

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF “Leozildo  
Barreto Fontoura”, Macapá/AP**

**Erlines Perez Escalante**

**Pelotas, 2015**

**Erlines Perez Escalante**

**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF “Leozildo Barreto Fontoura”, Macapá/AP**

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

Orientador (a): Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

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

E74m Escalante, Erlines Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários HAS e/ou DM na UBS/ESF "Leozildo Barreto Fontoura", Macapá/AP / Erlines Pérez Escalante; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Haas, Linda Cristina Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos portadores com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou de Diabetes Mellitus, usuários da UBS “Leozildo Barreto Fontoura”.

## **Agradecimentos**

A minha família, principal fonte de amor para minhas realizações.

À Linda Cristina, orientadora do curso pela constância, conhecimento e guia para desenvolver a intervenção projetada.

Aos colegas e demais orientadores pelo apoio e o aprendizado.

A comunidade e usuários população alvo desta intervenção.

A todos os que de uma ou outra maneira contribuíram neste trabalho.

## Resumo

ESCALANTE, Erlines Perez. **Melhoria da Atenção aos usuários HAS e/ou DIA na UBS/ESF Leozildo Barreto Fontoura, Macapá/AP.** 2015. 100 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema único de Saúde (SUS) Caderno de atenção básica MS (2013). HAS é uma condição clínica multifatorial, associa-se frequentemente, às alterações funcionais e /ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É o fator de risco mais importante das doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal terminal, amputações de membros inferiores, sendo preocupações essenciais para o SUS. Ao planejar estratégias, houve a necessidade de desenvolver uma intervenção para modificar esse comportamento. As equipes de saúde da família, interviram durante 16 semanas (julho-dezembro de 2014) para melhoria da atenção aos usuários de 20 anos ou mais anos portadores de HAS e /ou DM na UBS "Leozildo Barreto Fontoura" em Macapá/AP. Com a intervenção sistematizada e permanente foi possível melhor controle dessas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e menor morbi- mortalidade, com melhor qualidade de vida e promoveu estratégias, planejando- as com foco na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Foram cadastrados 497 (20,4%) usuários com HAS e 156 (26,0%) usuários com DM; conseguindo 86,3% de usuários com HAS e 89,7% de usuários com DM com acompanhamento nos exames clínicos e 93,0% e 96,2% com exames complementares respectivamente. Conseguiu- se em torno de 100% de usuários com avaliação do risco cardiovascular, registro das informações, busca ativa dos faltosos. Com maior acesso aos medicamentos na rede das farmácias populares, mais variedade e quantidade destes, além de maior adesão ao

tratamento. Na área de prevenção e promoção em saúde foram significativas as temáticas em relação à alimentação saudável, evitar sobrepeso/obesidade, dislipidemias, tabagismo, prática de atividade física, cuidados dos pés, a pele e da boca, da realização de exames clínicos e complementares não somente pela DCNT também os preventivos para Câncer, importância de fazer o tratamento e manter o acompanhamento. Foi possível adesão das outras equipes e trabalho conjunto com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), gestores, comunidade. Acredito que o programa para atendimento aos usuários de HAS e DM tenha ficado organizado, maior união e comprometimento para alcançar cada dia melhores indicadores de qualidade e quantidade. Com estratégias para a melhoria da atenção odontológica, da cobertura e do cadastramento dos usuários com HAS e DM será possível além de manter os ganhos que já estão implementados na rotina da UBS, promover a saúde da comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia referente às consultas da ESF e VD. Realização HGT. Portadores HAS/DM e liderança na comunidade. Palestras. Grupo com a educadora física em atividade.	59
Figura 2	Fotografia referente ao acompanhamento de idosos com HAS/DM descompensados. Palestra na UBS com trabalhadores, população na sala de espera. Ação comunitária integral com pesquisas, palestra, atendimentos clínicos.	59
Figura 3	Fotografia referente à ação a micro áreas com busca de faltosos. Atividade integral na micro área com participação ESF/NASF. Com técnico odontologia que participa dos atendimentos na UBS e comunidade.	60
Figura 4	Fotografia referente a atendimentos em visitas domiciliares aos faltosos.	60
Figura 5	Fotografia referente a consultas nos domicílios. Ações realizadas nas micro áreas. Acompanhamento usuários descompensados.	61
Figura 6	Fotografia referente à busca ativa de faltosos: idoso longevo de 105 anos HAS.	61
Figura 7	Fotografia referente a idoso HAS/DMII. Atividade numa micro área com roda de conversa, palestra, ESF, educadora física na comunidade.	62
Figura 8	Fotografia referente à consulta na casa e na UBS. Atividade física.	62
Figura 9	Cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e/ou DM	64
Figura 10	Cobertura de usuários com DM do programa de HAS e/ou DM.	65
Figura 11	Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	66
Figura 12	Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	66
Figura 13	Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	68
Figura 14	Proporção de usuários com DM com os exames	68



complementares em dia de acordo com o protocolo.

Figura 15	Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	69
Figura 16	Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	70
Figura 17	Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	71
Figura 18	Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	71
Figura 19	Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.	72
Figura 20	Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa.	73
Figura 21	Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.	74
Figura 22	Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento	74
Figura 23	Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	75
Figura 24	Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	76
Figura 25	Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	77
Figura 26	Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	77
Figura 27	Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática de atividade física regular.	79
Figura 28	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	79
Figura 29	Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	80
Figura 30	Proporção de usuários com DM que receberam orientação	81

sobre os riscos do tabagismo.

Figura 31	Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.	82
Figura 32	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.	82

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária de Saúde
CA	Circunferência Abdominal
CHCM	Concentração Corpuscular Meia de Hemoglobina
Cm	Centímetros
DCNT	Doença Crônica não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EQU	Exame qualitativo de urina
EAD	Educação à distância
ECG	Eletrocardiograma
Fig.	Figura
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
Kg	Quilogramas
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
Mg	Miligramas
MS	Ministério da Saúde
mmHg	Milímetros de Mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NPH	Insulina Humana
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo de câncer de colo de útero
PSA	Antígeno Prostático
RN	Recém Nascidos
Rx	Raios X
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único da Saúde
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNFAP	Universidade Federal Pública
USF	Unidade Saúde da Família
USG	Ultrassonografia
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema único da Saúde
SUS	Sistema Único da Saúde
VCM	Volume Corpuscular médio
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	13
1 Análise Situacional .....	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	14
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica.....	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.2.1 Objetivo geral .....	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	30
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Detalhamento das ações.....	34
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados .....	63
4.2 Discussão.....	82
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	86
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências .....	92
Apêndices.....	93
Anexos .....	95

## **Apresentação**

O volume que estamos apresentando é o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família–Modalidade EAD, programado pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de HAS e/ou DM da UBS Leozildo Barreto Fontoura, do município Macapá, AP. O presente volume está organizado em cinco unidades de trabalho, as mesmas construídas de forma independente com sequência lógica e inter-relacionadas entre si. Na primeira parte é realizada a análise situacional da unidade 1 do curso. Na segunda seção é desenvolvida a análise estratégica através de um projeto de intervenção construído ao longo da unidade 2. Na parte terceira ficou a intervenção executada durante 16 semanas correspondentes à unidade 3. A quarta parte avalia os resultados da intervenção somando os respectivos gráficos dos indicadores de saúde obtidos no tempo da unidade 4, bem como o relatório para a gestão e comunidade. Na quinta seção descrevemos a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem pessoal ao longo do curso e da implementação da intervenção. Seguidos pelos anexos necessitados neste período para realizar o trabalho. O começo do curso de Especialização em Saúde da Família foi no mês de janeiro de 2014 com as primeiras tarefas postadas; no mês de maio de 2015 seu término, com a entrega e apresentação do volume final do trabalho de conclusão do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Meu abraço ao coletivo de trabalho que apoia o desenvolvimento deste curso.

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Leozildo Barreto de Fontoura da cidade de Macapá com situação geográfica ao sul, estado Amapá, sua área de abrangência é no bairro zero. Somos três equipes de estratégia de saúde da família (ESF). Estou na equipe número 024, constituída por nove agentes comunitários de saúde (ACS), quatro técnicas de enfermagem, uma residente, uma enfermeira e a médica do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Também são trabalhadores desta UBS um pediatra, um gineco-obstetra, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, um auxiliar de limpeza, um agente de segurança, uma diretora, técnica de farmácia e profissionais do NASF.

A estrutura da UBS tem sala para triagem, farmácia, copa, curativo, vacinação, esterilização, nutrição-ultrassom, consultório odontológico, três consultórios médicos, sala da gerência-diretora, área de espera, arquivo, dois banheiros. Os equipamentos, insumos, materiais disponíveis, temos os básicos e solicitamos outros, os medicamentos não são suficientes e necessários, muitos pacientes têm que comprar em outras farmácias, não tem laboratório para os exames complementares. Não contamos com serviço de urgência ou plantão. Ao necessitar atendimento médico, sempre são atendidos além da demanda. A população mora perto da UBS.

Com uma população total em nossa equipe de 4360 pessoas, distribuída em 1060 famílias, temos quatro escolas na área adstrita, laboratórios fundamentalmente particulares, além de igrejas, a maioria das casas é localizada nas zonas de ressaca ou palafitas. A maioria das famílias são extensas, miscigenação de raça.

Predominam os trabalhos domésticos, donas de casa, comércio de alimentos, de roupas e outros produtos, cabeleiras, professores, etc., temos também desempregados e pessoas que têm segurança social por incapacidades, pela idade e outras condições.

As principais ações de educação em saúde são feitas na UBS e na comunidade por cada integrante da equipe com enfoque nos riscos do entorno, biológicos, sociais, psicológicos, fundamentais, das DCNT e transmissíveis e necessidade de reabilitação, fazemos palestras, cara a cara, levando a cada paciente as necessidades de mudanças de hábitos ou costumes inadequadas, tanto que afetam a vida pessoal enquanto a comunidade, e manter os aspectos positivos que vai ser imitados também por outros.

Os principais temas desenvolvidos são direcionados a importância de, adequada alimentação, tratamento da água de consumo, prática de exercícios físicos, realização do preventivo de câncer de colo de útero, próstata, mama, colón, manter tratamento medicamentoso em doentes crônicos, aleitamento materno, realizar atenção pré-natal integral, vacinação, saúde bucal, fisioterapia e reabilitação por sequelas e deformidades ósseas- musculoesqueléticas, efeitos danos do álcool e tabagismo.

As principais causas de atendimento são Hipertensão, puericulturas, pré-natal, planejamento familiar, infecção da pele, respiratórias, digestivas, incapacitados físico motor e mental, cardiopatia, alergias, osteoartrose, DST, cefaleia, transtornos visuais.

Os principais problemas de saúde identificados pela equipe são deficiências, condições higiênicas ambientais, alto número de pacientes HIPERTENSÃO descontrolados ou descompensados, dificuldades na atenção pré-natal.

As consultas e visitas domiciliares (VD) se realizam segundo sejam planejadas priorizando os grupos mais vulneráveis, todos os moradores são avaliados nutricionalmente e verificada a tensão arterial.

Temos distribuídos os dias com horários de consultas e VD e outras patologias para que não seja afetada a atenção integral.

Para nosso trabalho tentamos cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e fazemos reuniões semanais para planejar e avaliar o mesmo,

encaminhar as ações segundo os problemas priorizados da população em cada momento, para poder desenvolver o trabalho para a satisfação das necessidades.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá é um município localizado no Estado de Amapá, é a capital do estado com uma população estimada de 437.256 habitantes, possui 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 20 Urbanas e 3 Rurais, 5 Módulos de Saúde Familiar com 72 ESF, 1 Pronto Atendimento e 2 Centros Odontológicos que trabalham com agendamento e atendimento de urgências.

Na cidade contamos com três Escolas de Enfermagem, uma Universidade Federal Pública (UNIFAP), oito NASF, quatro Equipes de Atendimento Domiciliar, temos dois Serviços Hospitalares de Emergência, um Serviço Hospitalar de Especialidade.

Eu trabalho na UBS Leozildo Barreto Fontoura na cidade de Macapá com situação geográfica ao sul, estado Amapá, sua área de abrangência é do bairro Zerão, Universidade e Marco Zero , com uma população aproximada de 16000 habitantes da área adstrita. Somos três ESF, estou na equipe número 024, formado por nove ACS, quatro técnicas de enfermagem, uma enfermeira e a médica do PMMB(Programa Mais Médicos no Brasil) , faltando somente o odontólogo. Também são trabalhadores desta UBS um pediatra, um ginecologista obstetra, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, um auxiliar de limpeza, um agente de segurança, uma diretora, uma técnica de farmácia e profissionais do NASF. Nossa população adstrita não esta toda cadastrada temos dificuldade com habitantes carentes que estão continuamente mudando de áreas de ressaca.

A estrutura física da UBS não foi construída para esta finalidade, sendo adaptada para o atendimento de uma UBS, não é adequada, com salas pequenas, e compartilhada, com barreiras arquitetônicas. Têm uma sala para a triagem, uma farmácia, uma copa, uma sala de curativo, uma sala de vacinação-esterilização, uma sala para a nutrição, uma para ultrassom, um consultório odontológico, três consultórios médicos, sala da gerência-diretora, área de espera, arquivo, dois banheiros. Os equipamentos, insumos e materiais disponíveis são os básicos e solicitados outros, quando necessário. Não temos bibliografias disponibilizadas, nem



telefone, nem computador- internet. Os medicamentos necessários são insuficientes, na maioria das vezes tem que adquiri-los em farmácias comerciais. Não temos laboratório para os exames complementares, damos prioridade nos laboratórios perto da UBS, mas muitas vezes a necessidade de encaminhar para os hospitais ou laboratórios particulares. Não contamos com serviço de urgência ou plantão. Quando necessário o usuário é atendido além dos agendados. A população reside perto da UBS.

Com uma população total em nossa equipe de 4360 pessoas, distribuídas em 1060 famílias, têm incluídas quatro escolas, laboratórios de análises clínicas particulares, além disso, igrejas. As maiorias das casas estão localizadas nas zonas de ressaca ou palafitas. A maior parte das famílias é extensa, com miscigenação. Predominam os trabalhos domésticos, donas de casa, comercio de alimentos, vestuário e de outros produtos, cabeleiras, professores, etc., há também desempregados e pessoas recebendo benefício de auxílio- doença Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), por deficiências, incapacidades, pela idade e ou outras condições.

As principais ações de educação em saúde são realizadas na UBS e na comunidade por cada integrante da equipe com enfoque nos riscos ao meio ambiente, biológicos, sociais, psicológicos, das DCNT(Doença Crônica não Transmissíveis) e doenças transmissíveis e de reabilitação, através de palestras, levando a cada individuo as necessidades de mudanças nos hábitos ou costumes inadequados, que afetam a vida pessoal ou da comunidade, incentivando os aspectos positivos que vão ser imitados por outros.

Os principais temas desenvolvidos são direcionados à importância de alimentação adequada, tratamento da água de consumo, pratica de exercícios físicos, realização do preventivo de câncer de colo de útero (PCCU) e de mama, de próstata, de colon, manutenção do tratamento medicamentoso em usuários crônicos, aleitamento materno, importância da atenção pré- natal, vacinação, saúde bucal, fisioterapia e reabilitação por sequelas e deformidades osso- músculo-esqueléticas, sequelas do álcool e tabagismo.

As principais causas de atendimento são HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e/ou DM (Diabetes Mellitus), puericultura, prenatal, planejamento familiar,

infecção da pele e respiratórias, digestivas, incapacidades físicas, motor ou mental, cardiopatia, alergias, osso artrose, DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), cefaleia, transtornos visuais.

Os principais problemas de saúde identificados pela equipe são as condições higiênicas- ambientais deficientes, alto número de usuários com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus) descompensados, dificuldades na atenção pré- natal. As consultas e VD (Visitas Domiciliares) são planejadas priorizando os grupos mais vulneráveis, todos os usuários visitados são avaliados nutricionalmente e verificado a pressão arterial (PA). Nosso atendimento é organizado com horários de consultas, VD objetivando a atenção integral, respeitando os princípios do SUS. Realizamos reunião mensal para monitorar e avaliar o atendimento. Realizamos educação continuada através de questionários, protocolos, elaboramos materiais de uso para o trabalho diário.

