante a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Aos demais professores responsáveis pela elaboração dos conteúdos estudados, que tornam sem dúvida o curso cada vez mais rico em informações e aprendizados. Isso contribuiu significativamente em minha formação pessoal e profissional fortalecendo e tornando a semana didática.

Aos colegas pela grande honra em comunicarmos por meio da internet e por tornarem as discussões nos fóruns e nas atividades interessantes, ativas, interativas e didáticas em conhecimento e vivências.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, e aos gestores de saúde do município de Macapá, por tornar esse trabalho possível.

Agradeço em especial aos profissionais diretamente envolvidos no projeto de intervenção, Josilene Cristina, Kalina, Leozinete, Jacira, Bianca, Silvia, Milene, Eliton, Vania, Rosinete e Missalon e aqueles que direta ou indiretamente contribuíram e colaboraram para a conclusão do projeto.

Em especial, aos meus pais, Antônio e Judite, pelo apoio incondicional, pela base emocional, incentivo e apoio e por entenderem minha ausência nos momentos diários. Principalmente por acreditarem em meu potencial tornando possível a conclusão dessa especialização.

Ao meu irmão Thiago pela mão amiga, pela força e pela coragem ofertada e depositada em todos os momentos da minha vida e por me ajudar em todas as dificuldades operacionais convividas.

Aos amigos e colegas de especialização do Município que desistiram e contribuíram compartilhando as vivências fazendo parte da minha trajetória, pela torcida e empurrões quando o caminho se tornava pesado.

“Depois de exterminada a última
nação indígena
E o espírito dos
pássaros
das fontes de água
límpida mais avançado que a mais avançada
das mais avançadas das tecnologias.”
(Caetano Veloso, Um Índio)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa Inteligente da ESF 066 de Macapá /AP...	50
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde...	51
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde...	51
Figura 4	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa...	52
Figura 5	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa...	52
Figura 6	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo...	53
Figura 7	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo...	53
Figura 8	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo...	54
Figura 9	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo...	54
Figura 10	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular...	55
Figura 11	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular...	55
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento...	56
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento...	56
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia...	57
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia...	57
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional...	58
Figura 17	Proporção de diabéticos com orientação nutricional...	58

Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular...	59
Figura 19	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular...	59
Figura 20	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo...	60
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo...	61

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AL	Apoio logístico
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRTN	Centro de Referência de Tratamento Natural
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença Cerebrovascular
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LACEN	Laboratório Central
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde

PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RH	Recursos Humanos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.	3
1. ANÁLISE SITUACIONAL	Erro! Indicador não definido.	5
1.1 Situação da ESF/APS na segunda semana de ambientação Erro! Indicador não definido.		5
1.2 Relatório da Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.	6
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional		235
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO Erro! Indicador não definido.		7
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.	7
2.2 Objetivos e Metas	Erro! Indicador não definido.	8
2.2.1 Objetivo Geral.....	Erro! Indicador não definido.	8
2.2.2 Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.	8
2.2.3 Metas.....	Erro! Indicador não definido.	8
2.3 Metodologia		31
2.3.1 Ações.....		31
2.3.2 Indicadores		37
2.3.3 Logística		42
2.3.4 Cronograma.....		46
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO		50
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas cumpridas integralmente		50
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas cumpridas parcialmente		52
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados examinando as dificuldades encontradas		52
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço examinando as facilidades encontradas		52
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO		54
4.1 Resultados		54

4.2 Discussão	64
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	68
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	72
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM...	74
6. REFERÊNCIAS	77
ANEXOS.....	79
I – Ficha espelho.....	79
II – Cartão para acompanhamento de HIPERDIA	80
III – Formulário de cadastramento no HIPERDIA	81
IV- Ficha com Escore de <i>Framingham</i>	82
V- Planilha de coleta de dado(planilha eletrônica Ufpel).....	83
APÊNDICES.....	84
I- Cartilha de apoio aos usuários Hipertensos.....	85
II- Cartilha de apoio aos usuários Diabéticos.....	86

RESUMO

ALBUQUERQUE, Lucas Lima. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde de Marabaixo III, Macapá-AP.** 2014. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas - RS.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (BRASIL, 2012). A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são as DCNT mais frequentes. Elas ameaçam a qualidade de vida de muitas pessoas, influenciando até mesmo na economia dos países, principalmente os de baixa renda e países em desenvolvimento (BOING). Essas doenças são passíveis de prevenção, e/ou podem ter seu prognóstico modificado, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos. Ao iniciar a intervenção buscou-se melhoria na atividade do programa de Hipertensão e Diabetes que estava antes da intervenção sem mapeamento e organizado na sua essência. Dessa maneira, a presente intervenção objetivou melhorar a atenção aos adultos hipertensos e diabéticos da população pertencente à UBS de Marabaixo III (066) situada no Município de Macapá/ AP, por meio do aumento da cobertura, identificação de grupos de alto risco cardiovascular, registro em prontuário específico, orientações quanto à alimentação saudável, realização de atividade física e orientações quanto aos riscos do tabagismo. O estudo foi realizado de novembro de 2013 a janeiro de 2014. A metodologia implantada foi norteada em quatro eixos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Qualificação da prática Clínica e Engajamento Público. Os resultados mostraram que foi possível ampliar a cobertura aos hipertensos (71,8%) e diabéticos (21,8%), melhorar a adesão desses pacientes ao programa, realizando busca ativa em 100% dos pacientes, melhorar a qualidade do atendimento realizado na unidade de saúde, por meio de exame clínico apropriado em aproximadamente 100% dos pacientes, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, estratificando 100% dos hipertensos e diabéticos, orientação nutricional sobre alimentação saudável e em relação à prática de atividade física regular a todos os pacientes hipertensos e diabéticos. Os resultados obtidos proporcionaram entendimento da importância do cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Conclui-se, que as atividades da ESF enfatizadas com trabalho em equipe, apoio dos gestores de saúde e participação dos usuários, enriquece as vivências com resultados favoráveis.

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

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabete mellitus na UBS Marabaixo III, no bairro Marabaixo III, no município de Macapá, estado do Amapá.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram e que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho, bem como os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Situação da ESF/APS na segunda semana de ambientação

A situação da minha unidade de saúde é boa, pois é uma unidade básica de saúde (UBS Marabaixo III equipe 066) composta por estrutura física satisfatória. A equipe é composta por mim, profissional médico da estratégia de saúde da família autor deste trabalho, uma enfermeira habilitada na atenção primária em saúde (APS) e quatro técnicas de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga, um educador físico que prestam auxílios complementares à equipe e quatro agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam em vigilância na comunidade.

A unidade está situada em um bairro de grande volume populacional do município de Macapá. Apresenta aproximadamente 528 famílias cadastradas na equipe que atuo.

Conta com alguns profissionais que atua na equipe e que estão mais vinculados ao bairro, por habitarem no próprio bairro. Assim, eles auxiliam juntamente com a comunidade inserida na unidade a compreender a realidade vivenciada pelo bairro.

A unidade conta ainda com outros profissionais médicos que prestam atendimentos na Unidade: um profissional pediatra, um profissional ginecologista e dois profissionais ultrassonografistas.

A unidade não dispõe de laboratório para realização de exames complementares e de sala para os ACS, o que os quais compartilham a sala com os técnicos de enfermagem.

A equipe em que atuo não dispõe de profissional odontólogo para auxílio à comunidade apesar de possuir consultório odontológico na unidade, este se apresenta incompleto para o funcionamento quanto aos materiais e equipamentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Macapá, local em que atuo como médico da família, capital do Estado do Amapá possui 398.204 habitantes com área total de 6.408,545 km² segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE/2013). Está situada no bioma amazônico e tem limites geográficos entre a Guiana Francesa, Suriname e no Brasil com o Estado do Pará. O município possui atualmente, em funcionamento, aproximadamente 60 equipes cadastradas na Estratégia Saúde Família (ESF). Possui também Unidades de suporte multiprofissional com oito Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) implantados no município e duas unidades do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que atendem a demanda de atendimento especializado na saúde bucal.

Em relação à atenção especializada conta com o suporte de cinco hospitais na rede pública, um centro especializado em doenças tropicais, um centro especializado em tratamentos alternativos e de medicina alternativa (CRTN), duas unidades de centro de apoio psicossocial (CAPS) e o Laboratório Central (LACEN) que faz o suporte laboratorial ao município.

A Unidade em que atuo é uma Unidade de Saúde da Família (UBS) situada na zona urbana em bairro denominado Marabaixo III (equipe 066), com população cadastrada de 2890 usuários. Além da equipe em que atuo, existem mais outras três equipes que atendem com prestação de serviços à população do bairro que possui uma grande extensão territorial no município de Macapá. As equipes também assistem às comunidades de diversos outros bairros de sua proximidade. Isso acontece pela ausência de Unidades de Saúde da Família (USF) nos bairros vizinhos.

Quanto a minha equipe, esta possui os seguintes componentes: um médico da família, que sou eu, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, quatro agentes de saúde.

Há cerca de dois meses atrás tínhamos um profissional de odontologia e uma técnica de saúde bucal. Entretanto, por problemas ocorridos, a população e a UBS Marabaixo III (equipe 066) está sem o serviço de odontologia.

O NASF, que atua na área física da unidade, presta serviço ao bairro com os seguintes profissionais: fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, educador físico, psicólogo e assistente social. Além desses atendimentos, a população conta, na própria

unidade, com um ginecologista, um pediatra e um profissional médico ultrassonografista que realizam atendimento especializado na unidade.

A UBS reiniciou as suas atividades em 2011. Foi toda reformada na sua estrutura física. Entretanto percebe-se que, apesar dessa reforma, ainda apresenta muitos problemas tanto de estrutura, como ausência de equipamentos, medicamentos e insumos.

A unidade, apesar de recém-construída, ficou por um ano sem atendimento médico prestado a comunidade. Além disso, por causa da reforma muitas informações e registros perderam-se por falta de arquivamentos e acondicionamentos adequados. Antes de iniciar minhas atividades foi percebida esta carência. Porém, ao longo das nossas ações estamos recuperando os dados.

São muitas as dificuldades, pois a UBS não está informatizada. Não possui microcomputadores, nem acesso a rede mundial de internet no ambiente físico da unidade, nos consultórios, pois facilitaria os armazenamentos e acondicionamentos dos registros e informações e o banco de dados.

O bairro possui uma grande área territorial e a estimativa dos dados já calculados, ditados pelo IBGE, se encontram desatualizados. Alguns programas avaliados nas atividades anteriores por dados estimados não condizem com a realidade que vivencio diariamente na minha prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC).

A UBS de Marabaixo III possui uma grande qualidade que é a sua estrutura física. Tem uma localização estratégica em relação ao bairro como um todo. Possui pontos de apoio para execução das ações na comunidade como escolas, centro comunitário, igreja, praça e rodovia. Entretanto, possui irregularidades e dificuldades na acessibilidade dos usuários para adentrar na unidade.

A rua, nas proximidades da UBS, encontra-se em mal estado de conservação no que se refere à pavimentação. O terreno é íngreme e escorregadio. As rampas e os corrimãos de acesso á unidade não apresentam manutenção. Possui irregularidades nas instalações elétricas que são precárias e perigosas.

As inúmeras infiltrações nas paredes tornam o ambiente úmido e insalubre trazendo riscos à saúde de todos, usuários e profissionais, com a aspiração de fungos e outros microorganismos como bactérias e vírus que nelas se desenvolvem. As goteiras nos tetos dos ambientes internos da unidade trazem sérios riscos de acidentes elétricos aos que nela frequentam e as áreas mais afetadas são: a farmácia, inclusive o consultório que presto o atendimento, além dos banheiros e diversos outros ambientes situados na área física da UBS.

Em relação aos problemas já elencados, é necessário que a gestão pública seja mais participativa e procure destinar com adequação correta os recursos necessários para modificar, incrementar e suprir a falta, a carência e ou ausência de materiais e equipamentos que são fundamentais para um funcionamento adequado da unidade. É preciso realizar manutenção da rede elétrica e corrigir as infiltrações existentes na unidade. As gestões de Recursos Humanos (RH) e de Apoio Logístico (AL) são precárias, já que uma unidade de construção tão recente apresenta problemas de manejos de engenharia, elétrica, hidráulica e estrutural. Não deveriam existir problemas de tal magnitude e graves se houvesse um planejamento e estruturação adequada para este ambiente.

A UBS Marabaixo III apresenta grandes barreiras arquitetônicas e falha técnica na construção civil. É necessária uma alocação adequada de recursos para ser aplicada neste setor, como também a destinação destes para estruturação das irregularidades. As dificuldades no planejamento adequado prejudicam o funcionamento correto da unidade.