As estratégias usadas para melhorar e manter os serviços de maneira mais adequada é, por exemplo, horários pré- estabelecidos para uso de locais por cada profissional agendando as consultas e VD. Fazemos atividades na comunidade com parceria dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde Familiar), a interação da equipe com a população é muito importante, conhecemos sua realidade, seu meio ambiente, direcionando nosso trabalho na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação. Na chegada dos usuários na triagem é realizado o acolhimento que incluem medidas antropométricas, verificação da pressão arterial e glicemia, preenchimento dos dados gerais no prontuário. Esclarecemos dúvidas, ensinamos seus direitos e deveres. Educamos para os cuidados com a água dispensando o hipoclorito para tratamento da mesma, dispensamos preservativos, administramos vacinas, realizamos a classificação de prioridade.

Prescrevemos os medicamentos dispensados na UBS, mas na falta são encaminhados para farmácia popular, pelo baixo custo e ou indicamos remédios fitoterápicos pré- elaborados ou naturais. Criamos um agendamento para outros níveis de atenção, mas ainda são insuficientes e demorados em algumas especialidades.

Vou compartilhar algumas questões sobre minha equipe e fazer uma análise de nosso trabalho e dos resultados alcançados até a data. Para começar quero dizer

que estou muito contente com as relações interpessoais dos integrantes da equipe, temos uma empatia muito boa que ajuda a todos a trabalhar num ambiente agradável e com a tranquilidade de fazermos nosso trabalho pensando num bem coletivo, de certa forma isso é engajamento público, pois acho que a primeira ação que devemos procurar é a integração da equipe e o comprometimento de trabalhar unidos. Quando comecei a trabalhar foi muito difícil, sempre ficava com receio, procurando uma sistemática de trabalho, com o tempo houve uma mudança e começamos a compartilhar dúvidas, discutimos os casos clínicos complexos, porque temos alguma coisa interessante para acrescentar, incluindo os ACS. Promovendo o engajamento público das mães preocupadas com a saúde de seus filhos agendam consultas, cadastramos grávidas que não tinham acompanhamento. A empatia de nossa equipe foi transmitida às comunidades que já sentem que podem procurar a equipe sem medo, aprenderam que os principais responsáveis por sua saúde são eles mesmos.

Educação popular em saúde contempla uma dimensão social, mental, ganha uma perspectiva mais global e holística, engloba o termo bem-estar em oposição ao que é definido como doença, e enfatiza a ideia de equilíbrio e harmonia. Assim pode se dizer que é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade. Esta definição, que representa uma perspectiva mais positiva e que marca a grande mudança que sofreu o conceito de saúde, tem recebido continuamente alterações e influências, em função das imensas variedades de contextos e experiências humanas, históricas, culturais, sociais, científicas e filosóficas que foram acontecendo. É um processo indispensável numa sociedade, a Educação para a Saúde, permite que o indivíduo ou as comunidades adquiram conhecimentos e competências necessárias para adoção de hábitos de vida saudáveis. As intervenções de Educação para a Saúde têm um caráter formativo, uma vez que conseguem integrar processos cognitivos e de atitudes, que permitem a modificação de comportamentos, tornando-se numa ação, permanentemente, consciente, racional e voluntária.

O caderno de Educação Popular e Saúde é um documento muito importante que permite fazer uma comparação entre conceitos diferentes, permite conhecer de forma mais clara, profunda conceitos de Saúde Pública com o objetivo de

compartilhar saberes entre os profissionais, educadores populares e movimentos sociais, serve de ajuda para ampliar os conhecimentos das concepções e experiências do processo saúde-doença, permitindo relações que se movimentam em direção do desenvolvimento de uma vida melhor.

Temos educação em saúde na prática quando existe participação ativa da comunidade, por exemplo, em nossa UBS realizamos diferentes ações de promoção de saúde na comunidade com ajuda de gestores de saúde em conjunto com ACS e profissionais da UBS, temos aumentado a cobertura vacinal, as consultas de puericultura e pré-natal, a captação das mulheres para o exame PCCU nas mulheres e de próstata, no homem. Promovendo estas ações através de palestras na comunidade e na UBS, painéis informativos, folders aos usuários e expostas em diferentes áreas da comunidade, serviu como ajuda para articular de maneira, mas organizada o trabalho em nossa UBS.

Apesar de todo o trabalho realizado considero que estamos na etapa inicial desta implementação que se baseia no desenvolvimento de ações para provocar mudanças da sociedade, temos que continuar promovendo a união entre os diferentes setores da comunidade (gestores, profissionais, usuários), e assim possibilitar a solução dos problemas de saúde que podem apresentar.

Finalmente quero acreditar que a Educação Popular de Saúde representa as necessidades verdadeiras da população em geral, as quais concretizam-se nas ações sociais orientadas pela construção da correspondência entre as necessidades sociais e a configuração de políticas populares, proporcionando a luta da comunidade por planejamentos que permitam a solidariedade, justiça, equidade, universalidade, integralidade e assim consolidar o sistema de saúde que precisam todos.

Em nossa equipe de saúde da família todos os profissionais participam em nossa área de atuação na identificação de famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, ainda fazemos um recadastramento das famílias e dos indivíduos para fazer uma análise da situação de saúde. Nas atribuições dos profissionais ainda existem muitas ações que devem ser realizadas, como a territorialização e o mapeamento da área, no qual muitos de nossos profissionais participam, também participaram na identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos.

Os encaminhamentos realizados se baseiam pelas recomendações do Ministério de saúde (MS), embora não temos os protocolos. Na UBS não realizamos atendimento das urgências e emergências pelas condições estruturais e físicas, realizando os primeiros cuidados, não temos sala de observação.

Dentro das atividades de educação permanente devemos melhorar a capacitação de ACS e conhecer as atribuições específicas e comuns a todos os profissionais da equipe para melhorar os resultados de trabalho, os indicadores de saúde, o acolhimento aos usuários e dar uma maior satisfação da população com o SUS, sendo nosso trabalho em atenção primária.

Há muitos usuários que chegam à UBS por demanda espontânea. O fluxograma para organização deve ser adaptado à singularidade de cada UBS de modo a facilitar o atendimento e de melhorar a forma como equipe lida com o excesso de demanda espontânea. Além disso, é importante que a UBS conte com apoio da comunidade por meio dos conselhos locais de saúde a fim de efetivar a rede de atenção à saúde dos usuários de sua área adstrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial. O acolhimento é importante no processo da primeira escuta do usuário na avaliação das necessidades de cuidados imediatos, identificando as vulnerabilidades individuais ou coletivas, prestando ou facilitando os primeiros cuidados, classificar o risco para definir as prioridades de cuidado. Os profissionais da equipe de saúde bucal também devem ser envolvidos no processo de acolhimento com classificação de risco das urgências odontológicas.

Deveremos continuar na capacitação do acolhimento, na classificação de risco, pois houve uma diminuição de casos de demanda espontânea, de emergências e urgências em Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento. A saúde bucal é uma temática muito importante em atenção básica com suas diferentes ações que podem ser de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, são indicador de qualidade de vida. Em nossa UBS não temos todos os recursos humanos para atender a toda a comunidade, faltam odontologistas e técnicos de saúde bucal. São priorizadas as urgências, escolares, grávidas, idosos, usuários com HAS e/ou DM, deficientes ou incapacitantes.

Na reunião semanal de nossa equipe não há a participação da odontóloga e técnico em saúde bucal porque não temos, mas capacitamos como orientar a

comunidade, para o acolhimento dos usuários na UBS, orientamos a organização da demanda espontânea, nos principais agravos em saúde bucal em palestras educativas e classificamos os grupos de riscos (cáries dentais, doenças periodontal, câncer da boca, traumatismos dentais, má oclusão e fluorose dentaria). Em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social devemos definir uma estratégia para melhor atendimento dos grupos prioritários e avaliação individual ou familiar de risco. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos são agendados para acompanhamento periódico e reforço do cuidado. Só 1% da população tem alguma avaliação feita por odontólogos de outro centro odontológico.

Deformações ortodônticas que muitas vezes são diagnosticadas e encaminhadas pela UBS não têm garantia do atendimento. São priorizadas as urgências. Encaminhamos os usuários que necessitam de intervenções cirúrgicas restauradoras ofertadas de forma organizada, havendo demora no hospital de algumas, lembrando a pouca disponibilidade de equipamentos e instrumentos no município, além disso, não temos um sistema de manutenção e reposição de equipamentos. Em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social deve ficar definida uma estratégia para melhorar o atendimento dos grupos prioritários e a avaliação individual ou familiar de risco, doenças e sequelas. Precisamos trabalhar em prevenção como complementação às demais ações programáticas prioritárias a atenção primária a saúde (APS) e de DCNT e promoção de alimentação saudável. Esta ação programática é prioridade do MS, devemos planejar e avaliar. Temos uma cadeira odontológica para a prática clínica e para ações coletivas em nossa unidade. Na reunião semanal falamos de como orientar a comunidade pra acolhimento dos usuários na UBS neste serviço, também orientamos a organização da demanda espontânea, em saúde bucal realizamos palestras educativas e pesquisamos os grupos de riscos.

Na área oncologia, o diagnóstico precoce é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para a redução do estágio de apresentação do câncer. É importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta dos cânceres mais comuns passíveis de melhor prognóstico se descobertos no início. A detecção precoce pode salvar vidas e reduzir a morbi- mortalidade associada ao curso da doença e diminuir custos do

sistema de saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde. Na UBS utilizamos os protocolos da prevenção de câncer de mama e colo de útero, MS 2013. Recomenda-se a mulheres entre 25 - 64 anos fazer a PCCU, sendo este o segundo mais incidente em mulheres no Brasil, realizamos o registro bem como o seguimento das usuárias através da busca ativa da equipe, através das ACS, temos ainda que fazer mais atividades ou intervenções na área preventiva para evitar seu desenvolvimento, mas trabalhamos nestes programas, com tratamento oportuno das DST, educação no uso de preservativo, luta contra o tabagismo, álcool, etc. Realizamos a coleta de PCCU nas segundas e sextas feiras, temos dificuldade nos outros dias pela falta de local disponível. O exame de mama é realizado nas consultas, com orientações do autoexame e quanto aos sinais e sintomas. Indicamos mamografias, ultrassom seguindo critérios por idade, clínica, avaliação do risco. Neste ano temos dois resultados positivos, com acompanhamento multiprofissional. Há a demanda espontânea e por pré- agendamento proveniente da captação por profissionais da equipe.

Para saber o número de coletas de PCCU utilizei a agenda de marcação dos exames e outros dados retirados da Secretaria de Saúde do município. Porém como não consegui dados concretos em relação a esta ação, multipliquei o número de coletas de PCCU que faz a ESF por mês (30) por um ano aproximadamente e assim totalizaram 300 coletas. No meu ponto de vista uma cobertura insatisfatória de 28%. Não foi possível realizar o preenchimento do CAP, por falta de registros na UBS. Avaliando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do PCCU e dos registros, considero primeiramente a conscientização da própria mulher em fazer a prevenção, comparecer à UBS para a consulta e através de propagandas do governo. E também a colaboração de todos os profissionais da saúde, sempre recomendando e encaminhando essa usuária. As VD também são muito importantes, pois o contato direto com a mulher, orientando sobre as maneiras de prevenção são de suma importância. O Controle do Câncer da Mama é realizado durante a consulta da coleta de PCCU. Já definimos estratégias para melhorar neste aspecto, fizemos um encontro municipal com participação das ESF das UBS, MS,

onde ficaram esclarecidas as problemáticas para melhores indicadores de qualidades calculados no CAP (coleta e envio para laboratório de amostras desde unidades de saúde, para adequado processamento, conservação, leitura e retorno, capacitações, busca ativa pelas ESF, palestras nas micro áreas e na UBS).

No programa saúde da criança, a taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores do desenvolvimento de um país. No Brasil caíram muito nas últimas décadas graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da ESF, etc. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis.

Com o programa de humanização do pré- natal e nascimento que objetivava reorganizar a assistência e vincular o pré- natal, ao parto e ao puerpério, ampliar acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência além da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis. Diante dos desafios e o acúmulo de experiências, o MS organizou a Rede Cegonha que tem um ponto de vista prático, por um lado, garantir a todos os recém- nascidos (RN) boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. Na maternidade entrega se da caderneta de saúde da criança a mãe de cada bebê que servirá de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda a sua linha de cuidado.

As ACS realiza VD na primeira semana aos binômios mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos para o cuidado de ambos, ofertar as ações programadas como consulta, apoio ao aleitamento materno, imunizações. O acompanhamento desta criança deverá ser no primeiro, segundo, quarto, sexto, nono, com 12, 18 e 24 meses. Devemos aderir ao uso da caderneta, preencher seus dados e registrar o acompanhamento desta criança. Aumentar ações de puericultura, atividades de promoção e prevenção que ainda são insuficientes. Uma boa puericultura e adequada atenção à saúde da criança deve ser de forma integral garantindo futuras gerações de adultos e idosos saudáveis. O caderno da criança aborda orientações para a organização do processo de trabalho com temas de orientações importantes para o desenvolvimento e avaliação sistemática com foco



epidemiológico, além dos temas para educação em saúde sobre acidentes, imunizações, aleitamento materno, infecções, obesidade, desnutrição, alimentação, problemas sociais, estimulação precoce, reabilitação e outros.

As crianças são atendidas por pediatra e ou especialistas, de acordo com suas necessidades, na UBS ou hospitais. As quartas-feiras são oferecidas as consultas por ESF, mas há oferta do atendimento diariamente para doenças agudas. Realizamos um bom acolhimento, com ações visando à integralidade para satisfação da população e promover a qualidade de vida.

Em relação à puericultura e consultas de rotina com crianças de 0 a 6 anos, verifiquei que na área de abrangência residem 278 crianças cadastradas. Destas temos 92 crianças menores de um ano. Em torno de 90%, fizeram ou fazem puericultura, mesmo as áreas não cobertas pela ESF. O que pretendemos melhorar na Saúde da Criança é iniciar com a primeira visita da enfermeira ou médico no domicílio para avaliar a mãe e o RN logo que chegam da maternidade. Após iniciar com a consulta na UBS, quando a criança estiver com 10 dias de vida e agendar adequadamente seus retornos para seguimento, sempre orientando às mães sobre a importância de comparecer nas consultas, de manter a carteirinha de vacina em dia, o aleitamento materno exclusivo. Incentivar a equipe de ACS a ficar atentos ao nascimento para iniciar precocemente as orientações. O programa de puericultura não é monitorado nem avaliado pela UBS e sim pela Secretaria de Saúde, não havendo o repasse do número de faltosos ou prioridade para atendimento. Ficando para os ACS a responsabilidade do cadastramento e uma possível cobertura dessa população.

Na cobertura da atenção ao pré-natal e puerpério temos um total de 24 gestantes cadastradas e sendo acompanhadas na UBS do estimado de 65 gestantes. Em relação ao puerpério temos estimado 92 puérperas e nenhuma cadastrada. Os aspectos mais importantes para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal seria uma conscientização das próprias gestantes quanto à importância do pré-natal e puerpério, assim como a colaboração de toda equipe da UBS em geral. Os ACS devem ser responsáveis pela VD mais frequente às gestantes da área, alertando-as das consultas. Nós da ESF devemos estar avaliando o estado geral da gestante e orientando a importância dos retornos, da

realização dos exames laboratoriais, realização de ultrassonografia, participação no grupo de gestantes para esclarecimento de dúvidas, importância de uma alimentação saudável, vacinação em dia, entre outras orientações. Com comprometimento de toda equipe podemos alcançar uma cobertura satisfatória das gestantes e puérperas da área, pois na UBS seguimos o protocolo de atendimento, temos um registro específico em livro. Considero termos sub-registro e a necessidade de trabalho qualificado, com registro da assistência e desenvolvido no dia a dia de forma integral, pois não foi possível preencher os indicadores no Caderno de ações programáticas (CAP).

Em relação aos usuários portadores de HAS, verifiquei que da estimativa de 2433 adultos com 18 anos ou mais, temos 174 usuários com HAS cadastrados na UBS, o que representa uma cobertura de 23% dos usuários com HAS residentes na área. Dentre os usuários com HAS e em acompanhamento na UBS 12% faltam às consultas, e 61 (35%) não estão com avaliação de saúde bucal em dia. Temos 53% com estratificação de risco e exames complementares periódicos em dia. Todos que comparecem recebem assistência, estão com exames de rotina em dia e uma média de nove usuários com HAS /DM que participam do grupo.

Analisando o número de usuários com DM cadastrados antes da intervenção na ESF, de um total estimado de 220 tínhamos 162 (74%) cadastrados. Em 51 (31%) são realizados exames dos pés, com estratificação de risco, com palpação dos pulsos tibial e pedioso, medida da sensibilidade de dos pés nos últimos três meses. São 23 (14%) faltam nas consultas, 58 (36%) com exames complementares em dia e não fazem controle de glicemia capilar. Como não há odontólogo na UBS, a atenção à saúde bucal não é prestada, temos 40 (25%) com avaliação bucal em dia. Porém na medida do possível os usuários com DM recebem avaliação médica com classificação de risco, e os que comparecem e participam do grupo estão com exames de rotina adequados. Portanto seria importante realizar a mesma estratégia de busca dos usuários com HAS para os DM, pois os problemas são praticamente os mesmos, também não tenho grupo específico para usuários com DM e a abordagem para esse grupo também é realizada no momento do controle de glicemia capilar e quando comparecem para o grupo de caminhada.

Em relação à saúde do idoso, estima-se que de um total de 224 idosos cadastrados residem na área adstrita, não sabemos quantos estão acompanhados pela ESF. Aplicando o protocolo da saúde do idoso e utilizando-se da carteira do idoso, vamos conhecer melhor essa população para poder agir de acordo com suas necessidades. No momento sinto que nosso trabalho está prejudicado, não trabalhamos com o protocolo da saúde do idoso, seguimos com consultas trimestrais, pois a receita dos medicamentos de uso contínua é válida por três meses, assim o idoso comparece a consulta, repete os exames laboratoriais e renova a receita. Não temos registros para o preenchimento do CAP na saúde dos idosos.

Temos o caderno de atenção básica em saúde bucal e os protocolos técnicos, os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos são agendados para acompanhamento periódico e reforçado o cuidado. Nas VD realizadas pelos profissionais a partir de prioridade pré-definida, contribui pra uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais e preventivas.

A despeito de todos os obstáculos que atravessamos diariamente, a UBS apresenta bons resultados, as equipes se esforçam para acompanhar essas famílias levando promoção de saúde, destacando as ações da minha equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS na resolução dos casos, pois não é fácil atender a todos e muitas vezes as pessoas saem insatisfeitas porque a demanda é grande. Estamos fazendo um esforço bem amplo para conscientizar á população.

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

Ao realizar a leitura do texto inicial, Qual a situação da ESF/APS em meu serviço, o texto baseou- se na ESF em que atuo, visando à estrutura do ponto de vista meu e minhas dificuldades. Ao comparar com a escrita do relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família, do processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade adstrita no serviço o curso instrumentou- me para a avaliação dos pontos positivos e os que devem ser melhorados pelas equipes, na UBS como um

todo. Além disso, o curso de especialização está capacitando para o conhecimento dos problemas existentes e desenvolver estratégias ou ações oportunamente.

Com todo o detalhamento feito no Relatório Final da Análise Situacional da ESF em que atuo, considero que há muitos pontos a serem estudados para adequar a UBS e as ESF aos requisitos básicos de acordo com os protocolos do MS, tanto para estrutura física quanto para os atendimentos na saúde do idoso, da mulher, do homem e da criança, etc.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Entre 60 e 80 % dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica de saúde, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada e podem levar controle com baixo custo (Caderno de atenção básica nº 36/MS, 2013). A HAS tem uma prevalência no Brasil entre 22% e 44% na população com 18 anos ou mais segundo o protocolo de HAS para atenção básica de saúde de 2009. É a maior causa de morte no Brasil 27% e no mundo ocidental (Caderno de atenção básica nº 37, MS, 2013). No Brasil, o diabetes junto com a HAS, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62.1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações (PNAB/MS. 2012 e Rastreamento/MS, 2013). Em nosso desempenho são as DCNT (HAS e DM) os motivos de maior frequência das consultas e VD, com alta incidência e prevalência. DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS (Caderno de atenção básica nº 36/MS, 2013). HAS é uma condição clínica multifatorial, associa-se frequentemente, às alterações funcionais e /ou estruturais dos órgãos alvos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É o fator de risco mais importante das doenças como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal terminal, amputações de membros inferiores,

sendo preocupações essenciais para o SUS. (Caderno de atenção básica nº 36 e 37/MS, 2013).

Sendo uma ação programática justificada. O objetivo da intervenção é melhorar atenção aos usuários portadores de HAS e ou DM, evitar maior morbimortalidade procurando melhor qualidade de vida, além disso, a intervenção vai melhorar a situação da atenção à saúde no âmbito da UBS, promovendo estratégias e planejando-as para todas as ESF, com foco na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação onde não somente o qualificar a parte assistencial, mas também na docência, investigação e gerenciamento.

A UBS onde trabalho é adaptada, sua estrutura é deficiente, mas existe projeto para reforma, manter a limpeza é difícil, as superfícies não são laváveis, ventilação e luz insuficiente, os espaços são pequenos e insuficientes, com barreiras arquitetônicas. Somos três ESF, nossa equipe tem nove ACS, médica, equipe de enfermagem. A população adstrita da UBS é com estimativa de 16000, têm escolas, igrejas, predomina miscigenação. Predominam hábitos alimentares inadequados com muita comida gordurosa, amidos, açaí, farinha de mandioca, refrigerantes, manteiga, pão, doces. Não tem costume de praticar exercícios físicos. O nível escolar é baixo, assim como cultural, as famílias em sua grande maioria são extensas com situação econômica regular, as casas em palafitas com pontes em mal estado são predominantes, o estresse destas pessoas é alto pelo relatado e pelo risco de violência.

A estimativa de nossa população de 20 e mais anos é de 8.947 pessoas de um total de 16000 habitantes da UBS. Devendo existir 2.818 (31%) usuários com HAS e 805 (10%) usuários com DM. Na população adstrita tem predomínio do sexo feminino, antes da intervenção estavam cadastrados 174 portadores de HAS e 162 de DM somente da ESF onde atuo. Ainda não conhecemos a totalidade deles da UBS toda. As principais ações de educação em saúde são feitas na UBS e na comunidade, mas acredito que são poucas, e são realizadas pelos integrantes da equipe através das palestras, VD e atendimento individual. Com foco dos riscos do entorno, biológicos, sociais, psicológicos e fundamentais nas DCNT (HAS, DM) fazendo ênfase na adequada alimentação, antitabagismo, diminuição do consumo de sal, estresse, mantendo o peso corporal adequado. Temos todas as sextas feiras

encontros deste grupo com o educador físico onde são realizados os exercícios físicos, importância de manter o tratamento medicamentoso, vacinação em dia, levando a cada usuário as necessidades de mudanças de hábitos e costumes inadequadas, tanto que afetam a vida pessoal e da comunidade.

As consultas, VD e demais atividades ou ações para o bom desenvolvimento desta intervenção serão direcionadas a população alvo e com fatores de riscos, ou seja, a um grupo grande da comunidade para melhorar sua qualidade de vida. Vamos realizar as melhorias seguindo o planejamento priorizando os grupos mais vulneráveis, todos os moradores alvo desta intervenção serão avaliados nutricionalmente e verificada a PA. Temos distribuídos nosso trabalho com consultas, VD e assistência a outras patologias para que não seja afetada a atenção integral. Levamos os princípios do SUS e fazemos reuniões semanais para orientar e avaliar a mesma, encaminhando as ações segundo os problemas priorizados da população em cada momento, para desenvolver o trabalho para a satisfação das necessidades. Não é tarefa fácil porque muitos moram em áreas com perigo de acidente, também mudar hábitos, costumes, adesão ao tratamento. O trabalho da equipe é avaliado pela gestão nos diferentes níveis, nos ajuda no desenvolvimento deste curso a melhorar o desempenho para indicadores de excelência no futuro. Acredito que manter os aspectos positivos e continuar com intensidade e de forma organizada a execução estratégica proposta, a população alvo vai melhorar sua saúde e satisfação das necessidades.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Leozildo Barreto Fontoura, Macapá/AP.

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

**Relativa ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

**Meta 1.1.** Cadastrar 50% usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 1.2.** Cadastrar 50 % dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.**

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

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

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

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

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

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

**Relativa ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou usuários com DM ao programa**

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Relativa ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.



**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 5:** Mapear usuários com HAS e DM de risco para doenças cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com HAS e DM

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Saúde da Família (USF) Leozildo Barreto Fontoura, no

município de Macapá/AP. Participarão da intervenção os usuários de 20 anos e mais portadores de HAS e/ou DM.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura dos usuários usuários com HAS e DM

#### **Monitoramento e Avaliação:**

Monitoraremos o cadastro de usuários com HAS e usuários com DM semanalmente, nas reuniões da equipe pela técnica de enfermagem.

#### **Organização e gestão do serviço**

Faremos a busca ativa dos mesmos nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas VD. Verificaremos a PA a todo usuário maior de 18 anos que comparece a UBS, por qualquer causa.

Disponibilizaremos as fichas de registro de usuários com HAS e DM na UBS, para que todas as equipes possam preencher as mesmas. Que todos os usuários cadastrados no programa estejam com as informações na ficha espelho preenchidas pelo binômio medico / enfermeiro. Também solicitaremos ao gestor a impressão das fichas em quantidade suficiente para o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM.

Manteremos Calibrados os materiais necessários para aferir a PA e HGT junto ao gestor a quantidade de fitas e lancetas para realizar sua realização.

#### **Engajamento público**

Divulgaremos a intervenção na UBS e comunidade nos encontros, utilizando os carros de som da comunidade, assim como colocaremos cartazes na sala de espera e todos os profissionais da UBS farão a divulgação durante as consultas e VD.

Em toda a consulta médica e de enfermagem, orientaremos sobre fatores de risco para usuários com HAS e DM. Colocaremos cartazes informativos no mural da sala de espera, orientando o usuário sobre os fatores de risco.

Utilizaremos para informar a radio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos.

#### **Qualificação da prática clínica**

Capacitaremos os ACS para o cadastramento dos usuários com HAS e DM, de forma teórica pelo médico e na prática pelo médico e enfermeiro.

A capacitação da equipe será realizada pelo Médico, onde será abordada sobre a técnica adequada da verificação da PA. A capacitação da equipe será realizada pela enfermeira, onde será abordada sobre a técnica adequada para realização do HGT, juntamente com a capacitação para verificação da PA.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

**Monitoramento e Avaliação:**

Monitoraremos os exames clínicos apropriados realizados aos usuários com HAS e com DM pelo médico semanalmente, através do registro nos prontuários após o atendimento clínico, garantindo a informação na reunião.

Monitoraremos o número de exames laboratoriais solicitados aos usuários com HAS e/ou com DM pela enfermagem garantindo levar aqueles pendentes com frequência semanal. Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM. Monitoraremos o número de usuários com HAS ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

**Organização e gestão do serviço**

Capacitaremos a todos os membros da equipe quanto às atribuições dos profissionais no exame clínico de usuários com HAS e ou DM.

Intensificaremos e manteremos as ações promovidas para capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Realizaremos a impressão do protocolo adotado pela UBS para adequado atendimento dos usuários com HAS/DM. Manteremos uma cópia de cada um dos cadernos de atenção Básica nº 36 e 37 (2013), deixando-os na UBS para que os profissionais possam consultar quando necessário.

Pactuaremos com o médico e a enfermeira para que todo o usuário cadastrado no programa tenha os exames complementares solicitados, monitorando os atendimentos prestados na UBS, verificado se o usuário está em dia com os exames.

Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo, segundo o acordado no Caderno de Atenção Básica do MS, 2013.

Formaremos parcerias com outras instituições de saúde para a realização de exames laboratoriais com a periodicidade definida no protocolo. Manteremos o controle mensal de todos os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e insulinas que são prescritos pelo médico da UBS, avaliando disponibilização pela farmácia popular.

### **Engajamento público**

Divulgaremos sobre a temática utilizando nas palestras na UBS; assim como os meios de comunicação que dispõe a comunidade. Nas consultas, VD e outros encontros planejados ou espontâneos orientaremos sobre a periodicidade dos exames complementares nos usuários com HAS e/ou DM pelo médico/enfermeiro. Informaremos sobre seus direitos de acesso na farmácia popular e possíveis alternativas.

### **Qualificação da prática clínica**

Desenvolveremos capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, tratamento atualizado segundo protocolo adotado, pelos médicos. Orientaremos aos portadores de HAS/DM sobre alternativas de acesso a medicamentos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa

### **Monitoramento e Avaliação:**

Utilizaremos os espaços na UBS e na comunidade para prestação dos serviços de consultas, educação em saúde, demais atendimentos. Com o objetivo de promover periodicidade das consultas prevista no protocolo. Intensificaremos e manteremos as ações promovidas com os profissionais da saúde para que sejam motivadores na ampliação do serviço prestado.

### **Organização e gestão do serviço**

Organizaremos nas reuniões das equipes, as VD nas diferentes micro áreas para buscar os faltosos. Deixaremos duas vagas, três vezes na semana, nas consultas e nos atendimentos na comunidade além de planejar a frequências

semanais fixas para HAS/DM. Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos Programa de atenção ao usuário com HAS e/ou DM, captando mais usuários por meio de VD, organizadas pelos ACS juntamente com técnicos de enfermagem.

Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde aos usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

### **Engajamento público**

Garantiremos espaços de participação comunitária, informando sobre a importância de realização das consultas, nas igrejas, escolas, quintais e outros centros comunitários. Disponibilizaremos na sala de espera da UBS uma caixinha para sugestões da comunidade com relação ao programa de HAS e DM, além de ouvir critérios nos âmbitos de consulta, visita, grupo HAS/DM. Esclareceremos aos usuários com HAS/DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, possibilitando assim o controle social. Os esclarecimentos serão realizados na consulta médica e de enfermagem e também em ações educativas na sala de espera.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos cursos de treinamentos dos ACS, segundo Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 para garantir uma orientação de qualidade a nossos usuários com HAS/DM quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

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

#### **Monitoramento e Avaliação:**

Monitoraremos a qualidade dos registros dos usuários com HAS/DM, acompanhados na UBS, semanalmente pela enfermeira da equipe, revisando os prontuários após o atendimento clínico.

#### **Organização e gestão do serviço**

Implantaremos a planilha/registro específica de acompanhamento para os dois agravos. Pactuaremos com a equipe o registro das informações.

As enfermeiras das equipes serão as responsáveis pelo monitoramento dos registros que ficará organizado como sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### **Engajamento público**

Garantiremos aos usuários e a comunidade orientações precisas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **Qualificação da prática clínica**

Usaremos as conversas bidirecionais ou outras formas de trocas necessários como colocação de vídeos que expliquem o correto preenchimento dos registros para acompanhamento dos usuários com HAS/DM aos profissionais. Capacitaremos a todos os integrantes da equipe, quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

**Objetivo 5:** Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

### **Monitoramento e Avaliação:**

Intensificaremos o monitoramento dos usuários com HAS/DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano em VD ou nas consultas pelas técnicas de enfermagem, enfermeira e médico.

### **Organização e gestão do serviço**

Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Garantiremos locais na UBS e na comunidade mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos), para atendimento adequado dos usuários com risco cardiovascular alto.

### **Engajamento público**

Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os participantes para que estes sejam motivadores na ampliação do conhecimento de níveis de risco e à importância do acompanhamento regular para evitar possíveis complicações.

Desenvolveremos um grupo de atenção ao usuário com HAS/DM quinzenalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do

acompanhamento regular segundo níveis de risco. Programaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de atenção ao usuário diabético e hipertenso) para lograr a diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis, orientando uma alimentação saudável e realização de exercício físico.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos cursos de capacitação para toda a equipe em conjunto com a prefeitura para adquirir os conhecimentos adequados referentes à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM**

#### **Monitoramento e Avaliação:**

Realizaremos busca ativa dos usuários com HAS/DM que não tem a realização de consultas periódicas anuais com o dentista nas VD e consultas do programa na UBS. Estipularemos estratégias para promover o atendimento deste grupo priorizado pelo serviço de odontologia nas consultas periódicas anuais.