Em relação às atribuições da equipe, percebo como aspectos positivos: aceitação das medidas de melhoramento das ações programáticas, expectativa de aumentar o grau de satisfação dos usuários na oferta dos serviços, tentativa de assegurar a garantia de acesso aos princípios do SUS como a integralidade, universalidade e participação no controle social. Na área adstrita da equipe que atuo aumentou de forma crescente a atuação da comunidade no sentido de buscar os direitos à saúde. É de grande relevância este assunto, já que tais princípios e doutrinas servem para orientar e identificar a necessidade de melhoramento das ações na prestação dos serviços e de orientar os usuários em nortear os seus anseios e necessidades quanto à saúde.

Entre as limitações, vale ressaltar que o real problema de alguns profissionais apresentarem insatisfeitos, refere-se à desvalorização que desmotivam os mesmos a atuarem com todo potencial que possuem. O grau de satisfação para uma participação mais efetiva é provável que seja a garantia de melhores condições de trabalho e a qualidade de recursos, quer sejam logísticos ou de investimentos em capacitações para um aprimoramento nos seus conhecimentos. A gestão até oferece por vezes alguns treinamentos, entretanto não dá a devida importância na atualização com repasse ao serviço ou nos melhoramentos dos conhecimentos para transmiti-los à comunidade. A valorização do profissional é importante, pois dá a credibilidade no atendimento, aumenta o grau de satisfação e proporciona a população um atendimento mais efetivo.

A população da área em que atuo é numerosa, são 2.890 habitantes. É preciso reforçar que fora os pacientes da área adstrita, existem os que por demanda espontânea procuram a UBS Marabaixo III e que são atendidos na nossa área de cobertura. Este é um aspecto que necessita de reflexão, pois esse número de habitantes por equipe deveria ser respeitado. Sugiro criação de novas equipes para cobertura dessa população que está “descoberta” da oferta e dos serviços de saúde.

A participação popular aliada com uma gestão participativa permite que sejam adotadas políticas públicas construtivas e plenas que são cruciais e determinantes para garantir direitos e deveres da população. Há necessidade de uma melhor atuação em relação à oferta de materiais, equipamentos e insumos para chegar adequadamente aos profissionais atuantes na UBS e assim, atender e suprir as carências e necessidades dos que buscam o serviço com resolubilidade dos seus problemas de saúde.

Na saúde da criança realizamos ações de forma a cobrir a população assistida na área de cobertura com atendimentos, planejamentos em equipe e medidas com a equipe multiprofissional para ajudar a acolher, orientar, tratar e prevenir de acordo com o grupo etário de crianças. Seja neonato, lactente, escolar ou adolescente de forma a cobrir a demanda com fornecimento de suporte necessário para viabilizar as necessidades vivenciadas do ciclo vital. No total são acompanhadas em nossa equipe cerca de 200 crianças que residem na área de cobertura da UBS. A cobertura do programa está 60% em relação a puericultura. Sobre as ações realizadas que disponibilizamos a essa população, estão: a consulta de puericultura, a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a cobertura vacinal em tempo integral e por meio das campanhas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), além das ações programáticas de orientação em realização ao aleitamento materno, realização de exames de triagem auditiva, oftalmológica e teste do pezinho. O programa de suplementação de ferro é realizado a orientação necessária para tal suplementação como também o preenchimento do cartão da criança conforme grupo atendido. Já no grupo dos adolescentes realizam-se ações de orientação quanto às Doenças Sexualmente Transmissíveis-AIDS (DST's-AIDS), orientação quanto a drogas lícitas e ilícitas, acidentes domésticos e com animais domésticos e silvestres, violência urbana, doméstica e maus tratos e a orientação quanto à cobertura vacinal.

Quanto ao protocolo, foi sugerido á equipe 066 a adoção atual do Manual do Ministério da Saúde (MS) de puericultura (caderno de número 33 versão atualizada disponível apenas na versão virtual) para melhor suporte. Este está sendo utilizado como recomendações e orientações na realização das atividades. É importante frisar que está

sendo executado pela equipe com moderado grau de aceitação já que não existe este protocolo impresso, apenas virtual. Isso dificulta o acesso e a leitura por parte de alguns membros da equipe por não dispormos de serviço informatizado para manejo de tal material.

Em relação ao monitoramento das ações programáticas, apesar da dificuldade técnica em processar as informações e os dados (já que inexistem serviços informatizados), ainda assim são implementadas na equipe as informações necessárias. Essas estão sendo monitoradas, acompanhadas e discutidas nas reuniões de equipe e reforçada a necessidade de melhoramento dos indicadores, pois depende também da atuação de cada membro da equipe em relação as suas competências e ações a serem feitas para a saúde da criança.

Sobre o programa de pré-natal são acompanhadas no total 21 gestantes na área de cobertura residentes na área de cobertura e 10 puérperas residindo na área de cobertura da equipe 066. A cobertura do programa está em 40% de acompanhamento das gestantes. Avalio que as ações necessárias para execução das atividades do programa estão sendo realizadas apesar de existir a dificuldade técnica da rede municipal para realizar os exames de pré-natal e para o envio à unidade dos cartões de gestante. Isto gera dificuldade no andamento do programa, entretanto espera-se que no decorrer do ano isto seja sanado e modificado. As orientações de educação em saúde e o programa do sulfato ferroso estão sendo realizados, como também a cobertura vacinal e as orientações para preparação ao parto e os cuidados de puerpério quando se trata de partos cesarianos ou de parto normal. Os cuidados nas gestações de risco são realizados em conjunto com a atenção secundária, entretanto o acompanhamento da saúde bucal não está sendo realizado em virtude de não haver profissional dentista na equipe. O protocolo utilizado é o Manual preconizado pelo Ministério da Saúde (caderno de pré-natal de baixo risco de numero 32 versão atualizada) apenas na forma virtual. Seria importante que o Ministério da Saúde (MS) disponibilizasse recursos auxiliares nas áreas de difícil acesso. É importante atentar que em áreas distantes do centro do país há de pensar em materiais que possam facilitar as ações programáticas de cada modulo a ser avaliado, pois a nossa região há constantes quedas de energia, dificuldade técnica de acesso informatizado, internet e precária aquisição de recursos complementares de informação, sejam na atenção básica ou nos demais programas de compartilhamento de informações entre os profissionais da equipe envolvidos.

Em relação à adesão aos programas da saúde da criança avaliados anteriormente e o da atenção ao pré-natal estão sendo melhorados os indicadores de forma crescente e

discreta, pois como já havia relatado anteriormente há dificuldades técnicas e logísticas quanto à gestão pública em melhorar a assistência sejam por recursos técnicos, logísticos, recursos de incrementos em apoio adequado de recursos humanos necessários para crescimento das ações apesar de grande parte dos profissionais envolvidos na equipe atuarem com engajamento e disposição para melhoramento dos indicadores a serem avaliados e acompanhados nos programas.

Apesar dos esforços árduos e frequentes dos profissionais há necessidade de apoio técnico e pactuado com a gestão do município para fornecer recursos complementares a atenção básica (AB) no que se refere à área da saúde da criança e da assistência pré-natal com medicamentos, oferta de exames adequados e assistência complementar como a saúde bucal que não está sendo realizada na equipe.

Quanto aos pontos positivos observa-se um engajamento dos usuários envolvidos pela busca constante de melhoria para fazer cumprir as competências do poder público. Para os profissionais que visualizam diariamente a dificuldade técnica existente em atuar e ofertar um atendimento e uma assistência mínima e necessária aos grupos de vulnerabilidade como crianças e gestantes. A população clama e exige das autoridades a liberação de recursos para garantia e um melhor acesso aos serviços de saúde e com equidade, integralidade e gestão plena adequada.

Em relação ao Programa de Prevenção do câncer de Colo Uterino há necessidade de melhorias do programa, pois há dois anos que não existe o programa pela rede municipal. Quanto à coleta do exame preventivo de câncer de colo uterino encontra-se em indisponibilidade na rede pública, pela falta de condições estruturais para a sua realização e até o momento não foi modificado tal panorama no município.

O Programa de Prevenção de Câncer de Mama está sendo realizado adequadamente, embora à demanda atendida frequentemente relate dificuldades de marcação, execução e recebimento dos exames de rastreamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. É necessária a modificação da rede quanto à manutenção adequada dos equipamentos e a disponibilização dos exames para acompanhamento e assistência ao programa, fato que há grande dificuldade em relação aos exames de imagem para haver melhoria das ações programáticas nos programas avaliados. Houve a orientação da leitura pela equipe quanto ao manual de prevenção. Em relação a protocolo à equipe relatou o mesmo problema descrito anteriormente embora esteja sendo seguido conforme as orientações ministradas no manual.

O Programa de Hipertensos e Diabéticos (HAS e DM) sofreu melhorias nas ações realizadas onde atualmente utilizado os cadernos disponibilizados pelo ministério da

saúde como protocolos (cadernos de número 37 e 36) que são as versões atualizadas. Os usuários da UBS são avaliados com exames complementares periódicos, estratificação cardiovascular entre outros e orientações quanto à atividade física e nutricional. A cobertura do programa de Hipertensão está em torno de 10% e conta com 50 usuários hipertensos cadastrados no programa. Entretanto, enfatizo que a avaliação da saúde bucal não está disponível como já fora descrito anteriormente. A falta de medicamentos perdura desde o início da minha atuação na unidade e até o momento não foi resolvido tal problema; isto gera um reflexo negativo no andamento, acompanhamento e controle clínico adequado dos pacientes que fazem uso dos medicamentos, que perguntam e que buscam diariamente durante as consultas apoio e mudanças. Torna-se necessário o enfrentamento essencial e estratégico na resolutividade da situação apontada. É preciso que a gestão municipal possa envidar esforços frente ao problema. Segundo os profissionais envolvidos nas outras equipes da ESF relatam conviver com tal situação e que buscam medidas e intervenções para mudança deste panorama. Em relação aos protocolos, a equipe buscou adotar o manual preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

Em relação ao programa de avaliação da DM são acompanhados 13 usuários diabéticos e a cobertura do programa de diabetes está em 15 % de cobertura na UBS. Percebo que estão sendo realizadas as recomendações e as ações necessárias para execução do programa que engloba patologias com a hipertensão já descritas, como a avaliação da dislipidemia. Percebo como salutareis as medidas adotadas para a execução das orientações quanto alimentação, atividade física, exames complementares, como também a avaliação da sensibilidade e a palpação dos pulsos durante os exames clínicos, como também as ações preventivas realizadas durante o acompanhamento dos pacientes como a prevenção do pé diabético, retinopatia e nefropatia diabética importantes medidas que com devidas orientações necessárias podem ocorrer modificação da história natural do diabetes.

A questão do acompanhamento de exames complementares e dos medicamentos são pontos que necessitam de resposta da gestão, pois já descrevi em relatórios anteriores, há constante dificuldade técnica de marcação e de disposição na rede pública dos exames. Isto faz com que o usuário busque a rede privada e não tem seu direito constitucional garantido à saúde pública. Os usuários descrevem diariamente mudanças em relação à assistência como também a marcação das consultas especializadas dentre elas a oftalmologia para avaliação e acompanhamento conforme é preconizado para prevenção da retinopatia diabética.

A Saúde Bucal não está sendo acompanhada como já descrito anteriormente. No que se refere a protocolos, a equipe buscou a adoção do Manual do Ministério da Saúde (MS) pela facilidade da leitura e compreensão do assunto por tratar de uma patologia complexa aos demais membros da equipe e que necessita de acompanhamento e vigilância regularmente na Atenção Primária de Saúde (APS).

A Saúde do Idoso trata-se de um programa não acompanhado anteriormente pelos profissionais que me incentiva e me impulsiona para criar melhorias e apoio para mudança deste cenário. Vejo como um programa importante para a população que está crescente nacionalmente e a modificação está visível na pirâmide etária. Este programa está sendo executado com orientação nas informações, preenchimento da caderneta do idoso, educação em saúde para melhoria das condições clínicas apresentadas seja diabetes e hipertensão e a doenças crônico-degenerativas. Como protocolo adotado pela equipe está o caderno disponibilizado pelo ministério da saúde (caderno de número 19 disponível na versão virtual para acompanhamento que é a versão mais atual). Apesar de ser um programa que possui crescimento na UBS possui um total de 70 idosos que residem no bairro e que a sua cobertura ainda é muito baixa com 20% de cobertura na saúde do idoso pelo fato de muitos deles apresentarem ausência às consultas, acompanhamento, mudarem o endereço e de localidade temporariamente e sazonalmente conforme os períodos festivos no ano e alguns deles conforme os familiares se deslocarem no decorrer do ano para outras localidades ou outros bairros do município.

A promoção de saúde mental é um ponto que estamos adaptando a equipe e quanto à avaliação multidimensional global conforme relatado em atividades anteriores como um instrumento importante de avaliação das atividades diárias do idoso.

Em relação à assistência multiprofissional na prevenção de quedas, orientação quanto a doenças crônicas degenerativas como a osteoporose, catarata além da avaliação de fragilidade e demais orientações nutricionais e de atividade física estão sendo realizadas. Já em relação à saúde bucal estamos com dificuldade já relatada anteriormente. O protocolo assistencial adotado é o manual de orientações do Ministério da Saúde.

Estão sendo realizadas ações pela equipe, dentre elas, a campanha de vacinação contra o vírus influenza nos idosos que contou com a participação de um público expressivo. Gerou uma cobertura significativa dentre os idosos acompanhados na nossa área e dos demais idosos fora da área de cobertura e um elevado grau de satisfação na

demanda atendida. Ações preventivas são fatores importantes para prevenir e evitar esta condição clínica que na população idosa pode ser fatal.

O acesso dos idosos aos serviços de saúde na UBS é dificultado, pois existem apenas duas cadeiras de rodas para toda a unidade, o terreno é íngreme, molhado em virtude das chuvas constantes e escorregadio. Há necessidade de mais corrimãos na área externa da unidade, na área interna, nas salas de consulta clínica e nos banheiros que necessitam de mais recursos para a limpeza, higienização e conservação do ambiente.

Como pontos positivos vistos por toda a equipe que atua na área da UBS estão às melhorias para a população atendida seja nas ações desenvolvidas para comunidade, planejamento em saúde, visitas domiciliares, orientações e cuidados diários em acolher, ouvir, orientar, apoiar, vivenciar, modificar e melhorar assegurando a garantia dos serviços.

Portanto finalizo insistindo na necessidade de disponibilização de recursos para a manutenção dos equipamentos e o fornecimento adequado dos materiais e insumos necessários para a melhoria dos atendimentos e a população tenha efetividade no atendimento e eficaz cobertura dos indicadores da saúde.

No início do curso a caminhada foi repleta de desafio, árdua, cheia de impulsos e atividades a tornaram criativa, leve e fluida a maneira de interagir com o conhecimento da realidade e construção dos indicadores para avaliação da intervenção. Foi interessante notar e perceber o legado de melhorias na organização, engajamento, gestão, logística e recursos que torna nítida a mudança que após levantar as informações e coletar atividades para construir um apoio melhor e fértil no âmbito da saúde da família.

É de suma importância o engajamento de toda a população, dos profissionais e dos gestores para que haja o cumprimento das atividades com atitudes e medidas que alcance as soluções. A população deverá com isso ter o reconhecimento de que a saúde é direito de todos quer seja morador de uma região mais ou menos favorecida. Cobrar por serviços mais desenvolvidos e melhores na saúde com equidade e justiça.

E por fim percebe que após a intervenção na UBS muitos acontecimentos conquistados foram vencidos como a disponibilização dos medicamentos com reposição mensal pela gestão municipal, organização dos materiais e insumos, o espírito de união e força reconquistados na equipe em seu engajamento que tornou fortalecido, unido e com maior compartilhamento das idéias e experiências discutidas ao longo das reuniões, a aproximação dos usuários assistidos a equipe durante as atividades desenvolvidas ao longo dos períodos, como também as periodicidade e o acesso as informações preventivas foram aproximadas aos usuários de forma prioritária como também o cuidado

assistencial que se tornou enriquecido com experiências após a qualificação da intervenção e que fortalece os horizontes e amplia o conhecimento acerca das grandes dificuldades vivenciadas e vencidas.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

De acordo com a análise situacional, é percebido que na UBS Marabaixo III as atividades desenvolvidas são importantes e cruciais para garantia dos serviços primários de saúde à população, que é de extrema importância para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

A UBS possui aspectos importantes mencionados quanto às barreiras arquitetônicas que necessitam de serem enfrentados e compartilhados com ideias positivas para soluções fortalecedoras para os aspectos designados.

A situação vivenciada quanto à saúde bucal constitui um problema existente que necessita de apoio e garantia deste profissional inserido à UBS, como também o fornecimento dos materiais, equipamentos e o espaço físico essencial para o atendimento. Outro ponto está na intensificação constante e na garantia dos recursos assistenciais de insumos, materiais e equipamentos.

Além do apoio logístico e operacional que necessita ser ofertado aos profissionais e a população abastecida com assistência de cuidados de saúde é importante salientar que o conjunto de medidas a serem executadas em relação ao apoio da gestão municipal a UBS e aos usuários fortalece o vínculo com os profissionais com o apoio necessário quanto aos recursos humanos sustentáveis.

É relevante e favorável relacionar as dificuldades apontadas e descritas na análise situacional e os comentários na abordagem da atividade referente à semana de ambientação que se destaca que em relação às difíceis medidas vivenciadas pela carência e o enfrentamento das condições vividas.

No início do curso havia dificuldade de apoio logístico, recursos humanos, ampliação da cobertura precária, preenchimento, cadastramento incompleto ou ausente das informações pelos profissionais, como também enfraquecimento da equipe e ausência de capacitação. Após a intervenção com fortalecendo o espírito de equipe, organização, preenchimento das informações, trabalho coletivo ampliado, incentivo a busca ativa e o acolhimento, adesão medicamentosa, organização no atendimento e melhoria da qualidade de vida da população fortalecendo o elo das atividades preventivas

e assistenciais após a intervenção. E houve melhora exponencial na UBS após a intervenção.

Portanto, comparando as atividades, conclui-se que a descrição de apoio logístico, governabilidade e recursos humanos são essenciais para manter uma discussão com a gestão pública em relação às vulnerabilidades, dificuldades as condições existentes. Estas necessitam de abordagens dinâmicas, compartilhadas e ambientadas com ideias construtivas, fortalecedoras e sustentáveis para enfrentamento de dificuldades, problemas, barreiras existentes e as situações descritas nos relatos anteriores.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 JUSTIFICATIVA

A importância da ação programática escolhida na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuo (Marabaixo III equipe 066), na cidade de Macapá, se insere no contexto epidemiológico. Com a população estatisticamente elevada quanto à faixa etária, evidenciada na pirâmide etária com envelhecimento populacional, ocorre o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como está demonstrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). As principais causas de mortalidade no mundo se constituem atualmente: Hipertensão e Diabetes (OMS, 2002). No Brasil, as doenças do sistema circulatório ocupam na contemporaneidade, a principal causa de morte, mas a hipertensão arterial sistêmica, além de ser um dos principais problemas de saúde pública gera elevação no custo médico-social, principalmente determinadas pelas complicações que causam: doenças cerebrovasculares (DCV), doença arterial coronariana (DAC), doença vascular de extremidades (DAP), insuficiência cardíaca (IC) e insuficiência renal crônica (IRC) (MION *et.al* 2002).

A população alvo da área adstrita que atuo encontra-se em torno de 50 pacientes no universo de hipertensos e diabéticos. Entretanto a população atendida apresenta-se cerca de 30 pacientes, o que representa um grau de cobertura de 60 %. Quanto à adesão da população pretende-se focar no decorrer da intervenção para atuar com ações que envolvam o trabalho em conjunto, em equipe contando com colaboradores como atuante para operacionalizar, ou seja, com os agentes comunitários de saúde (ACS). A perspectiva é que tais ações visem analisar e visualizar os pacientes que serão direcionados para a importância e o controle clínico, acompanhamento laboratorial e medidas de prevenção, promoção da saúde como a orientação nutricional, as práticas físicas e ainda, o incentivo para cessação do tabagismo.

A importância da intervenção sobre a ação programática será essencial para população em estudo. Isto porque além de garantir a melhoria da cobertura para duas patologias de importante impacto na saúde brasileira que são HAS e a DM também vai ter o alcance da assistência. Esse grupo de doenças aumenta a cada ano e com elas, o surgimento de eventos que levam a vulnerabilidade. Por fim, percebo que será importante atuar com ações programáticas de intervenção na saúde dos hipertensos e diabéticos,

fornecendo informações e garantindo recursos para que este programa efetivamente seja atuante e possa atender aos usuários que buscam por assistência a este serviço.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS de Marabaixo, em Macapá-AP.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Em relação ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus realizada na unidade de saúde para atender às necessidades do programa desenvolvidas na unidade (UBS Marabaixo) pela equipe de profissionais técnicos de enfermagem;

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde para atender as

necessidades do programa (UBS Marabaixo) pela equipe de profissionais técnicos de enfermagem;

Em relação ao objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada realizada pelos profissionais ACS da equipe que no total são 04 ACS na área de abrangência do bairro Marabaixo III.

Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada pelos profissionais ACS da equipe que no total são 04 ACS na área de abrangência do bairro Marabaixo III.

Em relação ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos realizada na UBS Marabaixo III feitas por mim, médico da equipe.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos realizada na UBS Marabaixo III feitas por mim, médico da equipe.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, isto vale ressaltar de acordo com o protocolo no ambiente da UBS Marabaixo III durante as consultas realizadas por mim, médico e também com consulta realizada pela enfermeira durante a consulta de enfermagem.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, isto vale ressaltar de acordo com o protocolo no ambiente da UBS Marabaixo III durante as consultas realizadas por mim, médico e também com consulta realizada pela enfermeira durante a consulta de enfermagem.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, isto é desenvolvida no ambiente da UBS Marabaixo III durante as consultas realizadas por mim, médico da equipe.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, desenvolvida no ambiente da UBS Marabaixo durante as consultas realizadas por mim, médico da equipe.

Em relação ao objetivo de melhorar o registro das informações.

Meta 11: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde no ambiente da UBS Marabaixo III desenvolvidas e cadastradas pelos profissionais, acompanhadas e supervisionadas por mim, médico da equipe no ambiente da UBS Marabaixo III.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde no ambiente da UBS Marabaixo III, desenvolvidas e cadastradas pelos profissionais, acompanhadas e supervisionadas por mim, médico da equipe no ambiente da UBS Marabaixo III.

Em relação ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde no ambiente da UBS Marabaixo III realizadas por mim, médico da equipe no ambiente da UBS Marabaixo III.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, as quais serão desenvolvidas no ambiente da UBS por mim, médico da equipe.

Em relação ao objetivo de promoção da saúde.

Meta 15: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 16: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 17: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 20: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

As metas referentes à saúde bucal não serão contempladas neste projeto pelo fato da UBS não apresentar equipe de odontologia para realizar o acompanhamento odontológico, entretanto estamos realizando as orientações e o cuidado no quesito prevenção e orientação aos usuários.

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 AÇÕES

2.3.1.1 Ações detalhamento

Em relação à meta de cobertura do número de hipertensos e/ou diabéticos, será realizada as ações:

Eixo de monitoramento e avaliações:

-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados. Este monitoramento será feito através de uma planilha de cadastros, que será atualizada com os ACS. Estes profissionais possuem a relação dos hipertensos e diabéticos da sua micro-área.

Eixo de organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos através do monitoramento das fichas-espelhos. Haverá busca ativa realizada pelos ACS, dos usuários ainda não registrados.

- Melhorar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos. A proposta desta ação é garantir o atendimento com consultas agendadas sem longas esperas.

- Garantir material adequado para hipertensos (tensiômetro e balança) e diabéticos (glicosímetro e fitas) na unidade de saúde. Estes materiais são sempre reivindicados pela equipe aos gestores através de ofícios.

Eixo de engajamento público:

- Informar a comunidade sobre o programa HIPERDIA, sobre a importância da aferição regular da pressão arterial, sobre o rastreamento para o Diabetes Mellitus (DM) e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Esta ação será realizada através de palestras realizadas pela equipe que será devidamente treinada pelo médico e pela enfermeira para esta função.

Eixo de qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para cadastro de hipertensos e diabéticos e a equipe para aferição de PA de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste. Esta capacitação será realizada pelo médico através de um treinamento para toda a equipe.

Em relação à meta de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento das consultas conforme o protocolo e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas. Esta ação será efetivada através da ficha espelho pelos profissionais médico e enfermeiro.

Eixo de Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para a busca de faltosos e organizar agendamento para acolhimento aos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Ao

perceber algum usuário faltoso o ACS realizará a busca já providenciando seu reagendamento.

Eixo de Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância da realização de consultas e da periodicidade destas. Dar voz à comunidade sobre estratégias de minimizar a evasão dos hipertensos e diabéticos. Estas informações ocorrerão durante as consultas pelo profissional médico e enfermeiro e também pelos ACS quando na visita domiciliar.

Eixo de qualificação da prática clínica:

- Treinar os ACS para a correta orientação aos hipertensos e diabéticos quanto à realização e periodicidade de consultas. Esta capacitação será realizada pelo médico na unidade, durante as reuniões de equipe.

Em relação à meta de Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exames clínicos e exames laboratoriais de acordo com o protocolo e com a periodicidade adequada aos hipertensos e diabéticos. Este monitoramento será realizado por meio da ficha espelho de cada paciente, que será atualizada a cada consulta pelo médico e enfermeiro.

- Monitorar acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia por meio da ficha espelho que constará a medicação em uso sendo facilitada a visualização e monitoramento pelos profissionais da equipe.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

- Definir as atribuições de cada membro da equipe. Esta atribuição será determinada de acordo com a competência de cada profissional durante as reuniões de equipe.

- Providenciar cópia da versão atualizada do protocolo impresso de HAS e DM. O médico será o responsável por estas cópias.