Realizaremos busca ativa dos usuários com HAS/DM que não tem a realização de consultas pelo nutricionista da área pelos ACS. Estipularemos estratégias para promover o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBS o pelo nutricionista nas VD nos casos que o requeiram. Faremos em nossas consultas e VD orientação nutricional como parte da integralidade de nossa especialidade em saúde da família.

Orientaremos a realização de exercícios físicos regularmente com a monitorização da mesma.

Solicitaremos a presença de um profissional educador físico que monitore a correta realização de atividade física e realize orientação precisa sobre a realização dos mesmos.

Monitoraremos a educação em saúde em relação com o tabagismo aos usuários com HAS/DM. Monitoraremos as palestras com pessoal qualificado para

promover conhecimentos sobre os riscos de complicações em usuários tabagistas com HAS/DM.

### **Organização e gestão do serviço**

Priorizaremos o atendimento odontológico e efetivaremos, demandaremos junto ao gestor da UBS a presença do odontólogo na equipe a cada quinzena para atendimento de nossas micro áreas com maior atenção aos usuários com HAS/DM com necessidade de atendimento odontológico. Estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Efetivaremos junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo

### **Engajamento público**

Mobilizaremos os líderes formais e não formais da comunidade com o objetivo de estabelecer parcerias na comunidade, para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde com um adequado controle social.

Garantiremos a orientação de nossos usuários HAS/DM sobre a importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamentos para abandonar o tabagismo nas VD e nas consultas na UBS.

### **Qualificação da prática clínica**

Realizaremos capacitações para as equipe na avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS/DM, nas práticas de alimentação saudável, nas metodologias de educação em saúde, na promoção da prática ao tratamento de usuários tabagistas.

## **2.3.2 Indicadores**

**Relativa ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a usuários com HAS e /ou DM

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS.



**Numerador:** Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Denominador:** Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.2.** Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS.

**Numerador:** Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Denominador:** Número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS.

**Relativa ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM

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

**Indicador 2.1.** Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

**Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

**Indicador 2.2.** Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

**Denominador:** Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS.

**Indicador 2.5.** Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com DM.

**Indicador 2.6.** Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de usuários com DM cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Relativa ao Objetivo 3:** Melhorar a adesão de usuários com HAS e /ou DM ao programa

**Meta 3.1** Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com DM cadastrados na UBS faltosos às consultas.

**Relativa ao Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

**Numerador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

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

**Numerador:** Número de usuários com DM cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 5:** Mapear usuários com HAS e DM de risco para doenças cardiovasculares

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 5.1** Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com

**Denominador:** Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 5.2.** Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com DM cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Relativa ao Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com HAS e DM

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

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

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

**Denominador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com DM cadastrados nos usuários com DM.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com DM cadastrados nos usuários com DM.

### 2.3.3 Logística

Para a intervenção no programa de HAS e DM iremos adotar o Caderno Atenção Básica, número 36, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus” e o Caderno Atenção Básica, número 37, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: HAS”, ambos do MS, 2013. Utilizaremos a ficha complementar de HAS/DM (Apêndice A) com data do controle dos usuários que sejam consultados, sejam faltosos ou não, cifras de PA, atenção odontológica e orientações saúde bucal e deixar planejada próxima consulta. Além dessa usaremos a Ficha espelho proposta curso de especialização da UFPel (Anexo C) que prevê a coleta de informações sobre doença (HAS, DM ou HAS/DM), medicações de uso contínuo, fluxograma dos exames laboratoriais, Índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), PA, exame físico dos usuários se normal ou alterado, exame dos pés dados relativos à estratificação de risco cardiovascular, dano em órgãos alvos, orientações nutricionais, da atividade física, risco tabagismo . Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira preencheram a citada ficha espelho. Estimamos alcançar com a intervenção 1409 usuários com HAS e 402 com DM acima do dado inicial. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas- espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pela UFPel (Anexo B).

Para monitorar o número de usuários com HAS e DM cadastrados no programa, iremos manter atualizados os cadastrados. Monitorar a realização de exame clínico apropriado e dos exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Monitorar a qualidade dos registros dos portadores acompanhados na UBS. Monitorar o número de usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com HAS e DM com o dentista. Monitorar a realização de orientação nutricional, a realização de orientação para atividade física regular e de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e DM.

Nós faremos o monitoramento destas ações em todas as consultas que fará o usuário na UBS, além disso, também nas VD que realizemos, avaliaremos estas ações e seu cumprimento e nas reuniões mensais que temos com a equipe de saúde. Registraremos na reunião mensal da equipe de saúde. O responsável será a enfermeira. O que necessita ser providenciado é presença de todos os ACS nas reuniões mensais da equipe de saúde, o registro das ações nos prontuários. Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de portadores usuários com HAS e DM.

Para garantir o registro dos usuários com HAS e DM cadastrados no programa. Toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários no livro de registro, na ficha espelho.

Para melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e DM. Garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo o protocolo.

Para garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do HGT, na UBS. Garantiremos a manutenção dos esfigmomanômetros, manguitos e do HGT de todos os usuários na UBS. Responsável serão o Médico, a Enfermeira e técnicos de enfermagem. Isto acontecerá em cada consulta que seja feita na UBS.

Organizar VD para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares. A enfermeira vai



organizar VD para a busca dos faltosos por todos os integrantes das ESF. Serão os recursos humanos envolvidos nesta busca ativa com apoio de alguns representantes da comunidade em cada micro área, chegando até as casas desses usuários listados como faltosos.

Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. A enfermeira é a profissional responsável pelo monitoramento dos registros. Responsável é médico e enfermeira, além disso, juntamente com o NAS, que avaliarão estas atividades e acompanharão seu cumprimento por toda a equipe de saúde. Estas ações serão avaliadas nas reuniões mensais na equipe de saúde e atividades de promoção de saúde feitas pela UBS.

As ações de engajamento público serão realizadas em palestras e ações de saúde que realizaremos na comunidade com toda a população também iremos realizar estas ações juntamente com as atividades de promoção e prevenção de saúde nas VD que se faça aos usuários, bem como nas salas de espera.

Manteremos toda a comunidade informada sobre a existência do programa de HAS/DM, da importância da verificação da PA e glicemia anual a partir dos 18 anos, através de todas as palestras que desenvolveremos na comunidade e na UBS, abordando os fatores de risco que causam dano aos usuários e desenvolvem a HAS e DM. Sendo os responsáveis o médico e a enfermeira.

Para a capacitação dos ACS para o cadastramento de usuários com HAS e DM de toda área de abrangência da UBS. Treinar os ACS para a orientação de usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e DM. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Estas capacitações serão realizadas na UBS pela enfermeira também nas reuniões mensais que são organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Estadual e avaliação das atividades será feita nas reuniões mensais com a equipe de saúde.



### **3 Relatório da Intervenção**

No período de 16 semanas desenvolvemos a intervenção intitulada Melhora da atenção aos usuários portadores de HAS e DM na UBS Leozildo Barreto Fontoura em Macapá, estado Amapá, realizada nas três equipes ESF (009, 073 e 024). Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses usuários evitando morbimortalidade, realizamos acompanhamento segundo protocolos do MS no Brasil. Continuamos a nossa intervenção relatando as ações realizadas de acordo com os eixos pedagógicos preconizados.

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

As ações propostas no projeto foram executadas, algumas totalmente e outras parcialmente. Tivemos as parcerias no desenvolvimento das ações às equipes ESF, NASF, farmácia, vacinadores e gestores.

#### **Referente ao Eixo Monitoramento e Avaliação**

Ao longo da intervenção, monitoramos e identificamos numerosos usuários com descontrole da PA e glicemia, com sequelas, complicações, lesões em órgãos alvos, com fatores de risco para essas DCNT. Desenvolvemos parcerias com os ACS, técnicos de enfermagem para prioridade das ações segundo necessidades assistenciais, docentes, educativas. Realizamos o monitoramento e avaliação dos cadastros, acompanhando os registros na ficha espelho das ações realizadas. Avaliada a qualidade e quantidade dos esfigmomanômetros, bem como controle, do uso adequado da técnica de verificação da PA. Foram revisados os prontuários para determinar as consultas em atraso, os faltosos, da realização do exame clínico, com requisição de exames em dia, as orientações de nutrição saudável, da prática de atividade física, acompanhamento da saúde bucal, do risco de tabagismo. Tinham-

se ao menos uma avaliação do risco cardiovascular e avaliação odontológica anual. Analisamos semanalmente as consultas e visitas segundo planejamento, além do livro de registro destas DCNT.

### **Referente ao Eixo de Organização e Gestão do Serviço**

Foi realizado o cadastro dos usuários com HAS e/ou DM da população alvo, de 20 anos ou mais de idade. Realizamos exame clínico, avaliação do risco cardiovascular, requisição dos exames complementares de acordo com o protocolo do MS, prescrição de medicamentos da farmácia popular, busca ativa dos faltosos, registro do atendimento através da ficha espelho disponibilizada pelo curso (Anexo C), promoção da saúde através de orientações nutricionais, atenção odontológica, prática de atividade física.

A maioria dos usuários está com índice de massa corporal acima do peso ideal, avaliamos sobrepesos e obesos, com obesidade abdominal. Temos alguns deles com dano de órgãos alvos, antecedentes de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca ou apresentação de outras cardiopatias, doenças renais, da retina, insuficiência venosa periférica.

A intervenção foi desenvolvida diariamente, embora tenhamos planejados dois dias na semana para agendamentos das prioridades para esse grupo de usuários. Desenvolvemos semanalmente o cadastramento, as consultas com requisição dos exames de acordo com o protocolo do MS. Recuperamos faltosos: de imunização, de PCCU nas mulheres, PSA nos homens, as orientações de nutrição, avaliações e encaminhamentos realizados pela: assistente social, psicologia, fisioterapia e reabilitação. Agendamos o retorno para avaliação dos exames laboratoriais, estudos de imagem (RX, USG) e ECG. Os encaminhamentos para especialistas fora da UBS aconteceram segundo as necessidades. As referencia com maior numero foram ao oftalmologista, cardiologista. Outros com angiologistas, endocrinologistas, neurologistas, otorrinolaringologista, ortopedista. Reproduzimos os protocolos para a UBS de HAS e DM. Estabelecemos parcerias com a comunidade para promoção de saúde e apoio na divulgação das atividades do projeto, insistindo nas atividades físicas, na importância do acompanhamento, do abandono ao tabagismo, dos hábitos alimentares saudáveis.

Os usuários que foram pesquisados e diagnosticados como caso novo, foram avaliados com mais regularidade ou sistematicidade, até haver a estabilidade de sua PA e exames laboratoriais, avaliando seus hábitos alimentares, medicação, pois na prática encontramos alguns com resistência na etapa de compensação.

Conseguimos a adesão das outras equipes o que levou à melhoria do trabalho com maior número de usuários, melhorando a qualidade de vida da população. As maiores quantidades dos portadores estão com tratamento medicamentoso que obtém nas farmácias populares, tendo acesso às mesmas e aos da UBS, resultando na adesão pela ausência de custos. Após a intervenção contamos com maior número ou variedade dos medicamentos.

Percebemos que na maioria dos atendidos retornam com a realização dos exames requisitados. Temos mais usuários nas atividades físicas com a educadora física e nas atividades grupais. Resgatamos faltosos de vacinas, de exames preventivos, receberam atenções especializadas dentro e fora da UBS, isso faz sentir que as pessoas, as famílias, a comunidade estão sensibilizadas em suas necessidades, da adesão ao tratamento qualificado.

Na farmácia da UBS estamos registrando num livro os dados pessoais, medicação (tipo, dose, quantidade). Temos falta de medicações como: bloqueadores dos canais do cálcio (Nifedipino, Amlodipino), diuréticos injetáveis (furosemida) e para os usuários com DM na UBS não temos insulina. Realizamos levantamento das necessidades dos medicamentos e encaminhamos para a gestão. Na UBS temos as listas dos medicamentos disponibilizados pelas farmácias populares. Realizamos, em algumas situações, a troca da medicação manipulada pela existente na farmácia da UBS, com muita ética e respeitando, com critérios e avaliações das especialidades de cardiologia e outras.

Ao aderirem à intervenção, as três ESF desenvolveram em seu dia a dia a incorporação das ações. Mantivemos com os gestores informações das necessidades materiais e recursos humanos para a continuidade.

### **Referente ao Eixo de Engajamento Público**

As atividades de prevenção e promoção de saúde foram realizadas em vários dos cenários na UBS e na comunidade, desenvolvendo orientações pessoais e grupais, roda de conversas, palestras, com orientação sob a importância da

alimentação saudável, da atividade física, do risco de tabagismo e consumo de álcool, sobre higiene bucal.

Em cada encontro insistimos nos fatores de risco associados, oferecemos recomendações, orientações, conselhos de como atuar para sua mudança de hábitos.

Realizamos VD dando prioridade aos idosos, com complicações associadas, acompanhados pela equipe do NASF. Tivemos principalmente a parceria dos mesmos, nas ações realizadas com a comunidade, conhecendo o estilo de vida, apoio ou não da família, sobre alimentação, higiene dos alimentos, seus familiares, do entorno e condições estruturais das moradias. Os perigos potenciais de acidente ou barreiras arquitetônicas, consumo de água, presença de vetores (mosquitos, baratas e ratos). O que mais chamou a atenção são as pontes quase intransitáveis, a quantidade de lixo nas águas das palafitas, animais como cachorros e gatos, uma grande quantidade de fezes de animais nas pontes. Mas já há planejamento de ações para intervir e virar a situação atual onde necessitamos apoio de todos. Faço o comentário destas situações porque também afetam aos portadores de HAS e DM e consideramos importante seu modo e estilos de vida, meio em que moram, para podermos intervir e melhorar qualidade de vida.

No dia mundial de Nutrição e da prevenção do Diabetes Mellitus foram desenvolvidas atividades na UBS e comunidade, de prevenção, promoção, atendimentos clínicos com participação das equipes, gestores, NASF.

Realizamos ações comunitárias integrais com regularidade e aferição da PA, como atendimentos multiprofissionais, ações de prevenção e promoção de saúde. Sempre no início e final das ações realizamos encontro para definir os objetivos e resultados. Realizamos sala de espera/palestras na UBS com os trabalhadores da mesma e ou com as pessoas que aguardam as consultas, com temas sobre a importância da prevenção da HAS/DM, da adequada alimentação, da prática de exercícios físicos, como evitar sobrepeso, obesidade, o autocuidado. Orientamos sobre a necessidade de aferir a PA uma vez cada ano aos maiores de 18 anos. Informamos sobre os grupos de riscos que necessita do teste de glicose, importância das práticas saudáveis desde as primeiras etapas da vida, promovendo bons hábitos, melhores estilos de vida, divulgando nossos objetivos de melhorar a

qualidade de vida da população. As palestras e as rodas de conversa aconteceram com a pastora da igreja e na escola, ocorrendo nestas um trabalho de parceria (saúde- comunidade).

A educadora física e os integrantes dos grupos de atividades físicas promoveram a saúde, ao relatarem que estão contentes de forma geral, melhorando o estado de saúde. Não somente para usuários com HAS, DM, idosos, que podem se incorporar a todas as ações. As ações foram realizadas com as crianças até as grávidas dentre outros, realizando exercícios diferentes para cada grupo. Divulgamos na comunidade, durante as VD, de casa em casa, com os ACS e equipe de enfermagem, aferindo PA, recuperando faltosos, reavaliando os usuários com descontrole das DCNT cadastrados na intervenção. Na busca de soluções imediatas para os idosos que tínhamos preocupação, que não contam com famílias que apoiem na realização dos exames, na busca das medicações.

#### **Referente ao Eixo Qualificação Clínica**

Foram capacitadas três enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, treze ACS, dois médicos, em temas protocolos HAS e DM da atenção básica de saúde, conceito, classificação, fatores de risco, causas, complicações, diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção de saúde. As capacitações aconteceram no âmbito da UBS com uso de bibliografias atualizadas utilização do computador apresentando duas vezes em Power point temáticas HAS/DM dos aspectos fundamentais em correspondência com cada integrante do grupo, definindo a função de cada integrante das equipes. Em Excel apresentamos a planilha de coleta de dados. Estudamos para esclarecer dúvidas, em Word à ficha espelho. Outras capacitações foram realizadas no dia a dia de forma teórico prática na UBS e na comunidade, para aperfeiçoar a aferição da PA, na realização de HGT, avaliação de CA, IMC. Realizamos na área educativa as atividades de prevenção e promoção em saúde, da importância de avaliação do IMC ou estado nutricional em toda a população, pois é o fator de risco mais frequente em HAS/DM e fazendo entender que com ações precoces pode se promover a saúde, evitando a ocorrência de eventos adversos e ou complicações dessas DCNT.