- Garantir a solicitação e a realização de exames complementares perante a gestão. A cada consulta do usuário será verificado se os exames estão de acordo com o

preconizado pelo protocolo. Os exames que por ventura não forem realizados, serão registrados e repassados à enfermeira da unidade para providências.

- Realizar controle de estoque dos medicamentos e manter registro das necessidades destes. A equipe já faz esse controle e registro pelo profissional farmacêutico.

Eixo de Engajamento Público:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS, sobre a importância da realização do exame dos pés, a importância dos exames complementares e a periodicidade destes e sobre o direito ao acesso às medicações da farmácia popular. A efetivação desta ação se dará por meio de capacitação da equipe para abordagem de todos os assuntos relatados acima. Esta capacitação ocorrerá nas reuniões de equipe.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Atualizar os profissionais no tratamento da HAS e do DM. Apresentar o protocolo detalhadamente para todos os profissionais da equipe tornando possível uma abordagem correta do exame clínico, solicitação de exames e atualização dos tratamentos.

Em relação à meta de melhorar o registro das informações

Eixo de Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade. O médico ficará responsável pelo monitoramento das fichas-espelho e repassará os dados para a planilha de registros, observando a qualidade deste.

Eixo de Organização e gestão do serviço:

- Manter o SIAB atualizado, implantar planilhas de registro específicas de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e definir o profissional responsável pelo monitoramento dos registros. Serão realizadas reuniões de equipe quinzenalmente para atualização dos dados e compartilhamento atual dos mesmos. O médico ficará responsável pelo monitoramento dos registros, alimentando as planilhas frequentemente.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta em casos de faltas a consultas, atraso em exames, falta de estratificação de risco e falta de avaliação de comprometimento em órgãos-alvo. As fichas espelho conterão todos estes dados, o que facilitará a visualização e o acompanhamento de toda a história clínica do usuário.

Eixo de Engajamento Público:

- Orientar a população sobre seus direitos em relação aos registros de saúde e acesso a segunda via (quando necessário). As ACS serão treinadas a abordar sobre estes direitos durante as visitas domiciliares.

Eixo de Qualificação da prática clínica:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos mostrando a importância da sua atualização. Este treinamento ocorrerá depois que todo o material necessário estiver preparado.

Em relação à meta de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com pelo menos uma estratificação de risco por ano. Esse monitoramento ocorrerá com a revisão mensal da planilha de registros que obtém esta informação.

Eixo de Organização e gestão do serviço:

- Priorizar atendimento aos usuários com avaliação de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. A prioridade será respeitada com o agendamento das próximas consultas com intervalos menores e horários reservados para estes usuários.

Eixo de Engajamento Público:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Esta orientação será feita durante as consultas pelos profissionais médico e enfermeiro.

- Orientar a população sobre a importância dos fatores de risco modificáveis. A equipe será treinada para realizar esta orientação durante consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo.

Eixo de Qualificação da prática Clínica:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco, para orientar sobre o controle dos fatores de riscos modificáveis e para o correto registro do risco cardiovascular, relatando sua importância. Esta ação será realizada por meio de reuniões e capacitações dos membros da equipe.

Em relação á meta de promoção da saúde:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a orientação sobre nutrição, atividade física e sobre os riscos do tabagismo. Na ficha-espelho constam todas as informações necessárias para este monitoramento. Assim, facilita a visualização da equipe quanto a estas orientações.

Eixo de Organização e gestão do serviço:

- Organizar práticas coletivas de educação alimentar e educação física com a presença dos profissionais do NASF. Durante as atividades educativas o nutricionista e o educador físico serão responsáveis por essas orientações.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o abandono do tabagismo por meio de um ofício, explicando o programa de hipertensos e diabéticos e a importância da cessação deste hábito para tratamento e melhora da qualidade de vida do usuário.

Eixo de Engajamento Público:

-Buscar parcerias na comunidade para ações intersetoriais de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para cobrar da gestão a garantia da saúde bucal. Durante as atividades de grupo enfatizar a importância da integralidade e conseqüentemente a necessidade de se ter uma boa saúde bucal estimulando os usuários a reivindicarem este direito.

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação equilibrada, atividade física regular e cessação do tabagismo. Essas orientações serão repassadas durante as consultas com médico e enfermeiro e durante as visitas domiciliares dos ACS.

Eixo de Qualificação Clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal, sobre as práticas de atividade física regular, sobre alimentação saudável e tratamento de pacientes tabagistas. Promover oficinas para todos os membros da equipe com o apoio dos profissionais do NASF.

2.3.2 INDICADORES

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde

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

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

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados que faltaram às consultas.

Meta 4: Buscar 100% diabéticos faltosos às consultas na UBS.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados que faltaram às consultas.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos na unidade de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo da unidade.

Numerador: Número de hipertensos com exames clínicos apropriados.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos na unidade.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo da unidade.

Numerador: Número de diabéticos com exames clínicos adequados.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares.

Indicador 7: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da unidade.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da unidade.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da unidade.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 9: Proporção de todos os Hipertensos com medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Denominador: Número de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS,

Indicador 10: Proporção de todos os Diabéticos da unidade com medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Denominador: Número de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

Meta 11: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 11: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da unidade de saúde.

Meta 12: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 12: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 13: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de Hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da unidade de saúde.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade.

Indicador 14: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

Meta 15: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 15: Proporção de Hipertensos com Orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação de alimentação saudável.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da unidade de saúde.

Meta 16: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 16: Proporção dos Diabéticos com orientação nutricional sobrealimentação saudável.

Numerador: Número de Diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

Meta 17: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 17: Proporção de Hipertensos com Orientação para prática física regular.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação á prática física.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 18: Proporção dos Diabéticos com orientação para prática física regular.

Numerador: Número de Diabéticos com orientação á prática física regular.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos tabágicos.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos tabágicos.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da unidade de saúde.

2.3.3 LOGÍSTICA

Nas ações de monitoramento e avaliação do Programa de HAS e DM, a equipe da UBS Marabaixo III adotará os manuais técnicos que estarão disponibilizados durante as atividades. Estes são os Manuais de Hipertensão e Diabetes fornecidos pelo portal eletrônico do DAB do (MS 2006). O profissional médico será responsável pela intervenção e avaliação do projeto contará com a colaboração dos profissionais de enfermagem e dos ACS estabelecidos de acordo com a atuação de cada membro da equipe.

O atendimento clínico ao público alvo será realizado pelo médico, enfermeira através de agendamento ou livre demanda, este atendimento ocorrerá na sede da Unidade de Saúde da Família ou nas duas igrejas de apoio da comunidade facilitando o acesso para os pacientes que possuem dificuldades de locomoção do bairro para unidade de saúde. O acolhimento ficará sob a responsabilidade de toda a equipe, em especial, das técnicas de enfermagem, os ACS farão as visitas domiciliares que sinalizará as necessidades individuais.

Em relação às ações de organização e gestão do serviço terá a intervenção com o recurso disponível que será conseguido por meio dos gestores do município. Vale ressaltar, que foi disponibilizado materiais para realização do exame de hemoglicoteste e aparelho de pressão para aferição da pressão arterial sistêmica, entretanto no que se refere, aos materiais de registro e acompanhamento do projeto como impressos dos manuais de protocolo da Hipertensão e Diabetes, fichas espelho (Anexo I), foram obtidos com recursos próprios deste profissional, médico da família, já que são fundamentais para o alcance das metas e controle do projeto.

Complementando e acrescentando às tarefas do projeto de intervenção providenciará pelo profissional médico, relator do projeto de intervenção e organizador da intervenção, além dos materiais anteriormente descritos materiais extras para realização das atividades como: aquisição de 01 caixa de luvas de procedimento, 01 resma de papel para registros, 01 caixa de clipes, 01 grampeador e 01 caixa de grampos para organizar e anexar as fichas espelho aos prontuários clínicos como também atualizará as fichas

desatualizadas e os usuários que estavam com fichas espelho ausentes ou desaparecidas.

Vale observar que além dos esforços anteriormente descritos pelo profissional, o mesmo distribuirá aos profissionais da equipe canetas, lápis e pranchetas para realização de registros pelos profissionais, já que não existiam tais materiais para aplicação nas atividades.

As ações serão registradas para viabilizar o monitoramento e registro por meio de um diário de trabalho (portfólio) específico que irá conter as informações necessárias para aplicação do projeto, já que a UBS não possui ficha espelho e a unidade não é informatizada. Sendo assim, não dispõe de prontuário eletrônico. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo V) pelo curso de especialização UFPEL.

No foro logístico, a atenção será para organizar o registro específico do programa, e que revisará o livro de registro (portfólio) em conjunto com a equipe. Assim, será possível identificar todos os pacientes do serviço para consultas mensais de rotina nos últimos três meses. Logo então, localizará os prontuários dos pacientes para prosseguir com a transferência de todas as informações disponíveis do prontuário para o livro de registro.

E com as fotocópias das fichas espelho, do protocolo do MS e das tabelas de estratificação de risco com instrumentos de apoio na intervenção. A gestão municipal não fornecerá as referidas cópias argumentando não ter materiais disponíveis para ofertar.

Para as ações de engajamento público as atividades educativas com a comunidade será os profissionais atuantes da equipe de saúde da família 066. As orientações gerais serão realizadas durante os atendimentos médicos, de enfermagem e no acolhimento em grupos de sala de espera.

As ações de qualificação da prática clínica ocorrerão com capacitações da equipe, sob a responsabilidade do profissional médico e de enfermagem, com temas definidos anteriormente e seguindo o cronograma elaborado, durante reunião da equipe e durante a formação do projeto de intervenção.

Os ambientes de trabalho das atividades serão definidos: o ambiente da UBS, os ambientes de apoio que são duas igrejas do bairro.

Neste sentido, as atribuições aos profissionais da equipe serão estruturadas, como também as orientações necessárias para execução de cada atividade a ser realizada estabelecida em cronograma.

Em sintonia com as atividades, realizarão o primeiro monitoramento, anexando as anotações essenciais para o estudo proposto. Ao mesmo tempo, indicadores de significância para o trabalho serão pontuados como, por exemplo, pacientes com consultas, exames laboratoriais, exames de rotina e avaliações em atraso, uso adequado da medicação, além de orientações sobre práticas físicas dentre outras informações necessárias que estão pontuadas na planilha.

Em relação às ações para os pacientes hipertensos e diabéticos será necessário viabilizar e dispor de tempo aproximado de duas horas durante a semana para adequar e acompanhar a execução das atividades. Focar as ações propostas na planilha de estudo que visam: a monitorização e realização do exame clínico para os pacientes hipertensos e diabéticos, observação da periodicidade mensal no acompanhamento com as consultas que serão realizadas no ambiente da UBS em que trabalho, realizadas pelo próprio, médico da família, mas com a colaboração da equipe que serão atores importantes na pesquisa. Não se consegue obter um trabalho eficiente em uma comunidade se não contar com o suporte da construção coletiva.

Monitorar os pacientes cadastrados e a periodicidade nas consultas do Programa Hipertensão será tarefa do médico da família com a colaboração da equipe durante o período da intervenção de três meses.

Capacitar à equipe para tomada da mensuração da pressão arterial é relevante. Vale ressaltar, que a equipe apenas disporão de dois esfigmomanômetros e dois aparelhos de estetoscópios clínicos. A realização de exame de hemoglicoteste será disponibilizada pela gestão municipal, bem como materiais necessários: dois aparelhos de hemoglicoteste, oitenta fitas reagentes e oitenta lancetas necessárias para realização do glicoteste. Serão monitorizadas conjuntamente ao acolhimento inicial da equipe de enfermagem (enfermeira e as quatro técnicas da equipe) que estarão com suporte e colaborarão na triagem com a identificação dos usuários do serviço de acompanhamento clínico imediato ou acompanhamento de rotina.

Sobre a monitorização do uso dos medicamentos e a realização dos exames laboratoriais após as consultas médicas e a avaliação clínica laboratorial dos usuários, os ACS, durante as visitas domiciliares irão orientar uma vez que serão capacitados pela equipe e estarão aptos para tal.

Durante as reuniões de acompanhamento das atividades serão monitorados os usuários que estão com a medicação para controle e adesão correta, seja da HAS ou da DM. Será verificado se os usuários já marcaram os exames laboratoriais disponibilizados

atualmente pela rede municipal. Será computado o tempo de realização de tais exames preconizados pelo Manual de Hipertensão e Diabetes para controle clínico.

Estas serão as estratégias de acompanhamento e monitoramento adotadas.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas cumpridas integralmente

Primeiramente ao iniciar a intervenção na UBS, todos os profissionais da equipe demonstraram motivação e envolvimento com as ações propostas. Este esforço fez todo o diferencial. Para o cumprimento das ações houve a colaboração, cooperação de toda a equipe possibilitando a execução do projeto.