Na parte de saúde bucal, os ACS receberam capacitações para atuam diretamente em cada micro área sob a promoção de hábitos de higiene bucal,

adequados para prevenir cáries, periodontite, lesões malignas e outras da boca, língua, palato, gengiva.

Realizamos capacitações na UBS para o preenchimento da ficha espelho e do cadastro dos prontuários. Sobre HAS e DM, tendo ênfase nas questões da prevenção, promoção de ações ou estratégias para melhor o trabalho e melhor qualidade de vida de acordo com o protocolo do MS. Interagimos e esclarecemos as dúvidas dos profissionais, divulgamos o trabalho desenvolvido até o momento. Sugerimos a todos fazer um resumo dos critérios deles no trabalho, das dificuldades, dos ganhos, situações com a população. Trouxeram suas contribuições, preocupados com os faltosos que são visitados, mas não permanecem na área, trabalham não são encontrados durante o dia, permanecendo as casas quase a tempo todo fechadas. Sugerimos VD no final de semana, iniciativas ou propostas para o futuro, dentre outros aspectos. Acho como ganho maior o conhecimento, humanização, motivação dos profissionais na UBS, comprometimento.

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

Tivemos muitas dificuldades na intervenção e para sua execução ou para melhor qualidade no desenvolvimento da intervenção: A inexistência de equipe odontológica, para todas as demandas e atendimento da população adstrita, apresentando dificuldades na assistência e realização das ações, mas já foi designado odontologista para a UBS. A reforma da UBS ainda sem solução, com locais de trabalho inadequados, a limpeza com dificuldades pela sua estrutura e acesso inadequado a UBS. Falta de recursos materiais, como aparelhos para verificação da PA (esfigmomanômetros e estetoscópios) e fitas para HGT, para avaliação de uma maior quantidade de usuários, dificultando a captação e conseqüentemente o indicador de cobertura. Também tivemos a falta de fitas métricas, quantidade de fichas espelhos insuficientes. Sem acesso a internet, sem disponibilidade de folhas e computadores, recursos humanos inadequados para a população adstrita com duas áreas consideradas descobertas ou sem cobertura de ESF, falta de odontólogo. Nas áreas de moradia das populações adstritas alto índice de violência, condições péssimas das pontes com difícil acesso e alto risco de acidentes que aumenta na época de chuvas, falta de muitos medicamentos,



dificuldade para realização dos exames complementares, somente no Hospital Geral e serviços privados. Instabilidade na moradia da população na área, baixo nível educacional e cultural assim como difícil situação econômica de algumas famílias, estresse nos usuários e pessoal de saúde, inexistência de estatísticas atualizadas sendo utilizadas estimativas para a intervenção. Não existindo conselho local de saúde ou interesse em criá-lo.

Dentre as dificuldades anteriormente listadas, está a necessidade no serviço de odontologia. Tivemos uma maior quantidade de usuários avaliados e outros agendados na UBS em outras instituições de saúde, onde existe esse atendimento. Duas das ESF com especialista e uma ESF com área descoberta, somente com o técnico. Tendo como estratégia a avaliação inicial pelo técnico, após se necessário, intervenção ou encaminhamento.

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

A coleta de dados foi no início mais complexa pela não adesão das outras equipes, registros desatualizados, ficha espelho inexistente. Inicialmente, pouco comprometimento dos profissionais da UBS, inexperiência na utilização do sistema Excel e do preenchimento da planilha de coleta de dados. Com orientações, conhecimento da sistemática e apoio da orientadora, conseguimos realizar a digitação dos dados preenchidos, facilitando o cálculo dos indicadores.

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

Com fatores que possibilitam a continuidade da intervenção como a reforma da UBS já realizada, maior conhecimento das equipes destes agravos, dos protocolos, a união de todos os trabalhadores em função das necessidades da comunidade, melhor engajamento público. Apoio da liderança da comunidade na resolução das problemáticas da população, ajuda dos gestores, laboratório clínico perto da unidade, aceitação e organização da assistência. Os avanços com maior participação dos usuários nas atividades planejadas no grupo HAS/DM, maior comprometimento, a existência dos medicamentos de forma permanente, incorporação de outro odontólogo, melhor organização dos recursos humanos, melhora na quantidade dos recursos materiais básicos. Equipe capacitada para

atendimento grupo de tabagistas, melhor registro dos usuários, capacitação permanente.

Apesar da quantidade de usuários com HAS e DM atendidos, não foi à quantidade esperada. Melhoramos a qualidade da atenção, com foco integral, multidisciplinar. Com a incorporação da intervenção na rotina da UBS, vamos continuar a captação, melhorando a adesão, tendo os resultados positivos, palpáveis.

Em todos os usuários com HAS e DM que chegam à UBS são executadas as ações previstas no projeto. Ao ser recepcionado na UBS pelas técnicas de enfermagem, geralmente é realizado o acolhimento e triagem, conversas educativas, preenchidos os dados no prontuário, atualizando seu registro. Na consulta são realizados pelo binômio médico e de enfermagem, a anamnese, exame clínico, com orientações da importância da atividade física, da adesão ao tratamento, da alimentação saudável, dos riscos do tabagismo, além da recuperação dos exames preventivos, solicitamos a requisição dos exames segundo protocolos do MS, planejamos consultas NASF, odontologista, agendado o retorno, preenchemos ficha espelho, explicamos em detalhe o tratamento e sobre o fornecimento da medicação. Semanalmente informamos ao ACS sobre o estado atual do cliente e a conduta em cada caso, definindo a função dele no acompanhamento. Desse mesmo modo atuamos nas VD. Contatamos com os gestores solicitando as necessidades materiais e recursos humanos. Atualizamos os registros da farmácia. Todas as ações relatadas incorporando no dia a dia nos atendimentos.

A experiência está sendo muito grande e boa, melhoramos a saúde de nossos usuários com HAS e/ou DM, sendo realizada em equipe com apoio de todos, comunidade e gestores. Continuaremos o trabalho com satisfação, qualidade, avaliando constantemente, incorporando na rotina o trabalho neste grupo da população. Adquiri maior conhecimento como profissional, acredito será de ajuda incalculável para outras intervenções.

Ações realizadas durante a intervenção na nossa UBS pelas três ESF:



Figura 1: Fotografia referente à ESF na consulta e VD integrais. Realização HGT. Portadores HAS/DM e liderança na comunidade. Palestras. Grupo com a educadora física em atividade.



Figura 2: Fotografia referente ao acompanhamento de idosos HAS/ DM com descontrole. Palestra na UBS com trabalhadores, população em aguardo das consultas. Ação comunitária integral com pesquisas, palestra, atendimentos clínicos.



Figura 3: Fotografia referente à ação numa micro área com busca de faltosos. Atividade integral numa micro área com participação ESF, NASF. Com técnico odontologia que participa dos atendimentos na UBS e comunidade.



Figura 4: Fotografia referente a atendimentos em VD aos faltosos.



Figura 5: Fotografia referente a consultas nos domicílios. Ações realizadas nas micro áreas. Acompanhamento usuários descompensados



Figura 6: Fotografia referente ao resgate de faltosos, idoso longevo de 105 anos HAS.



Figura 7: Fotografia referente a idoso HAS/DMII. Atividade numa micro área com roda de conversa, palestra, ESF, educadora física na comunidade.



Figura 8: Consulta na casa e na UBS. Atividade física.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

No período de 16 semanas (julho- dezembro) do ano 2014 foi desenvolvida uma intervenção na UBS "Leozildo Barreto Fontoura" na cidade de Macapá/AP, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores HAS e DM na faixa etária de 20 anos e mais. Utilizamos os cadernos 36 e 37 respectivamente de Atenção Básica de Saúde do MS, 2013. Com estimativa populacional de 16.000, tendo 10.720 hab. com 20 anos e mais. Nossa população alvo estimada é de 2.433 usuários com HAS e 600 usuários com DM, pela estimativa da planilha de coleta de dados (VIGITEL, 2011).

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a usuários com HAS e /ou DM

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência do programa de atenção à HAS e DM da UBS.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência do programa de atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Na cobertura de usuários portadores de HAS (fig. 10) não foi alcançada a meta planejada, sendo no primeiro mês de 1.6% (40), no segundo mês de 4.9% (119), no terceiro de 7,8% (190), ao final da intervenção aumentamos para 20.4% (497) no quarto mês. A captação e a quantidade dos cadastrados pouco a pouco

foram se incrementando apesar das dificuldades para desenvolver as ações. Realizamos ações como: medição da PA aos usuários de 20 e mais anos acompanhados no âmbito da UBS e na comunidade, a busca ativa de usuários com HAS e/ou DM. Em alguns casos não os encontramos nas casas. Pelos registros dos cadastrados foram responsabilizados todos os integrantes da equipe. Informamos à comunidade nos diferentes encontros, na UBS e na comunidade, da importância da aferir a PA neste grupo populacional. Capacitamos as ESF para o cadastro fazendo monitoramento e avaliação a cada 15 dias nas reuniões, não conseguimos aferir a PA de toda a população, pois alguns estão muito tempo fora da casa e não temos aparelhos suficientes para esse procedimento, equipes incompletas e áreas descobertas.

Quanto ao indicador que mostra a distribuição da cobertura dos usuários com DM no programa, tivemos um comportamento crescente de cadastramento, sem atingir à meta, tivemos: 3.2% (19) e 8% (48), no primeiro e segundo mês respectivamente. No terceiro mês 11.8% (71). Ao término do quarto mês com 26% (156). Fig. 9.

Não foi possível a pesquisa de todos os consultados na UBS e nas VD com fatores de risco para Diabetes Mellitus com HGT pela falta de fitas, mas realizamos as glicemias nos laboratórios do município, Informamos a população dos fatores de risco para essa DCNT através das consultas, visitas, cartazes, palestras, rodas de conversa Fig. 10.

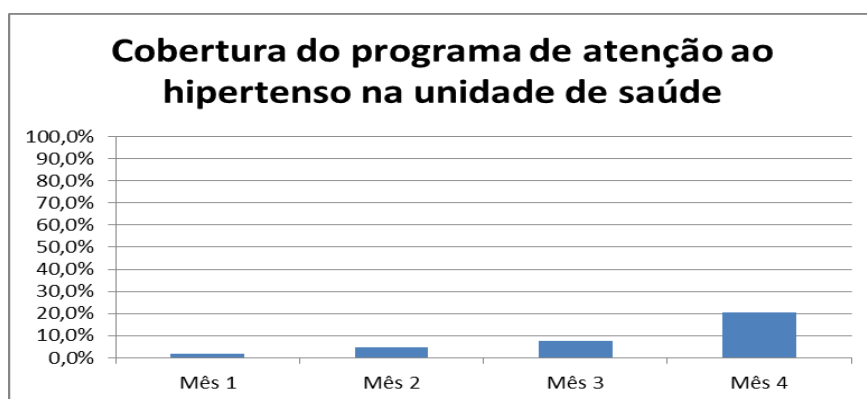


Figura 9: Cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e/ou DM

Fonte: Planilha de coleta de dados.



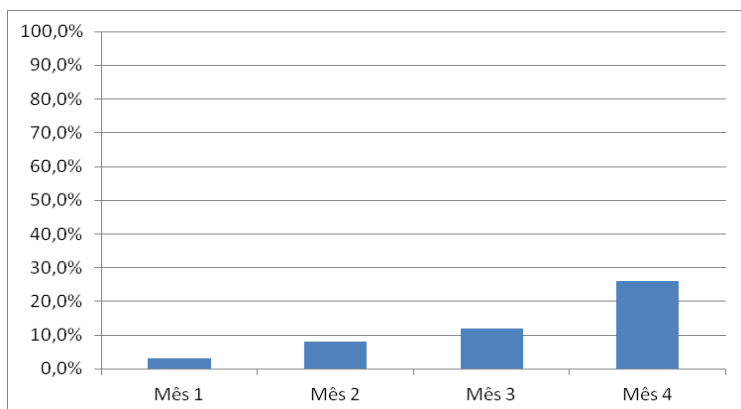


Figura 10. Cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e/ou DM.

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM

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

**Indicador 2.1** Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

**Indicador 2.2** Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Quando avaliamos a proporção dos usuários com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo do MS, no primeiro mês chegamos a 92.5% (37), no segundo mês 84.9% (101), no terceiro 87.9% (167) e no quarto mês 86.3% (429). Fig. 11.

Ao avaliar os usuários com DM com exame clínico em dia segundo o protocolo, resultou no mês um 89.5% (17), que foi aumentando nos seguintes meses, no segundo mês conseguimos 83.3% (40), no terceiro mês 87.3% (62) ao final do quarto mês finalizamos com 89.7% (140). As ações são semelhantes às desenvolvidas com usuários com HAS. Não alcançamos a meta proposta de 100% pelas mesmas causas listadas nos usuários com HAS, mas estamos comprometidos em atingir a mesma nos próximos meses, pois incorporamos a intervenção à rotina da UBS. Fig. 12.

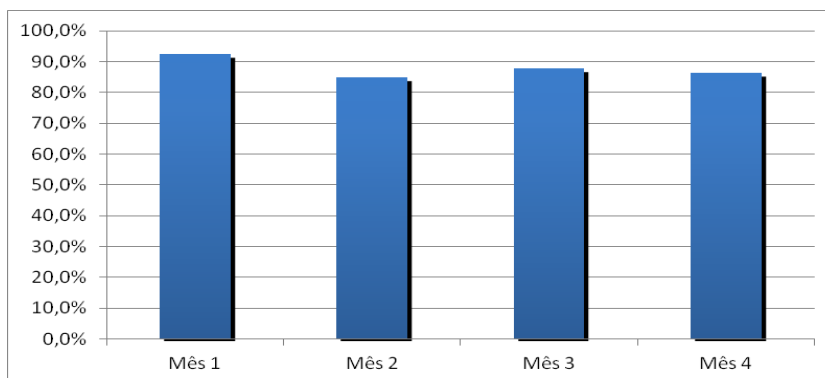


Figura 11: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

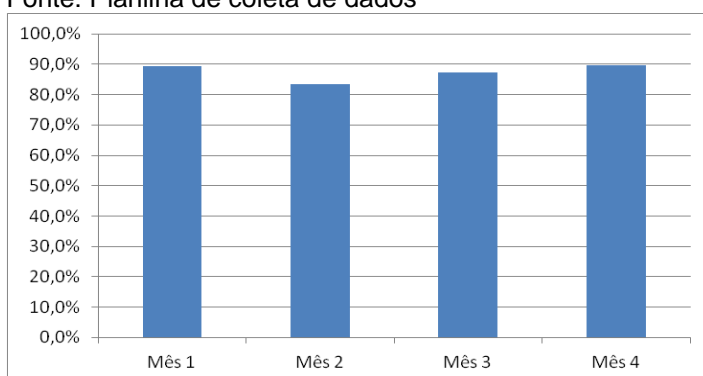


Figura 12: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Não foram alcançadas as metas propostas apesar das visitas da ESF, várias vezes, oferecendo prioridade para esses usuários nas consultas planejadas e espontâneas. Divulgamos a necessidade do acompanhamento, realizamos palestras para conhecimento da população dos riscos, as complicações, incentivando-os a comparecer às consultas. Os usuários que não foi possível à realização de exame clínico, estavam trabalhando, passando a maior parte do tempo fora da área, ainda sem percepção do risco. Temos desenvolvido outras ações na intervenção, o usuário ao acessar o serviço da UBS devido alguma das suas necessidades, realizamos o monitoramento da assistência pelos médicos e pela enfermagem das ESF, da requisição dos exames clínicos apropriados aos HAS e DM. Os ACS apoiaram com prévio treinamento e mantendo na prática, além das capacitações teóricas e práticas para todos os integrantes das equipes, fazendo ênfase no exame cardiovascular central e periférico, dos pés, da boca, da pele, neurológico, do

abdome. Foi disponibilizada a versão atualizada dos protocolos na UBS. Desenvolvemos atividades educativas, palestras, nos grupos, com portadores HAS/DM e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas decorrentes da HAS, importância de ter os pulsos, a sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente. Periodicidade dos acompanhamentos ou consultas estabelecidas pelos protocolos, os HAS/DM foram acolhidos devidamente segundo prioridade e agenda pré- estabelecida.