A ação de monitorar o cadastro de hipertensos e diabéticos, por meio da ficha espelho e preenchimento da planilha foram realizadas e monitoradas. Também houve a busca ativa dos usuários faltosos e ausentes realizadas pelos ACS e pelo médico.

Foi realizado acolhimento durante o trabalho a todos os usuários que procuravam por consultas de livre demanda. Os materiais necessários para as consultas foram adquiridos pela gestão, depois do envio de ofício comunicando os itens faltosos.

Outra ação desenvolvida, do eixo de engajamento, destaca a importância do Hiperdia à comunidade. Esta ação foi realizada em conjunto com os ACS e as lideranças comunitárias para enfatizar o cuidado e o rastreamento para a hipertensão a diabetes. Foi realizado treinamento por meio de reuniões para destacar a importância e o sentido do programa Hiperdia.

Houve a capacitação aos profissionais da equipe desenvolvidas pelo médico (autor do trabalho) e pela enfermeira para a mensuração da pressão arterial, mensuração glicêmica, aprimoramento e esclarecimento das técnicas com o corpo técnico de enfermagem durante o trabalho.

A periodicidade das consultas foi monitorada por meio das fichas espelho e também pelas fichas de atendimentos clínicos pelo médico semanalmente. As visitas domiciliares e os agendamentos dos usuários faltosos eram monitorados para o cumprimento adequado do atendimento.

Durante o trabalho houve capacitações com os ACS no sentido de aprimorar o monitoramento dos usuários faltosos realizado durante as reuniões em equipe com o médico que monitorava semanalmente.

Em relação à melhoria do atendimento aos usuários do Hiperdia houve seguimento dos exames laboratoriais e clínicos conforme a adoção do protocolo do manual do Hiperdia do MS sendo o manual adotado pela equipe. O acesso aos medicamentos foi monitorado por meio das fichas espelho pelo médico.

As atribuições de cada membro da equipe foram distribuídas e cumpridas conforme o protocolo, como também, foi disponibilizado a cópia dos protocolos para os membros da equipe que puderam integrar a atuação e participação no trabalho conforme a sua atividade atribuída.

O estoque de medicamentos, realização de exames laboratoriais foi realizado pela gestão municipal que se prontificou para abastecer a UBS e fornecer os exames necessários aos usuários.

Durante as capacitações em equipe houve treinamento providenciando a informação aos membros da equipe para destacar a importância do exame clínico, exames laboratoriais e a periodicidade dos exames aos usuários por intermédio dos ACS que foram treinados durante as reuniões semanais (01 vez na semana) para que durante as visitas domiciliares, informe aos usuários a importância dos acompanhamentos no Hiperdia. A equipe foi capacitada e treinada mediante o protocolo para o cuidado com os exames e a sua periodicidade, abordagem correta do exame clínico e atualização dos tratamentos.

Em relação à estratificação de risco os usuários foram orientados pelo médico durante as consultas clínicas e durante as visitas domiciliares, sobre a sua importância bem como a orientação dos fatores de risco modificáveis. Além disso houve atualização dos registros, como também a revisão da planilha de registros feita semanalmente pelo médico. A orientação nutricional, atividade física e cessação do tabagismo foram realizadas por todos os membros da equipe e enfatizadas durante as práticas em grupo com apoio do NASF.

Durante os atendimentos clínicos de enfermagem houve o estabelecimento da política do acolhimento e o respeito da prioridade ao atendimento com o cuidado inicial e a equidade.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas cumpridas parcialmente

Uma meta de grande importância, que não foi desenvolvida e que não foi inserida para intervenção está em relação à saúde bucal. Ela aponta para a necessidade de avaliação e assistência odontológica aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta meta não foi incluída no trabalho, pelo fato de não haver odontólogo para a realização de procedimentos dentários e assistência dentária de maior atenção, mas que a equipe realizou o cuidado preventivo entre os pacientes cadastrados no programa Hiperdia, que aborda prevenção de cáries, prática de escovação e uso de fio dental, como também o cuidado com a higiene dental foi desenvolvida por mim, médico da equipe 066 em apoio com a enfermagem.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados examinando as dificuldades encontradas

Durante o período de intervenção foram encontradas algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados, como a ausência de um local específico para o arquivo dos prontuários e o preenchimento dos indicadores e gráficos.

Outro ponto importante é que a gestão pactuou que no início de agosto de 2013 implantaria na unidade o sistema operacional com Rede E-SUS e ocorreria através do fornecimento de computadores para facilitar o registro das informações. Infelizmente não ocorreu. A informatização facilitaria a coleta e o preenchimento dos dados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço examinando as facilidades encontradas

Para viabilidade das ações previstas ao serviço é necessário que todos os profissionais envolvidos se juntem e trabalhem em sintonia e concordância nas atividades.

Quanto ao trabalho executado na equipe 066 acredita-se que há grande possibilidade da incorporação ao serviço diário. Os profissionais envolvidos proporcionaram melhor cuidado integrativo e assistencial durante o período da intervenção, o que agradou aos usuários e trouxe reconhecimento por parte da gestão municipal com melhor apoio e incentivo. Com essas condições satisfatórias, fica mais palpável o alcance de patamares representativos de crescimento e progressão.

Portanto, a intervenção leva a uma conclusão de que o programa é possível. Embora existam alguns obstáculos, o carro chefe desse processo é a motivação vivenciada na equipe, especialmente dos ACS envolvidos. Fica a reflexão de que a semente quando plantada em solo fértil precisa estar constantemente irrigada para que a árvore se fortifique, floresça e tenha frutos saudáveis.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 RESULTADOS

Os resultados obtidos proporcionaram maior entendimento da importância da organização quanto ao cadastramento e acompanhamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da ESF 066. Com a disponibilização e utilização de instrumentos de apoio como fichas de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos; ficha espelho (Anexo I); cartão para acompanhamento do Hiperdia (Anexo II); formulário de cadastramento dos usuários HAS E DM (Anexo III); ficha com Escore Framingham (Anexo IV) e planilha de coleta de dados (Anexo V) ficou mais claro e objetivo o acompanhamento á esses usuários.

A área de abrangência da ESF 066 pode ser visualizada através do mapa inteligente, demonstrado abaixo de forma didática, clara e coerente (Figura 1), criado não somente com o objetivo de facilitar a visualização das localidades em que a ESF 066 atua, mas também como ferramenta para rápida, dinâmica identificação dos casos que merecem maior atenção da equipe, por possuírem riscos à saúde elevados, devido ao grau de acometimento dessas duas patologias crônicas e por vezes silenciosas.

Atualmente residem no total de 77 usuários hipertensos e 23 usuários diabéticos na área de abrangência da atuação da UBS Marabaixo III(equipe 066).

Na figura ilustrativa estão circundadas com a cor verde, as micro-áreas da ESF 066. Os quadrinhos representados de cor vermelha pertencem à área de atuação de outra equipe da atenção básica e o quadrado em branco pertencente à outra equipe da ESF.



Figura 01: Mapa inteligente da ESF 066 de Macapá – AP.

Legendas

- Área de atuação Equipe Marabaixo III (066)
- Área de atuação Equipe Marabaixo I
- Área de atuação Equipe Marabaixo II

Em relação às metas propostas no trabalho a intervenção tratou da melhoria da atenção integral a usuários Hipertensos e Diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 01: 71,8% de cobertura de Hipertensos da área de abrangência

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus.

Indicador 02: 21,5% de cobertura de Diabéticos da área de abrangência

Descrição dos resultados das metas 1 e 2: com a análise, o resultado mostra que o cadastro de usuários acompanhados do programa Hiperdia totalizaram 77 hipertensos acompanhados no total de hipertensos para 23 diabéticos no total.

Detalhando em valores absolutos por acompanhamento durante a intervenção mensal totalizaram 36 de hipertensos no primeiro mês com 33,6% de cobertura, 52 usuários com 48,5% no segundo mês e 77 usuários com 71,8% de cobertura no terceiro mês. Em relação aos diabéticos por acompanhamento mensal foram acompanhados 13 usuários com 12,1% de cobertura primeiro mês, 18 usuários no segundo mês com 16,8% cobertura, e 23 usuários no terceiro mês com 21,5% cobertura. Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de cobertura final na área adstrita de 71,8 % para hipertensos alcançando a meta proposta, em contraste a 23,7 % para diabéticos que não alcançou o percentual proposto a meta. Este dado aponta que o indicador da Hipertensão mostrou acima do percentual proposto justificado pela presença constante e participativa dos usuários hipertensos em obter informações, cuidados, assistência e participação ativa durante a intervenção o que levou a ser visualizado como um indicador de boa cobertura. Entretanto o percentual analisado para os usuários diabéticos mostra-se abaixo da meta proposta. Há qualitativamente pontos a serem reforçados e mencionados para a compreensão do usuário sobre o seu acompanhamento como: a persistência de informar o usuário à busca aos cuidados com pontualidade e frequência, busca ativa aos usuários faltosos, como também a dificuldades de aceitação e de agendamento as atividades propostas durante a intervenção o que desmotivava os profissionais envolvidos e que se espera que com o tempo e a intervenção implantada no serviço possa ser melhorado o cuidado assistencial.

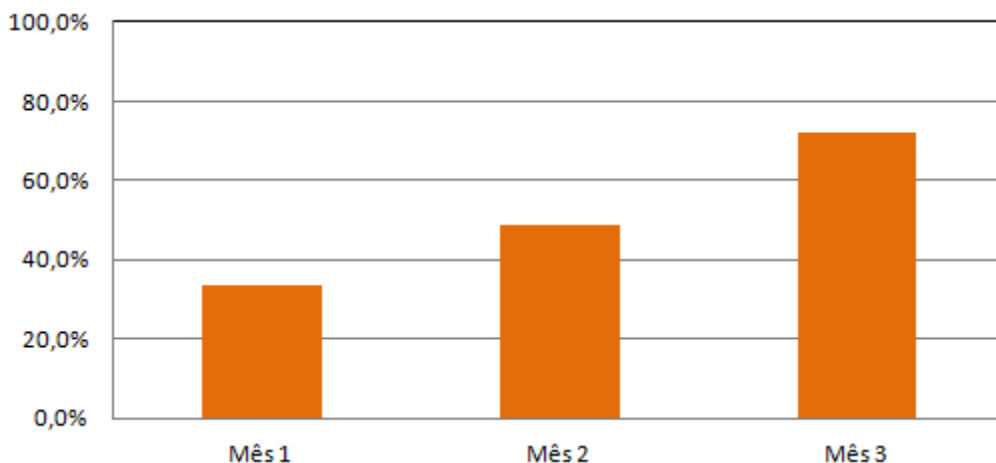


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

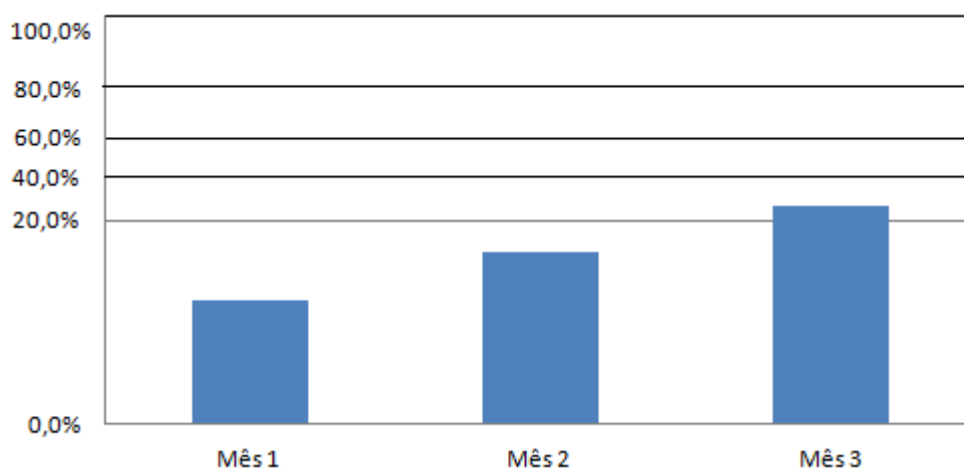


Figura 3- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2013.

Meta 03: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde.

Indicador de meta 03: 100% de busca ativa dos hipertensos faltosos

Meta 04: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde.

Indicador de Meta 04: 100% de busca ativa dos diabéticos faltosos.

Descrição dos resultados das metas 3 e 4: com a análise, o resultado mostra que o cadastro de usuários acompanhados do programa Hiperdia totalizaram 15 hipertensos com busca ativa de hipertensos para 15 hipertensos faltosos as consultas o que levou a 100% de busca ativa no primeiro mês, 23 faltosos no segundo mês com 92% e no terceiro mês 42 faltosos com 100% de busca ativa. Já para diabéticos totalizaram 05 usuários faltosos diabéticos no primeiro mês com 100% de busca ativa, 08 usuários no segundo mês com 100% de busca ativa e 10 usuários faltosos no terceiro mês com 100% de busca ativa.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de busca ativa de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiu a meta proposta para hipertensos e diabéticos.

O resultado mostra a importância da equipe de profissionais e dos agentes comunitários em buscar e informar as consultas, atividades e destacar o cuidado relevante e favorável aos usuários, o que atingiram às metas propostas analisadas.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Exame clínico apropriado a 100% dos hipertensos

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Exame clínico apropriado a 100% dos diabéticos

Descrição dos resultados das metas 5 e 6: Este resultado foi alcançado mostrando que os usuários receberam exame físico conforme adoção do protocolo adotado aos que buscaram assistência pontual nas consultas clinica.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com exame em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de exame clínico em dia, 52 usuários no segundo mês com 100% e no terceiro mês 77 usuários com 100% com exame clínico em dia. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com exame em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% de exame em dia e no terceiro mês com 23 usuários com exame em dia com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com exame clínico em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas.

Meta 7: Garantia da realização de exame complementares em dia, conforme o protocolo adotado, em 100% hipertensos.

Indicador 7: 100% de garantia da realização de exames complementares em dia conforme protocolo.

Meta 8: Garantia da realização de exame complementares em dia, conforme o protocolo adotado, em 100% diabéticos.

Indicador 8: 100% de garantia da realização de exames complementares em dia conforme protocolo.

Descrição dos resultados das metas 7 e 8: Os resultados mostram que os exames complementares foram efetivados e cumpridos conforme andamento das atividades.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com exame complementar em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de exame clínico em dia, 52 usuários no segundo mês com 100% e no terceiro mês 77 usuários com 100% com exame complementar em dia. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com exame complementar em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% de exame em dia e no terceiro mês com 23 usuários com exame em dia com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de

usuários com exame complementar em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas analisadas.

Metas 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 9: 100% de Proporção de todos os hipertensos com medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Meta 10: Garantir totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 10: 100% de Proporção de todos os diabéticos com medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular.

Descrição dos resultados das metas 9 e 10: A análise quantitativa mostra que a prescrição foi realizada adequada e pontual aos usuários assistidos, o que todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados fazem uso de medicações. E qualitativamente mostra que com a prescrição norteia o usuário a seguir corretamente o seu tratamento e a organizar os horários de tomada das medicações e garante melhor adesão e satisfação ao usuário assistido.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com prescrição de medicamentos totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de totalidade de prescrição, 52 usuários no segundo mês com 100% e no terceiro mês 77 usuários com 100% com prescrição medicamentosa em dia. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com prescrição em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% de prescrição em dia e no terceiro mês com 23 usuários com prescrição dos medicamentos em dia com 100% dos usuários.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com prescrição de medicamentos em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas.

Meta 11: Manter a ficha de acompanhamento de 100% hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 11: 100 % Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 12: Manter a ficha de acompanhamento de 100% diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 12: 100% Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição dos resultados das metas 11 e 12: Analisando os resultados que mostram que os usuários obtiveram acompanhamento adequado ao indicador proposto e qualitativamente que gerou mudança significativa com a aceitação ao usuário em agendar e realizar os acompanhamentos adequadamente.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com registro adequado em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% com ficha de com registro adequado dia, 52 usuários no segundo mês com 100% e no terceiro mês 77 usuários com 100% com ficha de acompanhamento em dia. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com ficha com registro adequado de acompanhamento em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% com registro adequado da ficha de acompanhamento e no terceiro mês com 23 usuários com registro adequado em dia com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com registro adequado da ficha de acompanhamento em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas analisadas.

Meta 13: Avaliar a estratificação do risco cardiovascular a 100% dos hipertensos.

Indicador 13: 100% dos hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 14: Avaliar a estratificação de risco cardiovascular a 100% dos diabéticos.

Indicador 14: 100% dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Descrição dos resultados das metas 13 e 14: os resultados mostram que, com o seguimento do protocolo e a realização da atividade proposta é possível essa prática nos usuários assistidos e acompanhados conforme a gravidade vista. E a interação efetiva entre o exame físico e o exame laboratorial proporcionou atingir que todos os usuários acompanhados na intervenção realizassem a estratificação que firma o compromisso desenvolvido de forma árdua e que contou apoio da gestão municipal em fornecer os exames laboratoriais em tempo certo para acompanhamento dos pacientes conforme a sua estratificação

Em relação à estratificação para Hipertensos foram realizados no total de 77 estratificações onde se distribuíram em 37 usuários baixo risco, 33 usuários moderados risco e 07 usuários com grave risco para hipertensos. Para diabéticos houve o mesmo

compromisso firmado aos hipertensos onde apresentou estratificação de 23 diabéticos com 12 baixos, 08 médio e 03 altos riscos cardiovasculares. Vale ressaltar que nos diabéticos foram reforçados os cuidados e intensificada as medidas glicêmicas e laboratoriais como também aos hipertensos a fim de obter melhor cuidado e apoio aos pacientes diabéticos e hipertensos acompanhados, como também garantir o apoio necessário a cada grupo estratificado.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com estratificação de risco cardiovascular em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de estratificação em dia, 52 usuários no segundo mês com 100% de estratificação e no terceiro mês 77 usuários com 100% com estratificação em dia. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com estratificação em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% de estratificação em dia e no terceiro mês com 23 usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas.

Meta 15: Orientação Nutricional sobre a alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 15: 100% orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos.

Meta 16: Orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 16: 100% de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos diabéticos.

Descrição dos resultados das metas 15 e 16: os resultados mostram indicadores analisados quantitativamente que foram realizadas em todas as atividades o cuidado nutricional o que mostrou a aceitação dos usuários a optar por alimentação saudável diariamente.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com orientação nutricional em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de orientação em dia, 52 usuários hipertensos no segundo mês com 100% orientação nutricional e no terceiro mês 77 usuários com 100% com orientação em dia. Já para

diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% de orientação nutricional em dia, 18 usuários no segundo mês com 100% de orientação em dia e no terceiro mês com 23 usuários com orientação nutricional em dia com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com orientação nutricional em dia de 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas analisadas, pois toda a equipe durante as consultas médicas e enfermagem realizou as orientações e intensificou a todo o momento o cuidado nutricional para alimentação saudável.

Meta 17: Orientação a prática física regular a 100% de hipertensos.

Indicador 17: 100% de orientação a prática física regular aos hipertensos.

Meta 18 Orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: 100% de orientação a prática física regular aos diabéticos.

Descrição dos resultados das metas 17 e 18: os resultados mostram que os usuários em toda sua totalidade receberam ativamente orientações e atividades relativas à prática física o que foi possível obter a aceitação dos usuários a frequentar e participar de práticas físicas diárias.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com exame em dia totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de orientação a prática física regular, 52 usuários no segundo mês com 100% e no terceiro mês 77 usuários com 100% com orientação a prática física regular. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% com orientação a prática física regular, 18 usuários no segundo mês com 100% com orientação física regular e no terceiro mês com 23 usuários com orientação a prática física regular com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com orientação à prática física regular de 100% para hipertensos e para diabéticos que atingiram as metas propostas analisadas, pois toda a equipe durante as consultas médicas e enfermagem realizou as orientações sobre a prática física regular.

Meta 19: Orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 19: 100% de orientação sobre os riscos tabágicos aos hipertensos.

Meta 20: Orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 20: 100% de orientação sobre os riscos tabágicos aos diabéticos.

Descrição dos resultados das metas 19 e 20: em relação aos resultados das metas que enfatizam destacando a importância da informação veiculada e a cessação do cigarro foi significativa. Isso motivou os usuários à promoção da qualidade de vida e queda do hábito de fumar priorizando a saúde com qualidade e prevenção. No nosso ambiente entre Hipertensos foram identificados apenas 07 hipertensos que relatavam hábito de fumar onde todos eles determinados largaram o hábito de fumar. Já em relação aos diabéticos foram identificados 04 usuários diabéticos onde todos eles relataram a cessação do hábito tabágico, como também a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas.

Vale lembrar que durante as consultas entre os hipertensos e diabéticos foram identificados 07 usuários hipertensos tabagistas e 03 usuários diabéticos tabagistas e sendo que os usuários hipertensos e diabéticos, todos eles se sensibilizaram em parar de fumar e largar o hábito de fumar.

Com a análise, o resultado mostra que usuários do programa Hiperdia com orientação sobre os riscos do tabagismo totalizaram 36 hipertensos no primeiro mês com 100% de orientação, 52 usuários no segundo mês com 100% de orientação sobre os riscos tabágicos e no terceiro mês 77 usuários com 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo. Já para diabéticos totalizaram 13 usuários no primeiro mês com 100% de orientação sobre os riscos tabágicos, 18 usuários no segundo mês com 100% de orientação e no terceiro mês com 23 usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo com 100%.

Observando o valor total de usuários acompanhados apresentou percentual de usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo 100% para hipertensos e para diabéticos, o que atingiram às metas propostas.

4.2 DISCUSSÃO

No desenvolvimento das ações do projeto de intervenção procurou-se envolver todas as partes interessadas desde os gestores, profissionais da ESF, mas principalmente a população estudada, já que de acordo com Filha *et al* (2011), para avaliar um programa de atenção à saúde da magnitude do HIPERDIA é imprescindível envolver o usuário, como sujeito partícipe do processo e cidadão portador de direitos.

Ao contrário do estudo realizado por Filha *et al* (2011), onde os resultados revelaram que os hipertensos e diabéticos na sua maioria realizavam consultas médica e de enfermagem de forma semestral, com exames laboratoriais anuais. Na ESF estudada, a realidade era modificada no contexto de acompanhamento periódico desses pacientes, sendo que os hipertensos e diabéticos, procuravam o serviço de saúde em questão, por motivos diversos, ocasionando retornos longos para ingresso, na ESF para acompanhamento das patologias acompanhadas no Hiperdia.

Comparando-se ainda o estudo realizado por Filha *et al* (2011), pode-se avaliar que havia lacunas na realização de consultas, exames, bem como na oferta de medicação antes da realização do projeto de intervenção. Sugerindo como alternativa da autora supracitada, que os profissionais da ESF focalizem atentamente estes pacientes, estabelecendo dias prioritários para seu atendimento, facilitando o acesso desses pacientes aos serviços disponíveis.

Nesse sentido, com o desenvolvimento da intervenção do projeto, pode-se observar um avanço no atendimento aos HAS e DM, pois facilitou a organização do atendimento na ESF. Foi possível estender a cobertura de atendimento aos HAS e DM, sendo todos acompanhados pelos três meses de intervenção, e programação para acompanhamento periódico a esses pacientes. Foi possível atualizar os exames preventivos desses pacientes, bem como a adequação das medicações utilizadas bem como as orientações necessárias para cuidados preventivos e assistenciais.

A intervenção exigiu empenho da equipe como um todo, pois as tarefas foram divididas entre todos os membros, desde as ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e executadas pelo médico.

Foi necessária revisão das orientações disponíveis pelo MS por parte da equipe e do pesquisador para o atendimento desse grupo populacional, baseadas nas

recomendações ideais para organização deste tipo de atendimento.

Tais atividades proporcionaram encontros de educação continuada agregada a discussões e consideração de toda a equipe, inclusive ACS e gestores de saúde do município, onde se percebeu que os presentes conseguiram acompanhar as maiores deficiências de atenção nessa atenção envolvida nessa área.

Foram distribuídas tarefas para cada integrante da equipe, tanto no levantamento de HAS e DM residentes na área de abrangência, como classificação dos casos mais graves. O que evidenciou comprometimento de toda a equipe, pois se um lado falhasse, os outros integrantes saberiam onde foi, e isso se tornou um facilitador para organização da intervenção.

Dentre os principais pontos positivos desta intervenção foi que toda a equipe foi sensibilizada quanto à importância da atenção ao grupo populacional estudado, e percebeu que só é possível um atendimento integral, se for realizado importante trabalho em equipe, conjunto com todas as áreas de atenção, desde profissionais de nutrição, até os gestores de saúde e principalmente contínuo, já que as questões relacionadas à atenção primária retornam resultados a médio e longo prazo, e não imediatamente como se costuma almejar.

Em relação ao ponto negativo levantado que foi a ausência do profissional de odontologia e da saúde bucal ao projeto de intervenção que foi grave problema enfrentado na UBS pela ausência do profissional deixa-se a mensagem de que essa carência levantada necessita de enfrentamento buscando apoio e contratação do profissional, como também fornecendo condições uteis, para desenvolver as suas atividades ao longo da APS no âmbito preventivo, assistencial e participativo solucionando a problemática com a fixação do profissional na equipe a fim de buscar o apoio necessário para desenvolver suas atividades.

Com a organização do atendimento, foi possível sensibilizar também, a população em geral, quanto à importância dos cuidados preventivos para essas duas doenças crônicas e silenciosas, e de certa forma, um incentivo para os pacientes já diagnosticados com essas doenças, para que tenham maior atenção com sua própria saúde, conhecendo os sinais e sintomas de alerta.