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

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

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

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

Avaliando a meta 2.3 para garantir 100% dos usuários com HAS a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo, conseguimos nos três primeiros meses 40, 119 e 190 (100%) com usuários estudados respectivamente e no último mês 93% (462), pois não conseguimos registrar os atendimentos realizados pelos profissionais. Para visualizar estes dados, observar fig. 13.

Nas metas 2.4 em relação à proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo as ESF durante os dois primeiros meses da intervenção, conseguimos 100%, 19 e 48 cada mês, no mês três alcançamos 70 (98.6%) finalizamos com 150 (96.2%) usuários com DM com exames complementares em dia, os portadores foram informados dos direitos deles na realização destes procedimentos, da importância, periodicidade dos exames, onde deviam ser feitos, como coletar as amostras Fig.14.

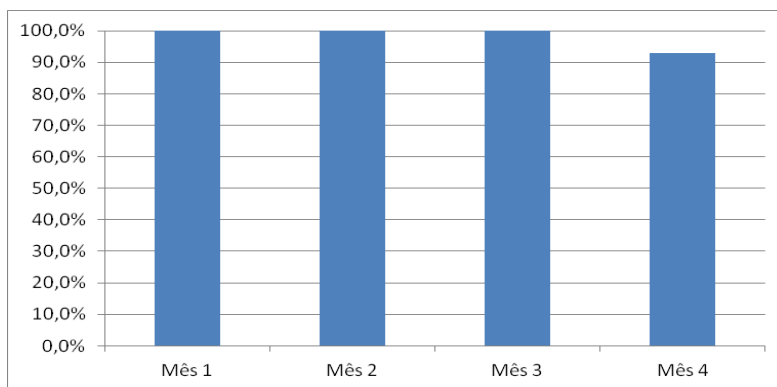


Figura 13: Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

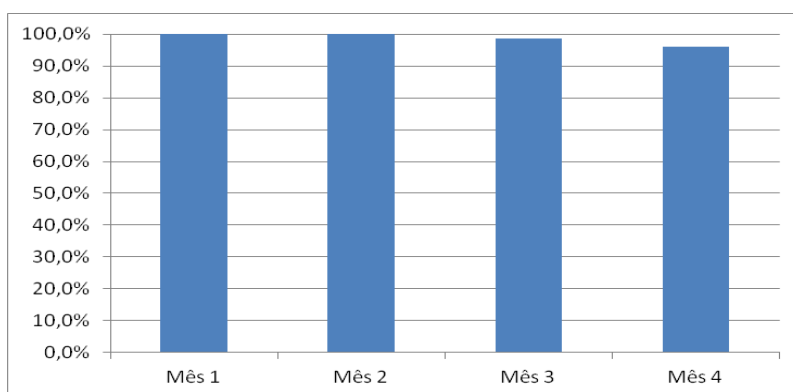


Figura 14: Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Para a realização dos exames complementares dos HAS e DM, foi necessário estabelecermos parceria com o laboratório do Hospital Geral do município. Também realizamos capacitação, monitoramento das requisições dos exames, explicamos a comunidade sua importância. Aos portadores orientamos a importância de realizar os exames de rotina para o equilíbrio do seu agravo. Realizamos investigação das causas deste agravo, de suas complicações ou repercussão nos órgãos alvos e critérios de controle de estas enfermidades.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS

**Indicador 2.5** Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Em relação à priorização a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS somente chegamos ao primeiro mês com 40 (100%), foi pela menor quantidade dos usuários com esse agravo. Nos meses seguintes cadastramos um número maior de usuários consultados e apesar de tentar a troca da medicação pela existente nas farmácias populares, não conseguimos, pois ainda temos alguns medicamentos que não podem ser substituídos por não haver na rede, sendo necessário seu uso. No mês dois da intervenção 95.8% (113), no mês três 92% (173), no mês quatro 92% (446). Fig. 15.

Referente aos usuários com DM, neste indicador tivemos a mesma dificuldade anterior de atingir a meta proposta que é de 100% de usuários com prescrição priorizada de medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês 100% (19), no segundo mês 95.7% (44), no terceiro mês 95.6% (65) e no quarto mês 94% (141). Das ações a capacitação dos profissionais sobre tratamento adequado, o monitoramento da existência, prescrição e uso dos medicamentos, de seus direitos de acesso e alternativas para obter os mesmos, levamos livro de registro na farmácia da UBS e registro pelas ESF. Fig. 16.

Foram atividades priorizadas nas capacitações, na atualização do tratamento, também de orientar a portadores e comunidade os direitos de ter acesso aos medicamentos das farmácias populares e das alternativas para obter este acesso.

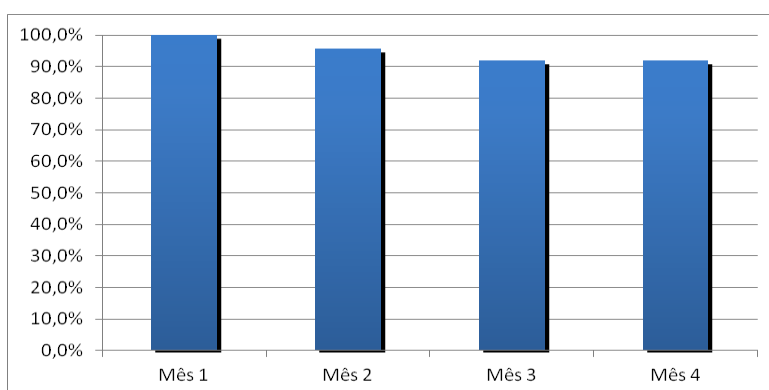


Figura 15: Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

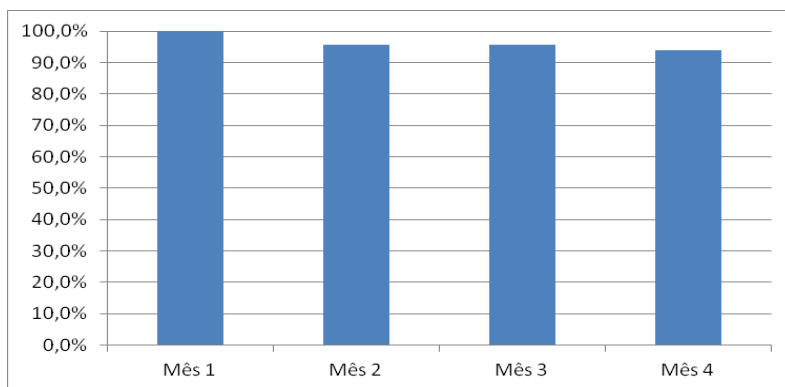


Figura 16: Proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

Avaliando as necessidades de atendimento odontológico nos usuários com HAS foi um indicador que ficou muito abaixo do esperado, no mês um 7,5% (3), no mês dois 37,8% (45), no mês três 46,3% (88) e no mês quatro 47,3% (235). Mas a intervenção demonstrou a necessidade desse serviço e já definimos estratégias para melhorar o indicador. Fig. 17.

Na avaliação das necessidades de atendimento odontológico, a proporção dos usuários com DM alcançou o 10,5% (2) no primeiro mês, no segundo mês foi de 35,4% (17), já no terceiro mês chegou aos 52,1% (37) e no quarto mês 51,3% (80). As dificuldades para lograr bom resultado e ações desenvolvidas foram iguais às listadas para portadores de HAS. Fig. 18.

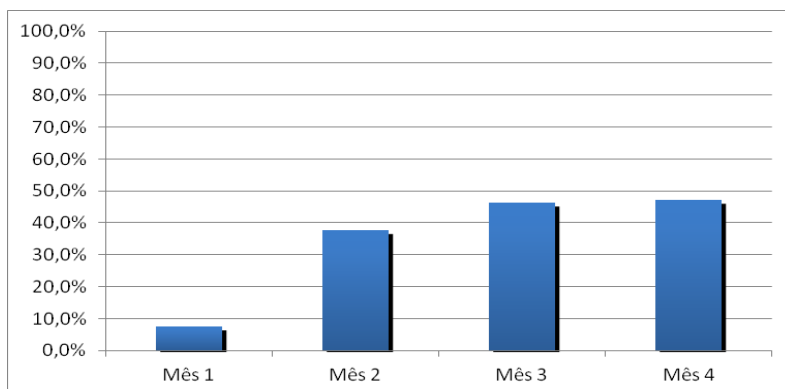


Figura 17: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

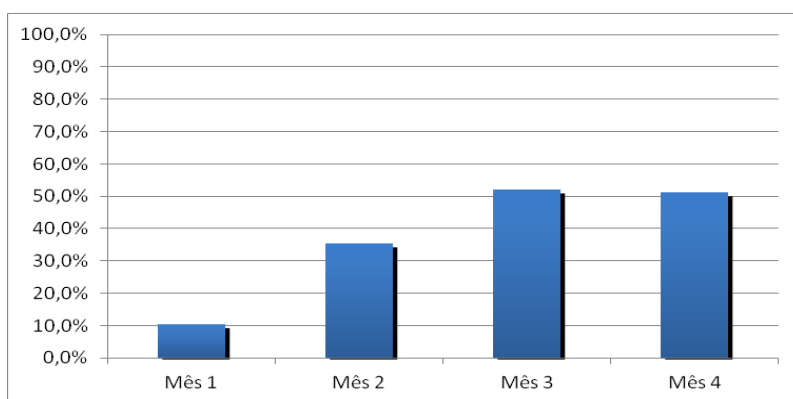


Figura 18: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Apresentamos dificuldades pela inexistência de profissionais de odontologia na UBS, população adstrita numerosa, sem recursos materiais, conserto dos equipamentos odontológicos. Desenvolvemos palestras para melhorar a saúde bucal, os ACS receberam curso de capacitação para a educação dos HAS/DM e famílias. Nas consultas e VD esteve incluída a avaliação da boca, dentes, palato, gengiva, lábios, língua como parte do exame clínico pelos profissionais da ESF não somente para diagnóstico das cáries e processos inflamatórios, também para detecção de lesões ou sinais pré-malignas e ou malignas. Organizamos a agenda para as prioridades nos atendimentos, segundo agravo e estado odontológico ao exame realizado.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de usuários com HAS e /ou usuários com DM ao programa

**Meta 3.1** Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa.

Na busca ativa dos usuários com HAS faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, conseguimos 100% (31) no primeiro mês, no segundo mês 97.7% (42), em no terceiro mês 89.6% (43) e no quarto mês 65.6% (80), Ao observar o número de faltosos consultados no ultimo mês foi maior, mas a porcentagem menor porque para esse período os portadores de HAS cadastrados são em maior quantidade e no tempo da intervenção não sendo possível a recuperação dos mesmos antes do término da intervenção. Fig. 19.

Avaliando a proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa foi 100% (14) no primeiro mês, 94.4% (19) no segundo mês, de 89.5% (19) no terceiro mês e no quarto mês alcançamos 76.5% (26). Foram realizadas várias VD para a busca destes faltosos pelos agentes comunitários de saúde, sempre dizendo para eles os direitos da adesão ao programa recebendo todas as ações ou benefícios. Terminamos a intervenção não recuperando todos, pois são instáveis na área por diferentes causas. Fig. 20.

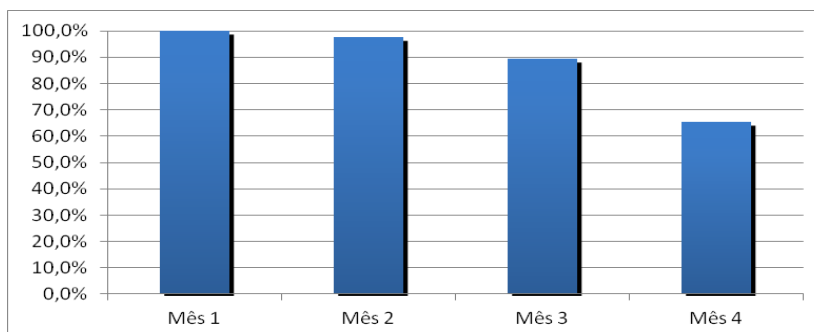


Figura 19: Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.



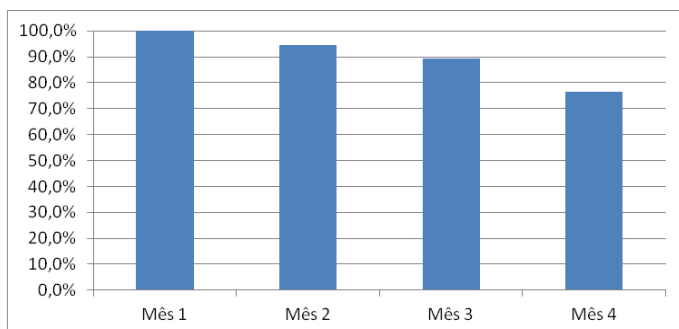


Figura 20: Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Nestes indicadores tivemos inicialmente a adesão somente da nossa ESF, logo conseguiu-se a adesão de todas as ESF. Sendo possível levar os princípios do SUS a todos ou a maioria dos usuários. Realizamos VD por ESF, realizamos parceria com líderes comunitários, mesmo assim não conseguimos melhorar a adesão de acordo com a meta proposta de 100%. A principal dificuldade foi à permanência fora de área de abrangência por situações de trabalho, familiares. Tivemos o intenso trabalho dos ACS nestas buscas ativas, na recuperação dos controles estabelecidos, o comparecimento desses usuários para as diferentes ações na UBS.

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

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

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

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

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

Fazendo análise da proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento alcançamos em torno da meta de 100% nas 16

semanas, resultou no primeiro mês 97.5% (39), segundo mês 97.5% (116), terceiro mês 98.4% (187) e no quarto mês 99.2% (493). Fig. 21.

Avaliando a proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento resultou nos primeiros três meses em 100% (19), (48), (71) respectivamente e ao final chegou a 98.7% (154). (Os procedimentos, ações nos registros semelhantes aos HAS, analisados acima). Fig. 22.

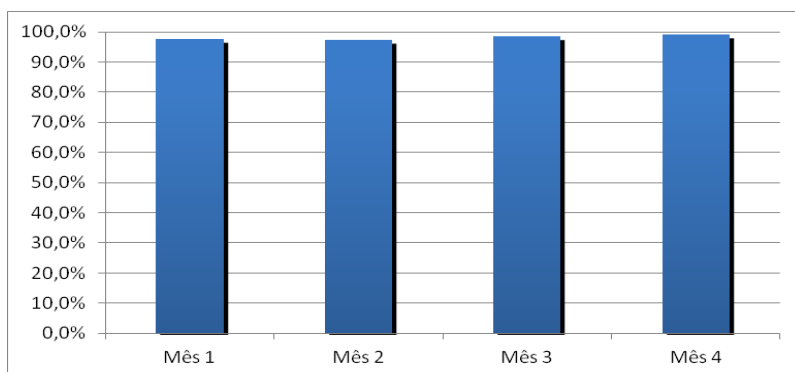


Figura 21: Gráfico 13: Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

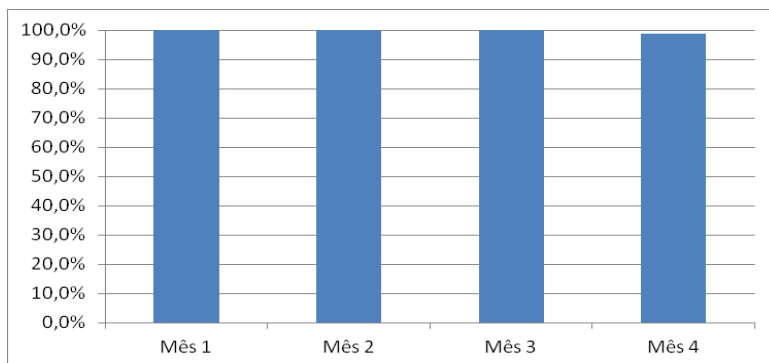


Figura 22: Gráfico 14: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Neste indicador realizamos capacitação sobre o correto registro do atendimento. Monitoramos a sua qualidade, definimos o responsável para este monitoramento. Foram utilizados os registros como alertas na intervenção dos dois agravos para os faltosos sem exame clínico e/ou avaliação do risco, não aquisição dos medicamentos.

**Objetivo 5:** Mapear usuários com HAS e usuários com DM de risco para doenças cardiovasculares

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 5.1** Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 5.2** Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Avaliando a proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês alcançou-se 92,5% (37), no segundo 84,9% (101), no mês três 89,5% (170) e no quarto 91,5% (455). Fig. 23.

Nos usuários com DM a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico, em dia foi no primeiro mês de 89,5% (17), no segundo mês 85,4% (41), no terceiro mês de 90,1% (64) e no quarto mês 93,6% (146), Fig. 24.

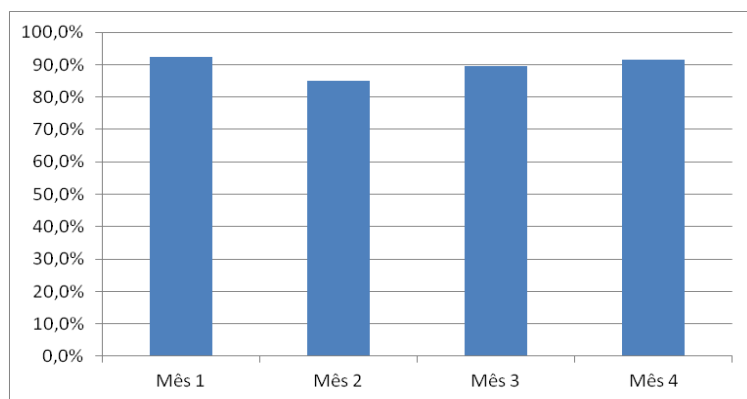


Figura 23: Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

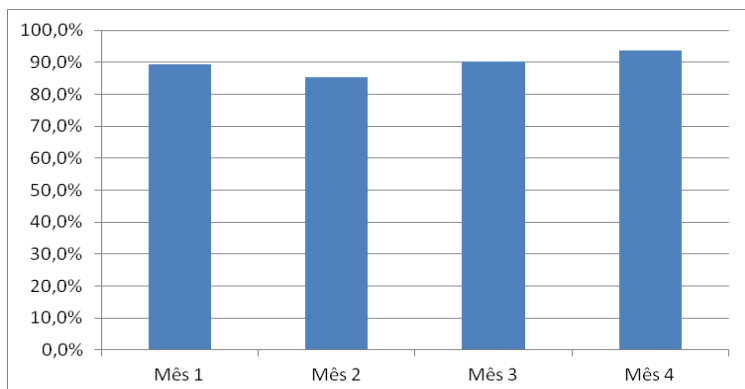


Figura 24: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Não foi possível avaliar o risco cardiovascular dos usuários com HAS e DM que não realizaram o exame clínico ou não ter todos os exames complementares no momento do acompanhamento.

Desenvolvemos o monitoramento dos usuários com pelo menos uma avaliação do risco ao ano, capacitamos as equipes sobre a prioridade dos acompanhamentos para os usuários de alto risco na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvos, além da organização da agenda, informamos à população e os portadores desses agravos dos riscos modificáveis como sobrepeso, obesidade, dislipidemias através da alimentação saudável e prática de atividade física. Nos encontros, nas consultas ou VD explicamos aos usuários da presença e avaliação dos riscos, da importância da consulta regular.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com HAS e DM.

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

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

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

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

Ao avaliar a orientação nutricional nos portadores de HAS, nos três primeiros meses conseguimos 100% e finalizamos o quarto mês com 99.8% (496). Fig. 25.

Neste indicador, a orientação aos usuários com DM aconteceu igualmente aos usuários com HAS, resultando nos três primeiros meses em 100% (40), (119), (190) dos usuários cadastrados, no mês quatro 99.4% (155). Fig. 26.

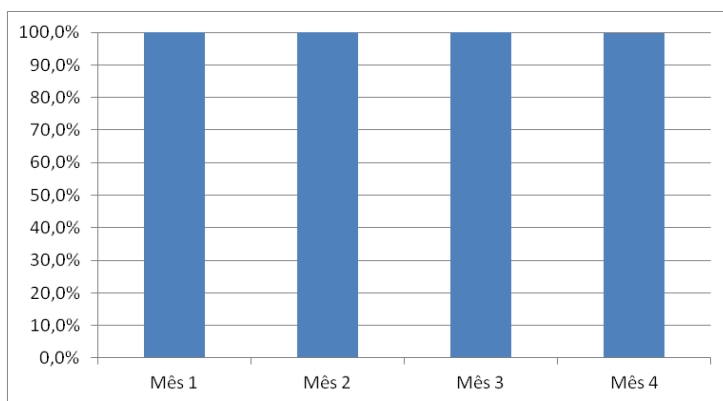


Figura 25: Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

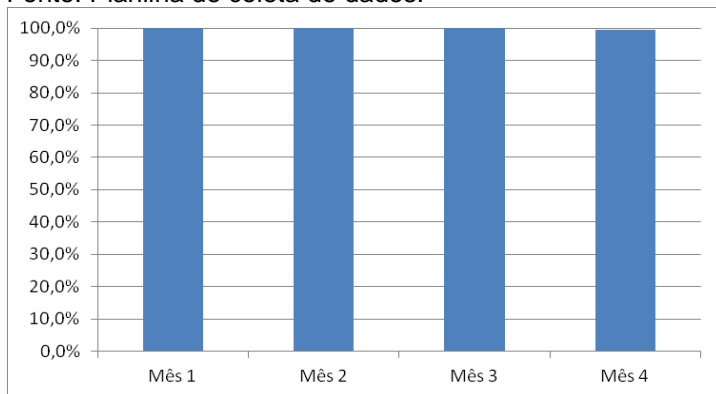


Figura 26: Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Sobre alimentação saudável em todas as oportunidades possíveis falamos aos portadores destas duas DCNT, seus familiares, a toda população, pois os mesmos constituem hábitos alimentares inadequados. A principal causa destes fatores de risco para desenvolverem HAS e DM, tendo a maioria da população sobrepeso ou obesidade na avaliação do índice de massa corporal e valores de colesterol e triglicérides elevados. Palestramos, participamos de rodas de

conversas, nas consultas e VD, tratando aspectos de nutrição. Papel importante da NASF, pois apesar de nossas orientações nutricionais os usuários com HAS/DM receberam de nossas equipes a relação dos alimentos a consumir preferentemente, quais evitar ou comer com menor frequência ou quantidade. Monitoramos os que foram orientados. No dia do nutricionista e no dia da luta contra Diabetes Mellitus também interagimos sobre alimentação saudável e incentivo a essas boas práticas.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

**Indicador 6.3** Proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% dos usuários com DM

**Indicador 6.4** Proporção de usuários com DM com orientação sobre a prática de atividade física regular.

A prática de atividade física regular foi orientada a todos os HAS nos três primeiros meses da intervenção 100% (40), (119), (190) respectivamente e no último mês chegamos a 99.8% (496). Fig. 27.

A proporção dos usuários com DM com orientação da prática de atividade física regular chegou a 100% nos primeiros três meses (19), (48), (71) e no quarto mês aos 99.4% (155) usuários com DM orientados. Fig. 28.

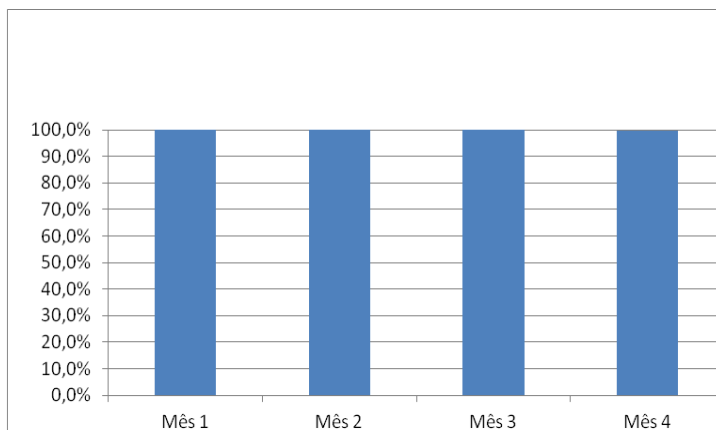


Figura 27: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

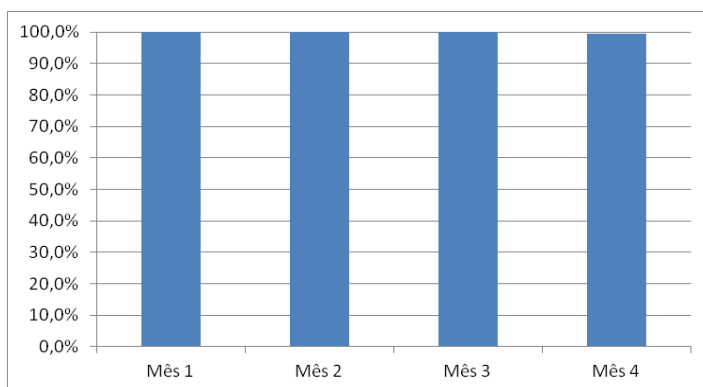


Figura 28: Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Das ações realizadas pelas equipes estão o monitoramento da orientação sobre a prática de atividade física, durante toda a intervenção contamos com a educadora física na realização das atividades neste grupo, duas vezes por semana na UBS e a participação nas ações integrais na comunidade. Fizemos palestras sobre a importância dos exercícios para a promoção da saúde, incentivando a incorporação dos usuários com HAS e DM, com sobrepeso, para toda a população. Temos ainda muita população com sedentarismo, não incorporando as atividades físicas orientadas e nem fazerem as tarefas cotidianas. As mesmas ajudam a movimentar, diminuem o estresse, aumentam a autoestima. Temos muitos que não participam dos grupos com a educadora física, mas realizam alternativas de exercícios, como: fisioterapias, esportes, de compras, atividade domestica,

participam dos cuidados de familiares, andam de bicicleta. Assim sentem-se útil para com a família, comunidade e sociedade.

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

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

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

**Indicador 6.6** Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Na proporção dos usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo chegou a 100% (40) no primeiro mês, 99.2% (118) no segundo mês, 99.5% (189) no terceiro mês e no quarto mês de 99.6% (495). Fig. 29.

Quando avaliamos a proporção dos usuários com DM que receberam orientação sobre risco de tabagismo nos três primeiros meses conseguimos 100% (19), (48), (71) e no quarto mês 99.4% (155). Fig. 30.



Figura 29: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.



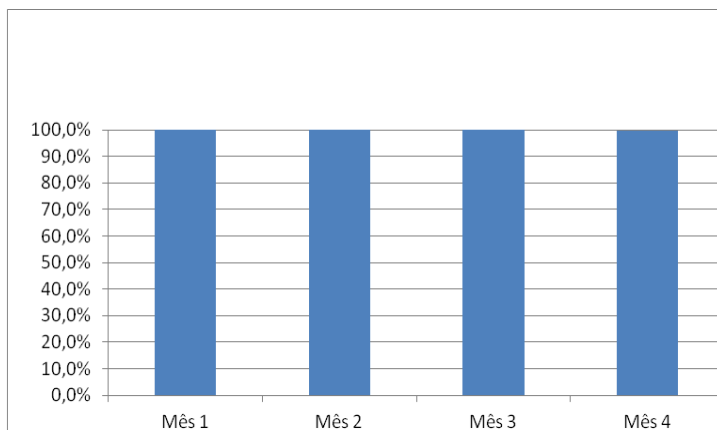


Figura 30: Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Realizamos monitoramento dos usuários com HAS e DM com orientação sobre efeitos do tabagismo, capacitamos sobre os efeitos do tabaco. Realizamos atividade educativa nas consultas e VD. Temos na área adstrita, pequeno número de tabagistas ativos, mas uma quantidade de tabagistas passivos, sendo que as duas formas são nocivas à saúde. Encaminhamos todos tabagistas para consulta especializada para abandono deste hábito. Orientamos também sobre os danos que desenvolve esta prática no âmbito pessoal como familiar.

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

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

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

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

Ao avaliar a proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal; no mês inicial da intervenção foram 100% (40), no mês seguinte foram 99.2% (118), no terceiro mês 99.5% (189) e no quarto mês 98.8% (491), Fig. 31.

No caso dos usuários com DM nos três primeiros meses alcançamos 100% (19), (48), (71) na proporção com orientação sobre higiene bucal e no quarto mês 98.7% (154). Fig. 32.

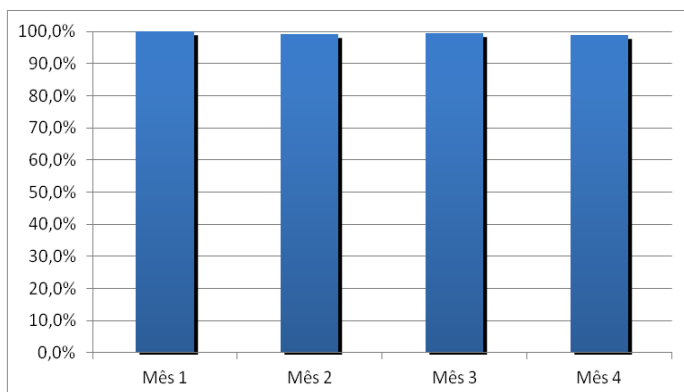


Figura 31: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

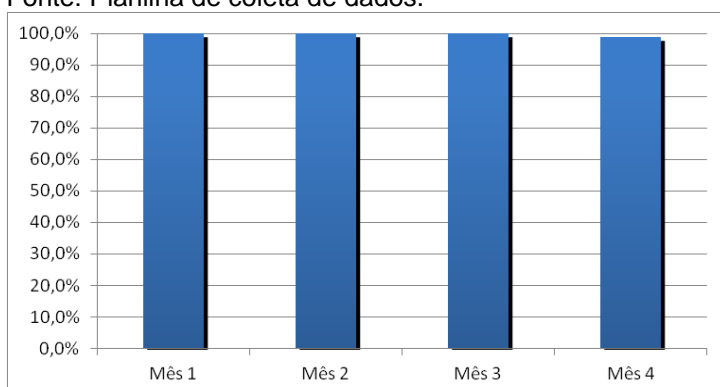


Figura 32: Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Foram monitorados os usuários com orientação sobre higiene bucal, todos os profissionais das equipes participaram destas orientações no contato inicial, desde o binômio medico/ enfermagem nas consultas, os ACS com previa preparação ou capacitação neste tema, os técnicos dentistas, odontologistas. Foram locais das orientações as VD, os grupos de encontros, foram desenvolvidos em forma pessoal, intercambio grupal, palestras (teóricas e demonstrativas).

## 4.2 Discussão

A intervenção levou à melhora na atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS "Leozildo Barreto Fontoura" do município Macapá/AP; desenvolvida em dezesseis semanas (julho- dezembro de 2014). Aumentou à cobertura, o cadastramento, a assistência desses usuários. Tivemos a melhoria do acolhimento, tornando-o mais humanizado, integral e organizado, sendo um ganho para todos. As

ações educativas foram um dos pilares fundamentais na prevenção e promoção em saúde, através das palestras, rodas de conversa, atividades individuais e coletivas com o grupo de usuários com HAS e DM desenvolvendo temáticas sobre importância da alimentação saudável, da prática de atividade física, da saúde bucal, riscos do tabagismo. As mesmas levaram a mudança em alguns hábitos, costumes, estilos de vida. Com a melhora do rastreamento diagnosticamos novos usuários com HAS e DM, o que repercutiu de maneira positiva na população, pois com o diagnóstico oportuno intervimos com as ações em função do controle evitando complicações. A melhoria na qualidade dos registros (ficha espelho, prontuário, livros e folhas de registro) com informações, estatística levou a atuação integral oportuna, no aproveitamento do tempo, garantindo valorização do indivíduo e ESF, pois ao realizar/retornar para acompanhamento são como fotografias, oferecendo continuidade sem perder antecedentes e atuações importantes.