A reciprocidade, envolvimento, interação, apoio, dedicação e reconhecimento da equipe foram cruciais para a implementação do projeto de intervenção, como citado

anteriormente, dessa maneira, torna-se imprescindível que seja disponibilizado espaços para a capacitação dos profissionais, aprimorando o atendimento não só aos hipertensos e diabéticos, mas sim a toda a população que necessita desse serviço.

E refletindo com o pensamento de que se começasse hoje a intervenção mudaria na intervenção o tempo em relação a sua duração, pois apesar de curto foi possível construir muito em tão pouco tempo de intervenção. Reflito como um filme de curta duração, mas que consegue transmitir a mensagem e o leitor emociona ao ler a mensagem transmitida e que valeu a pena dedicar-se em curto espaço de tempo. Mas insistido no tempo, aumentaria o tempo de intervenção e integração com as atividades propostas para captar e acolher com conforto todas as atividades, além de captar mais profissionais da saúde a integrar uma intervenção conectada no sentido de interagir focando o cuidado preventivo que promove grandes mudanças e gera bons resultados com a insistência e o cuidado continuado e o apoio integrado.

Apesar de curto o tempo da intervenção realizada pode notar muitas mudanças fundamentais na equipe, unidade e disponibilização de recursos e assistência ao usuário assistido como também melhorar o envolvimento e o olhar dos profissionais no sentido de acolher, preencher lacunas essenciais, primordiais e importantes para se enfrentar as dificuldades e as conquistas vencidas a uma localidade.

E na equipe observa e nota-se nitidamente que após a intervenção houve ampliação da cobertura do Hiperdia, organização do atendimento, melhor busca ativa e acolhimento, melhor registro e cadastramento dos usuários, fortalecimento do espírito de equipe dos membros, melhoria e adequação a adesão medicamentosa, capacitação profissional, atualização dos exames preventivos e de rotina laboratorial, trabalho em equipe coletivo e ampliado com o planejamento, melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos e a execução das atividades em plena atividade que foi incorporada a rotina efetiva do serviço.

E quanto às futuras e novas expectativas para os futuros profissionais que virão integrar as ações programáticas, desejo que sejam as melhores possíveis, a fim de coletar maior leque de informações como integrar todo apoio com a população em que fornece assistência e cuidado preventivo.

E como sugestão deixa-se mensagem às demais equipes fazendo o convite de integração a criarem intervenção que fortalece o elo programático à rotina englobando o funcionamento dos programas e sugerindo novas idéias para enfrentamento das

dificuldades técnicas, logísticas, assistenciais e operacionais além de articular novos horizontes para o fortalecimento das atividades e promover o elo coletivo multiprofissional.

Conclui-se, portanto, que as atividades da ESF devem ser baseadas em trabalho em equipe, contando com o apoio essencial dos gestores de saúde, todos os profissionais envolvidos, bem como com o conhecimento e participação ativa dos usuários, pois se pode perceber, que a partir do momento que se envolve todos esses pontos em um mesmo trabalho, os resultados são positivos e facilitam a identificação da importância de se trabalhar em cada programa da rede de atenção básica à saúde e fornecer a assistência necessária ao usuário para promoção do bem estar e cuidado necessário a Hipertensão e a Diabetes.

4.3 Relatório de Intervenção para os gestores

Encaminho cordialmente a vossa senhoria, Secretário de Saúde do Município de Macapá, o relatório sobre a intervenção do Projeto Hiperdia na Unidade de Saúde Marabaixo III (066).

O documento vem no sentido de descrever o projeto de intervenção do Programa Hiperdia na UBS Marabaixo III (066) para fortalecimento das ações e consolidações das atividades desenvolvidas.

Nas atividades realizadas dedicou-se tempo para pontuar, articular, pactuar e inserir os aspectos relevantes como: a coleta dos dados e informações para processamento das informações que são essenciais para a conclusão do trabalho, como, também: incentivar os cuidados preventivos e assistenciais essenciais aos usuários assistidos.

Além disso, encaminhar a vossa senhoria os pontos negativos, positivos, pontos encontrados e trabalhados e as conquistas que envolveram durante o trabalho elaborado:

Quanto aos pontos positivos encontrados:

Em relação aos pontos positivos observou que a intervenção executada durante o projeto motivou a melhorias na cobertura assistencial do programa como no interesse e satisfação do usuário em acompanhar e efetuar o seu controle adequado seja na Hipertensão ou na diabetes ou em ambas as patologias estudadas.

Outro ponto importante foi na adesão dos usuários ao tratamento fornecido como também a busca pelos acompanhamentos: clínico laboratorial, como também as ações preventivas e assistenciais envolvidas durante o trabalho que foram conquistas valiosas e trabalhadas nesta pesquisa.

Na adesão do paciente ao tratamento que precisa o tem um impacto na saúde da pessoa quando usa adequadamente seus medicamentos. Ou seja, o uso correto individual de cada usuário dos seus medicamentos, seja na Hipertensão (HAS) e na Diabetes Mellitus (DM), aliado aos cuidados preventivos é primordial para a manutenção e prevenção das complicações e de eventos secundários.

Outro ponto a discorrer sobre a intervenção pontuada com o Programa Hiperdia adotado e contemplado pelas atividades foi à adoção da orientação quanto à saúde bucal que estava distanciada da população por um longo período na Unidade (UBS). É desenvolvido com todos os usuários da Unidade no que se refere ao cuidado preventivo e educacional e isto se deve e se faz necessário é o fato de existir baixo nível social envolvido, bem como grande dificuldade de acesso a informação adequadamente a todos.

Quanto aos pontos negativos encontrados:

Ressalta-se aqui que na Região Norte do País, área que é desenvolvida a intervenção do projeto, as condições de vida são problemáticas e desafiadoras em virtude das condições climáticas onde também é necessário pontuar que ocorrem frequentes chuvas torrenciais que tem como consequência oscilações na rede elétrica causando inclusive, quedas constantes de energia, neste sentido o acesso à rede de internet se dá com grande dificuldade. Por não existir a banda larga o acesso ao sistema de internet fica ainda mais comprometido.

Apresentou-se outra dificuldade no que se refere à coleta das informações para o preenchimento das atividades a ser registrada na planilha. A gestão havia pactuado que no início de agosto de 2013 implantaria na unidade o sistema operacional com Rede e SUS que ocorreria através do fornecimento de computadores para facilitar o registro das informações, o que ficou na promessa.

Nesse sentido, informo a vossa senhoria que o fato preocupou bastante já que a informatização facilitaria o preenchimento, entretanto para não interferir na intervenção, a coleta de informações foi realizada manualmente em todos os meses de intervenção.

Outro ponto a discorrer se diz respeito à busca ativa dos usuários faltosos ou ausentes. Obteve-se dificuldade na melhoria dos dados de visita domiciliar pelo fato dos agentes comunitários (ACS), e aqui fazemos um parêntese para ressaltar que dois deles, apresentaram faltas mensais a unidade, isto trouxe prejuízo no andamento das visitas, embora no monitoramento da intervenção fosse então visualizado este problema, e neste sentido para evitar que interferisse nas atividades foram realizadas visitas pontuais acionado outro agente comunitário que conhecia a área de atuação do colega de trabalho e então se prontificou para realizar a cobertura da área e assim não causar prejuízo aos usuários e não ficassem sem cobertura.

Um dos agentes comunitários apresentou problema familiar com a morte de um ente familiar (mãe) que dificultou o acompanhamento dos usuários e o fornecimento das informações a respeito dos usuários e da área de atuação. Isso gerou colaboração da equipe após discussão da questão e a proposta dos demais colegas da comunidade foi de realizarem o suprimento da demanda do colega realizando a cobertura da área sem transtorno para os usuários

A decisão apontada em reunião e a atitude tomada pela equipe foram incentivadas para todos os membros o propiciou colaboração e fortaleceu a união entre todos e as atividades foram semanalmente executadas.

Durante a segunda metade do início da intervenção enfrentou-se um problema no município que ocasionou repercussão ampla para toda a população. Vale ressaltar que ocorreu um grande acidente repercutindo, inclusive com um grave incêndio em um bairro populoso da cidade e que gerou um número representativo de vítimas envolvidas no acontecimento e a mobilização dos profissionais médicos do município.

Foi descrito durante a intervenção que a gestão municipal decretou estado de calamidade pública que acarretou uma mobilização significativa de todos os profissionais envolvidos da área médica para colaborar com o apoio as vítimas e os familiares envolvidos.

Destaco que foi um momento difícil, mas que se conseguiu conciliar a resiliência, o que propiciou trabalhar de forma constante para prestar o apoio que fosse preciso e o suporte necessário neste grave momento de vida de muitas pessoas.

Quanto o trabalho das metas e dos indicadores com a finalização do trabalho em relação às metas destinadas do projeto forma-se o elo para o alcance dos indicadores para o projeto que foi executado.

No início da intervenção houve obstáculos como a dificuldade de aquisição dos medicamentos para a UBS, mas que com o andamento das atividades foram sendo sanados e houve o retorno com a resposta da gestão municipal através da chegada dos medicamentos na farmácia.

Em relação à gerência da UBS, informo a vossa senhoria que ocorreram inúmeras reuniões informais em que a gestora responsável pela direção havia informado que já havia comunicado o fato a Central de Abastecimento, no que se refere á ausência da

disponibilidade dos medicamentos e que necessitava de reposição, mas que na Central não haviam dado um retorno.

Não abandonando a atenção para tal problema, continuou-se a insistir e até o responsável atuante na gestão municipal que tem atuação nessa área foi contatado, por meio de contato telefônico comunicando-lhe acerca da responsabilidade que se tem com a região de atuação inferindo, inclusive sobre a nossa responsabilidade com a saúde da população. O profissional informou que iria se prontificar, revisar a respeito do envio dos medicamentos para a referida Unidade (UBS).

Um mês se foi, até que a resposta chegou com a entrega pela Central e o recebimento dos lotes de medicamentos na unidade. Vale ressaltar que se perpetuavam o problema desde início da nossa atuação como médico da família na UBS.

Com as ações e o andamento das atividades foi possível observar melhoramento do cenário. Isto gerou no usuário interesse para frequentar a unidade e na equipe de profissionais da unidade motivação e despertando entusiasmo com esta grande conquista e engajamento de todos os profissionais e usuários envolvidos.

Agradeço cordialmente a cooperação realizada e que a contra partida, valorização, fornecimento de medicamentos, materiais e o apoio que se realiza sejam priorizados valorizando a inserção do usuário garantindo o apoio necessário para os profissionais desenvolverem as atividades com os usuários adequadamente e a oportunidade de desenvolver a intervenção no cenário da atenção básica contribuindo para melhoramento das atividades desenvolvidas.

Para finalizar oficialmente este relatório agradeço a vossa senhoria cordialmente a oportunidade de desenvolver este trabalho e informar a importância construída e depositada no trabalho.

4.4 Relatório de Intervenção para a comunidade

É com honra e respeito que escrevo este relatório destinado à comunidade envolvida no Programa Hipertensão e Diabetes da Unidade de Saúde (UBS) da área de abrangência do Bairro Marabaixo III.

A intervenção foi desenvolvida ativamente conforme a criação, elaboração e execução do projeto. Isso levou a motivação, respeito e dedicação de toda a comunidade participativa..

Este material vem deixar o agradecimento pelo apoio, colaboração e o envolvimento construído ao longo dos meses da intervenção e mesmo antes da atividade.

O tempo de fortalecimento, elaboração e envolvimento foi enriquecedor, fértil e frutífero e o crescimento com os profissionais de saúde e com a população que se podem compartilhar as ideias e as atividades que foram fortalecidas e integradas ao longo de todas as atividades.

Desta forma pode-se mostrar o quanto foi importante à participação e o envolvimento por todos os profissionais e usuários envolvidos o carinho e a consideração de cada agente envolvido. A dedicação e acompanhamento com o usuário é importante recomendação para os cuidados preventivos e significativos para o enfrentamento das doenças que individualmente cada usuário vivencia. O crescimento das orientações, apoio, vigilância e dedicação faz que o desempenho as atividades diárias e laborativas fortaleçam a prevenção e promoção de saúde conforme cada recomendação.

A coleta de informações, assistência e cuidado a cada usuário proporcionou fortalecer e motivar a equipe formada por mim profissional médico executor da intervenção e do projeto identificar o avanço, melhorias e assim então estabelecer o contato aos usuários ausentes e faltosos às atividades e promover assistência com dignidade, minúcia e acesso necessário aos serviços de saúde..

A incansável busca por melhorias na assistência para garantir o fornecimento dos medicamentos, materiais e recursos necessários para cada usuário destacam-se o enorme trabalho e cuidado que foi construído e que não podem ser desperdiçadas garantindo o fluxo adequado a todos as pessoas que necessite de assistência médica.

Portanto deseja-se a cada usuário envolvido o apoio, assistência integrando o cuidado no sentido de fornecer integralmente o raciocínio médico frente ao cuidado e incentivar a orientação para garantia do bem estar à saúde de cada indivíduo e a garantia de melhores condições de saúde para enfrentamento das dificuldades e necessidades envolvidas.