Os usuários receberam acompanhamento segundo protocolos do MS. Fizemos classificação do risco cardiovascular em alto, mediano e baixo risco, permitindo avaliar prioridade. Cumprimos com o princípio da equidade, insistimos no cuidado geral, dos pés, da pele, sinais e sintomas de alerta, orientações para prevenir infecções, isquemias e/ou outros danos. Os encaminhamentos para especialidades aconteceram de acordo com a necessidade do usuário. Mas nem todos conseguiram estas consultas, importantes nas intervenções ou avaliações especializadas com integralidade da atenção, com vínculo nos diferentes níveis de atenção em saúde.

Realizamos o trabalho nas áreas de reabilitação e fisioterapia nas casas e centros especializados, mas ainda devemos realizar um maior número desses atendimentos. Nos exames clínicos e complementares permitiu-se um maior número de diagnósticos, avaliação de risco para HAS/DM, com conduta ou tratamento oportuno.

Nas necessidades da população, indivíduo, família, comunidade não pudemos satisfazer todas; na maioria foram cumpridas total ou parcialmente, nos 497 portadores com HAS e 156 com DM. Recuperamos faltosos, tivemos adesão de um alto número de usuários ao tratamento, ao uso das medicações nas redes de farmácias das UBS e populares. A participação da comunidade na solução de suas

problemáticas. A participação e acompanhamento da equipe do NASF, educadora física, nutricionista, psicologia, assistência social e demais integrante, nas atividades de promoção a saúde, de autoestima; segundo necessidades individuais. Promovemos as imunizações vacinais, a realização do exame citopatológico para diagnóstico de câncer de colo de útero, prevenção do câncer de mama e no caso dos homens maiores de 40 fizeram PSA, antígeno para detecção de câncer de próstata. Melhoria do acompanhamento da saúde bucal desses usuários, ainda com algumas dificuldades no serviço, materiais e de recurso humano.

Identificamos alto número de indivíduos com fatores de risco modificáveis, permitindo intervir, como sobrepeso, obesidade, dislipidemias, estresse e outros, que apesar de não ser fator de risco para estas DCNT, promovem a saúde integral do indivíduo. Intervimos nos tabagistas ativos, como nos consumidores de álcool, encaminhando-os para consulta especializada.

A parceria de lideranças comunitárias na busca de faltosos, divulgação das ações ou atividades, na troca de experiências e incentivo ou execução de boas práticas, foi importante nos resultados. Garantimos o conhecimento de seu estado de saúde, permitindo melhor autocuidado pessoal e de suas famílias. Diminuímos as complicações destas DCNT, de sequelas e/ou complicações e até de morte, melhorando a qualidade de vida desse grupo populacional.

Realizamos com os profissionais, atualização segundo protocolos de atendimentos do MS, organizamos os atendimentos, planejamos o serviço, permitindo maior união, intercambio das ESF. Promovemos vínculo dos profissionais da saúde, gestores com a comunidade, um maior comprometimento estipulando metas e/ou indicadores cada dia na busca da excelência dos serviços.

Para o serviço de forma geral fica uma importante ferramenta para a continuidade, ao realizarmos inicialmente uma análise situacional onde as equipes avaliaram e escolheram uma dificuldade da UBS. Planejamos ações que modificaram a situação inicial. Identificamos dificuldades, como locais de trabalho inadequados, com dificuldades na manutenção da limpeza pela sua estrutura e localização baixa em relação à rua, sendo importante a futura reforma da UBS. Falta de recursos materiais ou insuficientes, como aparelhos e fitas para HGT, fitas métricas, esfigmomanômetros e estetoscópios para avaliação da população alvo

incidindo no diagnóstico precoce, na cobertura. Também tivemos dificuldades de impressão das fichas espelhos na quantidade requerida, sem acesso a internet, sem folhas ofício, nem computadores disponíveis na UBS. Recursos humanos incompletos com duas áreas sem cobertura de ESF, falta de odontólogos. Depois de listadas ou conhecidas essas carências ou dificuldades trabalhamos em sua melhoria.

Nas áreas de moradia das populações adstritas temos alto índice de violência, condições péssimas nas palafitas, com difícil acesso e alto risco de acidentes que aumenta na época de chuvas, o que nos faz buscar alternativas de atendimentos em casas, igrejas, escolas. Tivemos falta de muitos medicamentos inicialmente que foram solucionados parcialmente, dificuldade para realização dos exames complementares que conseguimos com parceria no Hospital Geral e com projeto futuro de serem realizados mais próximos da UBS, facilitando acessibilidade dos usuários. A comunidade teve a consciência da importância da criação do conselho local de saúde.

A intervenção promoveu a uniformização do atendimento através do uso dos protocolos do MS na UBS na atenção aos usuários com HAS e DM. Com a adesão das outras equipes houve a melhoria do trabalho com maior número de usuários assistidos e melhora no serviço integral de saúde na população alvo, além disso, mais motivação, UBS, comprometimento. Solicitamos continuamente aos gestores, as necessidades materiais e recursos humanos e a continuidade da melhoria, para que possibilite a incorporação da intervenção na rotina da UBS. Monitoramos e avaliamos as ações desenvolvidas nas reuniões, as deficiências ou debilidades para a busca sistemática das soluções; não somente no âmbito da UBS, como também a nível municipal e estadual.

Hoje acredito como sólida experiência em meu desempenho profissional, na preparação de capacitações, na prestação dos serviços com melhor qualidade. Adquiri um valioso conhecimento para outras intervenções ou projetos. Gostaria primeiramente de manter os ganhos, melhorar focando nas deficiências ou ações não realizadas totalmente, intervir em outras ações programáticas, como grávidas, crianças. Valiosa a troca ou comunicação bidirecional (orientadores- alunos), apesar de desenvolver a distância, pra mim resultou como novo sucesso, bom desenho,

mas também reconhecer o empenho, a dedicação, o respeito, o conhecimento científico e da pedagogia dos orientadores, os valores éticos mantidos nas mensagens ou feedbacks. Tenho a satisfação de ter tido a possibilidade de intervir em equipe na melhoria da saúde de usuários com HAS e DM na população adstrita, assim como, ter me munido de vivências, histórias, de conhecimentos da idiossincrasia, dos pensamentos e sentimentos do povo brasileiro.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores.**

Prezado gestor,

Durante 16 semanas, na UBS/ESF Leozildo Barreto Fontoura, Macapá/AP, implementou-se o projeto de intervenção do curso de Especialização em Saúde da Família para o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Sou médica cubana e estou na UBS desde novembro de 2013. Planejamos, organizamos e monitoramos as ações para a melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM residentes na área de abrangência do serviço.

Somos três Estratégia de saúde da Família (ESF) e temos áreas sem cobertura. As ações previstas no projeto a serem desenvolvidas neste período foram cumpridas semana a semana. Realizamos capacitações aos profissionais da ESF, motivando-os para a qualificação do cuidado. Inicialmente tivemos somente a adesão da nossa equipe, logo após as outras duas equipes aderiram ao projeto. Atendemos toda a população adstrita da UBS com cobertura ou sem, estima em 2433 usuários com HAS e 600 usuários com DM.

Nossa maior dificuldade inicial foi à avaliação da saúde bucal pela falta de odontólogos na área adstrita grande com pouco recurso humano. Organizamos o agendamento com o odontólogo da UBS, não alcançamos a meta proposta para o indicador de saúde bucal, mas com a continuidade da melhoria, inserida na rotina da UBS esperamos contar com a colaboração da gestão municipal para que os atendimentos odontológicos sejam realizados.

Outra dificuldade foi à impressão das fichas espelho, iniciamos o projeto sem fichas, mas juntamente com o gestor da UBS conseguimos imprimir as fichas necessárias e o trabalho teve continuidade, faltando no final. Importante destacar o

auxílio do gestor municipal ao garantir as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município, de acordo com os protocolos do MS.

O cadastramento dos usuários com HAS e DM aconteceu de forma organizada, nas VD e nas consultas individuais realizadas na UBS. Iniciamos com 174 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 54 com Diabete Mellitus (DM), alcançando ao término da intervenção 497 HAS e 196 DM. Também foram realizadas seis ações de saúde na comunidade neste período, foi realizado o teste de glicemia capilar para rastreamento de diabetes, controle da PA aos usuários maior de 20 de anos e atividades de promoção e prevenção. Várias ações foram implementadas na UBS, como o acolhimento, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Num total de 163 usuários de alto risco cardiovascular, as causas que mais levaram a essa classificação foi ser portador do Diabetes, comprometimento de órgãos alvos ou presença de complicações, garantindo que seu acompanhamento seja mais frequente com intervenção multidisciplinar. Em todos os atendimentos prestados durante este período foi reforçado nas atividades de educação em saúde, a importância do acompanhamento médico regular, além da importância da alimentação saudável, prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e fornecemos orientação quanto à higiene bucal.

Todas as semanas as equipes trabalharam no monitoramento das fichas espelhos e o preenchimento da planilha de coleta de dados dos usuários cadastrados no projeto, identificando os que estão em atraso nas consultas e nos exames complementares, os usuários sem estratificação de risco, além de monitorar os registros das informações na ficha espelho. Organizamos a agenda da enfermeira e do médico das VD dos usuários com HAS e DM com deficiência física ou incapacidade.

Entre as ações desenvolvidas na intervenção, nestes quatro meses, está à busca ativa de faltosos a consulta, mas sempre orientamos os direitos de atendimento na UBS pela ESF respeitando sua decisão.

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção nem no fechamento das planilhas de coletas de dados com o cálculo

dos indicadores. O preenchimento dos dados nas fichas espelhos foi realizado pela equipe com qualidade.

Tivemos resposta positiva da comunidade junto às equipes, gestores, NASF, para a mudança da qualidade de vida dos usuários com HAS e DM.

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

Prezada comunidade,

Informamos que durante os meses de agosto-dezembro de 2014, desenvolveu-se na UBS "Leozildo Barreto Fontoura" uma intervenção de melhoria aos usuários com HAS e/ou DM. Melhoramos a atenção integral aumentando a qualidade de vida desse grupo populacional. A equipe estimulou a participação da população dos bairros adstritos através dos líderes da comunidade com participação ativa nas ações. Melhoramos a qualidade na organização dos agendamentos com médico e enfermeira, e principalmente na prioridade do atendimento aos usuários com HAS e DM. Houve o acompanhamento da nutricionista, fornecendo além das orientações verbais e intervenções, uma folha de orientação sobre alimentação adequada para cada refeição.

Finalizamos a intervenção captando 497 HAS e 196 DM. Qualificamos a assistência aos usuários com HAS/DM. Os profissionais receberam capacitação para atendimento aos usuários com HAS e DM. Apresentamos dificuldades para realizar algumas das ações planejadas. Tivemos problemas com a avaliação da saúde bucal, mas organizamos com o dentista, capacitação para os ACS da UBS em atenção à saúde bucal para ações de prevenção e promoção de saúde à comunidade. Esperamos mais à frente cumprir a meta proposta. Iniciamos o trabalho sem fichas espelho, juntamente com o gestor da UBS e a equipe, conseguimos imprimi-las, a equipe também conversou com o gestor municipal para garantir as vagas diárias para a realização dos exames complementares, já que na UBS não contamos com a disponibilidade de laboratório. Durante todo o período da intervenção foi realizada consulta médica, com a enfermeira e também VD. Foram realizadas ações de saúde em cada micro área na comunidade, onde rastreamos



um total de 54 usuários com HAS e 19 usuários com DM, melhorando a incidência dos mesmos na UBS. Priorizamos o atendimento dos usuários com risco cardiovascular. Todos os usuários acompanhados pelo médico e enfermeira foram monitorados quanto ao uso das medicações, da realização do exame clínico e complementar. Todas as semanas o médico e a enfermeira faziam o monitoramento das fichas e o preenchimento da planilha identificando os usuários que estão em atraso nas consultas, com exames de sangue, urina e outros, e estes usuários recebiam a visita do ACS. Também organizamos a agenda da enfermeira e do médico nas VD aos usuários que não podiam se deslocar até a UBS, estas visitas aconteçam semanalmente.

Os ACS realizaram visitas no domicilio dos usuários que faltaram as consultas, alguns foram recuperados pelo empenho dos ACS e com apoio da comunidade.

Como aspectos positivos deste projeto temos o trabalho em equipe com qualidade, assim como a participação ativa da comunidade, em suas casas, escolas, igrejas para atendimentos e outras atividades. Acredito que a mudança do atendimento na UBS é um reflexo do trabalho conjunto e com continuidade.

Após da intervenção incorporamos na rotina da UBS, desenvolvendo ações em diferentes dias e horários, além de atender todos os usuários portadores desses agravos.

Contamos com todos vocês, para que as ações possam ser mais divulgadas e continuem sendo realizadas com qualidade na nossa comunidade. Obrigada pelo apoio de todos.

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

Fazendo reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem acho que o desenvolvimento do trabalho no curso foi intenso, de autopreparação permanente. Durante o mesmo acrescentou-se o conhecimento de muitos dados, temas, protocolos de saúde no Brasil.

Estivemos mais próximos da comunidade com cada tarefa teórica ou prática executada. Estudamos em uma modalidade nova de capacitação (à distância), com boa tecnologia e desenho. Com dificuldades inicialmente para acessar ao Moodle da Universidade Aberta do Sistema único da Saúde (UNASUS) pelo desconhecimento. Mas com leitura das orientações, recomendações ou assessoramento resultaram em um aprendizado fácil.

Para o preenchimento dos questionários tivemos que investigar, perguntar no âmbito da UBS, comunidade, município e estado, interagir com colegas, usuários e orientadores do curso ampliando também o saber; a troca de ideias, critérios diversos, sendo positivo este aprendizado.

Com um valioso significado para nossa competência e desempenho profissional, pouco a pouco, estudando, aprofundando, com muito desejo de melhorar as dificuldades não somente no conhecimento médico, da saúde, também da língua portuguesa. Hoje, acredito que para mim, o maior ganho foi à experiência adquirida.

Na intervenção, levamos para a prática os pilares da atenção básica em saúde, as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação direcionada aos usuários com HAS e DM em nossa população adstrita. Trabalhando em equipe com engajamento público, apoio da comunidade e tendo em conta os princípios do SUS, trouxemos maior qualidade de vida para esse grupo populacional, uma maior

satisfação das necessidades da comunidade. Para nós como profissionais da saúde, a satisfação da mudança positiva de indicadores e de realizar um serviço com um bom propósito.

De incalculável valor do dia a dia no acolhimento, nas consultas, nas visitas, nas atividades coletivas ou grupais, reuniões, nas capacitações teóricas e práticas, no preenchimento das fichas espelho, prontuários, planilha de coleta de dados e demais documentos. Na realização das tarefas, porque o exercício profissional leva a maiores habilidades e amplia o nível cognitivo para outras intervenções com maior qualidade e, sobretudo, para um aprendizado em função da saúde do indivíduo, das famílias, da comunidade.

Os casos interativos foram de ajuda para chegar aos diagnósticos, prescrição de tratamentos adequados, manejo integral a partir do raciocínio de problemáticas clínicas que são reflexo das realidades que acontecem nas populações onde trabalhamos. As práticas clínicas que desenvolvemos a partir dos testes de qualificação cognitiva com escolha de temas de altos ou medianos graus de dificuldade permitiram estudar, aprofundar, tirar dúvidas, estando mais bem preparados para nosso serviço. O fórum da clínica deixou além das mensagens de atualizações em vários temas e dos comentários das ações desenvolvidas o mais interessante os casos reais que acontecem ou chegam e que com certeza podem ser nossos casos também, sendo de grande utilidade os aportes ou experiências dos colegas e orientadores. O fórum da saúde coletiva mostrou como cada aluno desenvolveu o projeto, com dificuldades, facilidades, oportunidades, foram nesse espaço esclarecidas muitas dúvidas por estudantes e pelos orientadores que ajudaram para executar a intervenção.

## Referências

BRASIL. Ministério de Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). 2013.

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

BRASIL. Ministério de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) março de 2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. Cadernos de Atenção Primária. Rastreamento. Vol. II. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Vol. II. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 19. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília, 2013.

Organização Mundial Da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006c. v. 14.

## **Apêndices**



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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









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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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