Dedico essa intervenção a todos os usuários que demonstram todo o cuidado e zelo em enfrentamento a Hipertensão e a Diabetes compartilhando os anseios, dificuldades e enfrentamentos necessários para a busca por serviços de saúde. Deixo também o agradecimento à equipe de enfermagem que prestou o auxílio, os Agentes Comunitários de Saúde que mesmo nas dificuldades pessoais puderam captar e colaborar fortalecendo o trabalho coletivo e assistencial de equipe.

E agradeço por fim ao grupo comunitário que fortalece as ações do bairro no sentido de promover, prevenir e incentivar a saúde como também o canal de voz e comunicação para as dificuldades e barreiras encontradas na população e que assim possa compartilhar e incentivar a população a busca ativamente por saúde e enfrentamento de todos os problemas de saúde vivenciados.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção

A proposta inicial da realização do curso de especialização de Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) na modalidade virtual-EAD estabeleceu um desafio interessante a ser enfrentado proporcionando ambiente adequado para se começar a intervenção.

Inicialmente foi processo dinâmico, inovador, criativo para o crescimento que motivou expectativas positivas e de crescimento a cada semana motivadas a conhecer e identificar situações, conforme a cada etapa e momento do curso desde o primeiro contato de trabalho desenvolvido atingido as minhas expectativas iniciais de crescimento e que motivou substancialmente ao longo do curso.

Tornou-se um espaço de aprendizagem de aplicação prática do conhecimento adquirido com atividades importantes ao longo do curso estimulando o conhecimento desde as primeiras atividades interativas para obter o retrato da unidade de Saúde a criação do relatório situacional ao desenvolvimento da intervenção que foram passos importantes e louváveis ao longo de toda caminhada

. O curso tornou de grande significado e importância, pois levou criação de senso inovador na prática profissional que foi a interatividade de compartilhar informações no meio virtual com o orientador e com os demais colegas de curso gerando uma interação inovadora e importante para o enfrentamento das adversidades, apoio dos colegas, compartilhamento de ideias e realização de atividade que jamais esquecerei e que foram importantes para prática profissional.

O aprendizado colhido ao longo do curso é sempre favorável e relevante, como exemplo, os casos clínicos contextualizados no ambiente da APS e importantes na prática clínica, preenchimento das informações em planilhas que foi uma atividade árdua, mas também importante para o aprendizado e para a carreira profissional, como também a gama de informações recebidas e compartilhadas ao longo do curso que forneceram informações úteis e práticas para o aprendizado profissional.

Por ser uma especialização importante em que valorizou a atenção básica de saúde permitiu também colher experiências de educação em saúde envolvendo a

didática, trabalho de interação com a equipe e, tornou-se um desafio visível.

No decorrer do processo de implementação da intervenção ocorreram grandes mudanças.

Ao iniciar, ocorreram dificuldades com a gestão municipal e a estrutura da Unidade de Saúde, pois se tratava de uma Unidade recentemente reformada, mas abastecida de forma precária, em termos materiais, e organização do serviço, entretanto quanto à conduta e o engajamento dos profissionais em prol da saúde pública, foi perceptível o que ficou demonstrado durante a realização do projeto.

Após o ocorrido, e iniciado a intervenção, houve readequação da gestão municipal com fornecimento de materiais, medicamentos, recursos assistencial, neste sentido se revelou grande possibilidade de enfrentamento contando com os membros da atenção primária a saúde (APS).

No entanto, a equipe, inicialmente necessitou de intensivas reuniões para criar pactos em que se estabeleceu a necessidade do compromisso participativo, colaborativo, e mesmo com alguns atrasos, devido adequação dos membros da equipe, superou-se ao longo do andamento das atividades.

Os passos principais da intervenção foram ritualmente seguidos e desenvolvidos. Um dos principais pontos positivos foi que se pode observar que a equipe entendeu a mensagem, ou seja, a importância de ter os dados prontamente atualizados, tanto no desfecho de um atendimento rápido e eficiente aos pacientes, como também na praticidade e organização do serviço, isto após os dados serem computados.

Outro aspecto que merece destaque foi à interação do grupo populacional pesquisado e seu envolvimento durante o desenvolvimento da ação do projeto. Eles se sensibilizaram e participavam ativamente das atividades propostas, desde as consultas até mesmo os grupos que foram trabalhados e as ações que saíram dos muros da UBS e foram para o campo, ou seja, aquelas que se estabeleceram para a comunidade.

Neste sentido, percebeu-se que este era um nó crítico que precisava ser desatado e esta lacuna precisava ser preenchida, pois estes pacientes sentiam-se desamparados no que diz respeito a sua comorbidade, e muitos não tinham nem conhecimento do que se tratava ou que não davam a devida importância à condição enfrentada individualmente.

Em relação ao aprendizado do curso, como citado anteriormente, foi um desafiador e estimulante, porém mostrou que mesmo a distancia é possível ter um ensino e um aprendizado de qualidade.

Pode-se perceber a importância que se devem filtrar os conhecimentos na saúde coletiva, pois aponta um campo fértil de aprendizado e a necessidade que existe para uma assistência essencial ao funcionamento adequado dos serviços primários de saúde para a população.

Portanto ao finalizar deixo uma mensagem de um grande idealizador da saúde primária proposta por Donabedian (1984) e complementada por Starfield (2004) “para tratar especificamente da avaliação da atenção básica, utilizando de forma predominante à abordagem quantitativa tradicional e as seguintes dimensões de análise: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional” e ainda garantir essencialmente a equidade aos pacientes assistidos pelo sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica Básica**. Portaria nº 2. 982 de 26 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)**. Brasília, 2011.

_____. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**: programa de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília, 2002.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão** v.14(2): p 84-88, 2007.

COELI, C.M.; CAMARGO, J.K.R.; SANCHES, K.R.B.; CASCAO, A.M. **Sistemas de informação em saúde**. In: MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; WERNECK, G.L. Epidemiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 525-534.

FILHA, F.S.S.C.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M.; HIPERDIA: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011.

FUCHS, F.D.; **Hipertensão arterial sistêmica**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani E, eds. 3. ed. Medicina Ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004: p.641-656.

MION, J.R.D. et. al. **Hipertensão arterial: abordagem geral**. Projeto Diretrizes AMB/CFM. 2002. Disponível em <http://www.amb.org.br/>. Acesso em 07/10/2013

PASSOS, Valeria Maria de Azeredo.; ASSIS, Tiago Duarte.; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

ROCHA, J.C. Prefácio. In: NOBRE, F.; PIERUN, A.M.G.; MION, J.D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial. 2001.

SALA, A.; NEMES, A.; ELUF, J. Avaliação da efetividade do controle da Hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.30 (2): p161-167,1996.

SOUZA, M.L.P.; GARNELLO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.1): s91-s99. PMID:18660917. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014> Acesso em 17/10/2013.

WILSON, P.W.; D'AGOSTINO, R.B.;LEVY, D.;BELANGER, A.M.; SILBERSHATZ, H.; KANNEL,W.B. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. V.2;97(18):1837-47.1998.

ANEXOS

ANEXO I FICHA ESPELHO HIPERDIA



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

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

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)						
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai			
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS		
DOCUMENTOS GERAIS						
Título de Eleitor	Número		Zona	Série		
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /	
CPF	Número		PIS/PASEP	Número		
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)						
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /	
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro	
	Folha		Termo		Data de Emissão / /	
ENDEREÇO (*)						
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento	
Bairro	CEP		DDD	Telefone		
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE						
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)		
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial		
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações		Não Sim	
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2			AVC			
Tabagismo			Pé diabético			
Sedentarismo			Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal			
Hipertensão Arterial						
TRATAMENTO						
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>						
Medicamentoso						
	Comprimidos/dia					Unidades/dia
Tipo	1/2	1	2	3	4 5 6	
Hidroclorotiazida 25mg						Insulina <input type="text"/>
Propranolol 40mg						
Captopril 25mg						
Glibenclâmida 5mg						
Metformina 850 mg						
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)				
/ /						

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

ANEXO IV FICHA COM ESCORE DE FRAMINGHAM(1998)

HOMENS

ETAPA 1

IDADE	PONTOS
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 100	-3
100-129	0
130-159	0
160-189	1
>= 190	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 35	2
35-44	1
45-49	0
50-59	0
>= 60	-1

PRESSÃO ARTERIAL					
sistólica	diastólica				
	< 80	80-84	85-89	90-99	>=100
<120	0	0	1	2	3
120-129	0	0	1	2	3
130-139	1	1	1	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

DIABETES	pontos
não	0
sim	2

TABAGISMO	pontos
não	0
sim	2

ETAPA 2

SOMA dos pontos

Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -3	1%
-2	2%
-1	2%
0	3%
1	4%
2	4%
3	6%
4	7%
5	9%
6	11%
7	14%
8	18%
9	22%
10	27%
11	33%
12	40%
13	47%
≥14	≥56%

MULHERES

ETAPA 1

IDADE	PONTOS
30-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	7
60-64	8
65-69	8
70-74	8

LDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 100	-2
100-129	0
130-159	0
160-189	2
>= 190	2

HDL - COLESTEROL	
mg/dl	pontos
< 35	5
35-44	2
45-49	1
50-59	0
>= 60	-2

PRESSÃO ARTERIAL					
sistólica	diastólica				
	< 80	80-84	85-89	90-99	>=100
<120	-3	0	0	2	3
120-129	0	0	0	2	3
130-139	0	0	0	2	3
140-159	2	2	2	2	3
>=160	3	3	3	3	3

DIABETES	pontos
não	0
sim	4

TABAGISMO	pontos
não	0
sim	2

ETAPA 2

SOMA dos pontos

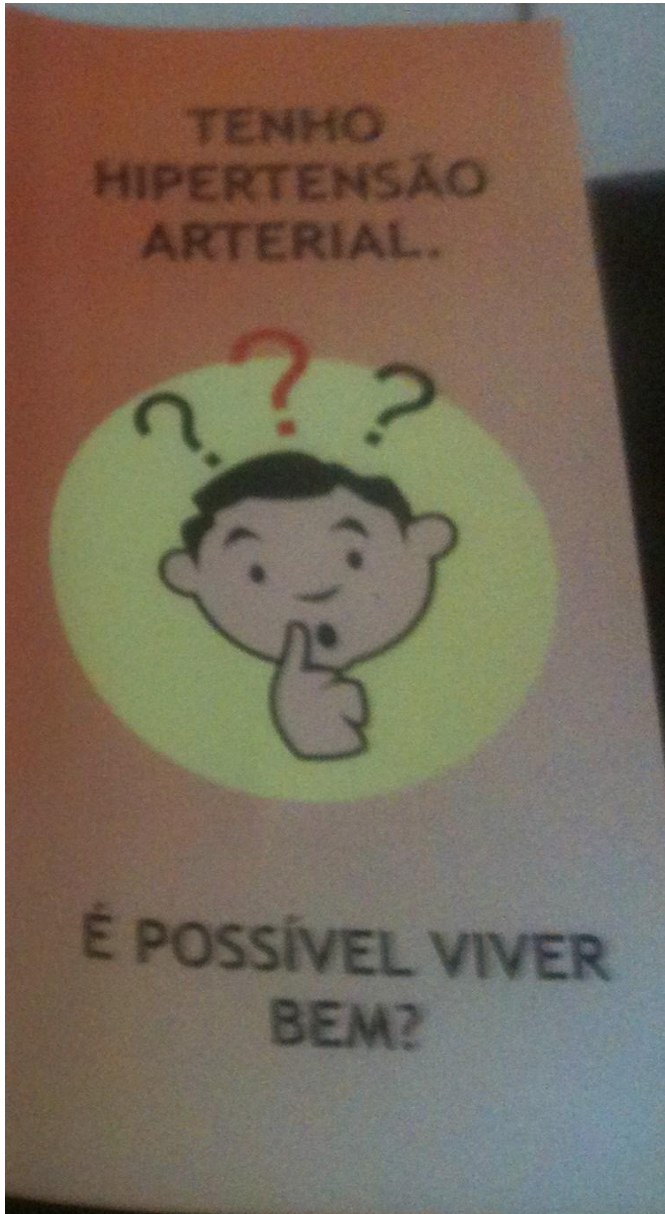
Idade
LDL-C
HDL-C
Pressão arterial
Diabetes
Tabagismo
TOTAL

ETAPA 3

total pontos	risco DAC 10 anos
≤ -2	1%
-1	2%
0	2%
1	2%
2	3%
3	3%
4	4%
5	5%
6	6%
7	7%
8	8%
9	9%
10	11%
11	13%
12	15%
13	17%
14	20%
15	24%
16	27%
≥17	≥32%

APÊNDICES

Apêndice I CARTILHA DE APOIO AO USUÁRIO HIPERTENSO



APENDICE II CARTILHA DE APOIO AO USUARIO DIABÉTICO

