

Universidade Aberta do SUS – UNASUS  
Universidade Federal de Pelotas  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
**Turma 5**



**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e DM na UBS/ESF  
Marabaixo, Macapá/AP**

Yoersy Verdura del Pino

Pelotas, 2015

YOERSY VERDURA DEL PINO

**Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF  
Marabaixo, Macapá/AP**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – da Universidade Federal de Pelotas/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P657m Pino, Yoersy Verdura del

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Marabaixo, Macapá/AP / Yoersy Verdura del Pino; Linda Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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 o presente trabalho a meus pais que sempre implantaram em mim as constantes ideias de superação profissional, a meus filhos, que embora longe de mim encontrassem hoje, moram no meu coração, brindando-me sempre as forças necessárias para continuar adiante e superar as barreiras mais difíceis. A minha professora Linda Cristina, e todas aquelas pessoas que sempre estiveram perto de mim e de uma forma ou outra colaboraram com minha Intervenção.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas aquelas pessoas que com sua ajuda, constância e sacrifício, fizeram possível a realização deste trabalho.

A meus pais e filhos, razão de minha existência, aos que devo tudo o que sou, pois são com seu esforço, compreensão, dedicação e apoio constante, que tem podido realizar hoje desenvolver tão difícil tarefa.

A minha orientadora, a enfermeira Linda Cristina Sangoi Haas, que esteve junto com a gente acompanhando toda a intervenção, doando horas de seu sonho, apoiando em todo momento, estimulando e motivando-nos até o final da ação programática.

A todos os integrantes da equipe e demais profissionais da saúde que de uma forma ou outra colaboraram para o bom desenvolvimento da Intervenção.

## Resumo

Pino, Yoersy Verdura del. **Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Marabaixo, Macapá/AP**. 2015. 103 Folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade a Distância, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, doenças crônicas não transmissíveis. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos usuários com acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão ou diabetes mellitus associada. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle destes agravos, através de uma equipe multidisciplinar, atuante na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. O presente trabalho trata-se de uma intervenção realizada durante dezesseis semanas, no período compreendido entre os meses de setembro a dezembro do ano 2014, através do desenvolvimento de ações programáticas de atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Marabaixo, Macapá/Amapá. Foi realizado o levantamento de dados e consolidação dos mesmos, utilizando o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, prontuários e registros específicos, registros dos agentes comunitários de saúde, planilha de coletas de dados e ficha-espelho, fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas, objetivando a melhoria à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Os usuários foram avaliados quanto à adesão ao programa, os profissionais que integravam as quatro equipes da unidade básica realizaram ações para o aumento dessa adesão, principalmente as educativas. A composição das equipes por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes no Programa, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão e capacitações dos profissionais da

saúde da unidade. Ao início da intervenção tínhamos cadastrados 238 usuários com hipertensão (12% de cobertura) e 169 com diabetes (13% de cobertura). Ampliamos nossa cobertura cadastrando 440 (26,3%) usuários com hipertensão e 169 usuários com diabetes. Cerca de 100% dos usuários receberam orientações sobre uso correto do tratamento medicamentoso, alimentação saudável, realização sistemática de exercícios físicos, abandono do tabagismo e saúde bucal. O esforço realizado durante estes quatro meses foi grande e embora não atingimos todas as metas propostas que foram um pouco ambiciosas para tão curto período de tempo, tenho a certeza que a Intervenção foi sucesso e que contribuirá em grande medida na melhora da qualidade de vida de nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Palavras-Chaves:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doenças crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão arterial sistêmica.

### Lista de Figuras

Figura 1	Quadro do cronograma da intervenção	49
Figura 2	Fichas espelhos impressas ao início da Intervenção	56
Figura 3	Fotografia dos profissionais referentes aos diversos temas	57
Figura 4	Fotografia do atendimento Clínico de qualidade nos diversos cenários	57
Figura 5	Fotografia de Ações de Saúde, rodas de conversa, grupos de HAS/DM, participação dos diversos profissionais na intervenção	59
Figura 6	Gráfico da Cobertura de usuários com hipertensão do programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.	61
Figura 7	Gráfico da Cobertura de usuários com diabetes do programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes	62
Figura 8	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia	63
Figura 9	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia	63
Figura 10	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com o exame complementares em dia	64
Figura 11	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com o exame complementares em dia de acordo com o protocolo de Hipertensão e diabetes	64
Figura 12	Gráfico da Proporção de usuário com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	65
Figura 13	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	66
Figura 14	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 15	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 16	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão faltosos às	68

	consultas com busca ativa	
Figura 17	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa	68
Figura 18	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento	69
Figura 19	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 20	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	71
Figura 21	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	71
Figura 22	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável	73
Figura 23	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física	73
Figura 24	Gráfico da Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo	73
Figura 25	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável	74
Figura 26	Gráfico da Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física	74
Figura 27	Gráfico da proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo	74
Figura 28	Gráfico da proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal	75
Figura 29	Gráfico da proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal	75

### Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACD	Auxiliar Cirurgião Dentista
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Assistente de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EaD	Educação a Distância
ESF	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não governamentais
PACS	Programa de saúde da família
PCCU	Prevenção de Câncer de Colo do Útero
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação.....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto Inicial Sobre a Situação da ESF/APS.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	14
1.3 Comentário Comparativo Sobre Texto Inicial e o Relatório Análise Situacional .....	24
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e Metas .....	26
2.2.1 Objetivo Geral .....	26
2.2.2 Objetivos Específicos e metas .....	27
2.2.3 Metodologia .....	28
2.3.1 Detalhamento das Ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção .....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 Aspectos relativos à Coleta e sistematização de dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.....	55
4 Avaliação da Intervenção .....	60
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussões .....	76
5 Relatório de Intervenção para os Gestores .....	82
6 Relatório de Intervenção para a Comunidade .....	86
7 Reflexão Crítica Sobre o Processo de Aprendizagem.....	89
Referências.....	92
Apêndices.....	96
Anexos.....	98

## **Apresentação.**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas, é o resultado de um conjunto de atividades desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A Intervenção, terceira Unidade de Ensino do Curso foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Marabaixo, Macapá, Estado Amapá. Somos quatro ESF.

A população da área adstrita sob a responsabilidade da UBS é de 10.978 habitantes; com uma população alvo estimada de 1933 usuários com hipertensão e/ou 552 usuários com diabetes.

Assim, o presente volume apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo **Relatório da Análise Situacional**, a segunda pela **Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**, a terceira pelo **Relatório da Intervenção**, a quarta pela **Avaliação da Intervenção**, a quinta pelo **Relatório da intervenção para os gestores**, a sexta pelo **Relatório da intervenção para a comunidade** e a sétima pela **Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**.

## **1 Análise Situacional.**

### **1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF/APS**

Estou trabalhando numa unidade básica de saúde (UBS), chamada Marabaixo na cidade de Macapá, capital do Estado Amapá, situada ao norte e centro da cidade. Esta unidade está integrada por quatro equipes de saúde, que em geral em sua composição tem um médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), e alguns tem odontólogo. Além disso, trabalham na UBS técnicos de farmácia, um médico internista, um obstetra, enfermeiras vacinadoras, o diretor e pessoal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Minha equipe em particular conta com um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, seis ACS e um médico geral integral (médico da família), que sou eu. Cada equipe atende aproximadamente um total de 3.500 a 4.000 pessoas, seu horário de trabalho está dividido em duas seções, de 08h00min horas da manhã até as 12h00min horas do meio-dia e de 01h00min horas da tarde até as 05h00min horas da tarde.

Minha unidade conta com local de recepção, farmácia, três consultórios de atendimento médico, sala de vacinação, sala de curativos, sala de ultrassonografia (USG), sala de odontologia, laboratório que ainda não está funcionando, sala de urgências e emergências médicas e direção. A condição estrutural é boa, mas não tenho acesso à internet e existem poucos locais de consultas em comparação com o número de equipes de saúde e demais pessoal que trabalha na UBS. A disponibilidade de medicamentos na farmácia é insuficiente para satisfazer as necessidades da população. Embora não temos todas as condições, nossa equipe faz puericultura, pré-natal, consultas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e consultas de atendimento a outros tipos de agravos. Estamos trabalhando muito com o único objetivo de qualificar a atenção médica com a qualidade que merece o povo Brasileiro, e de melhorar e elevar os indicadores de saúde especificamente deste povo Macapaense

que é onde nos toca atuar, seguindo sempre as diretrizes de trabalho bem definidas deste Sistema de Único Saúde (SUS), fala-se da Rede Cegonha, Urgências e Emergências, Consumo de drogas e álcool, DM e/ou HAS.

Para o bom funcionamento e desempenho de nossos profissionais da saúde sempre é muito importante o papel da gestão em saúde e a participação e controle social. Quando falamos de gestão em saúde nos referimos à promoção do bem-estar e saúde de cada cidadão da comunidade, contemplando a promoção da Política e administração envolvidas com a saúde da comunidade. É importante também a integração e unificação de todas as estruturas físicas, serviços e funções da assistência à saúde e a desburocratização, agilidade e precisão em toda tomada de decisões. Também é muito importante a participação e controle social que não é mais que a democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma sociedade.

Em nossa área de abrangência falta muito por fazer em relação aos aspectos importantes como estes que temos relatado anteriormente, embora estejam fazendo um importante trabalho em nossas comunidades, tratando de identificar fatores políticos importantes e outras organizações sociais na população, os conselheiros de saúde e outros trabalhadores da saúde. Por outra parte temos identificado uma baixa participação de fatores primordiais da comunidade e da própria população em reuniões da comunidade, as reivindicações estão somente relacionadas ao serviço de saúde e são feitas de forma individual sem convocar à participação comunitária. Não é realizada por nossas equipes uma escuta ampliada coisa que neutraliza a participação social. Eu acredito que é muito importante trabalhar em conjunto para construir um novo modo de produzir saúde identificando todos os fatores principais da sociedade e com a participação e controle social, sempre compreendendo a complexidade do processo saúde-doença-cuidado.

Muito obrigado por permiti-me aportar meu grau de areia em esta luta por alcançar melhores indicadores de saúde todos juntos como um único povo, podemos conquistá-lo.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional.

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá (AP) com uma área territorial de 6.503 km<sup>2</sup>, situado no sudeste do estado, sendo a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Estima-se que tem um número total de 437.000 habitantes divididos em 214.584 homens e 222.416 mulheres, com uma população residente na área urbana estimada em 410.937 habitantes e na área rural de 26.063 habitantes (IBGE), A atenção básica atende atualmente mais dos 60 % da população local, por meio de aproximadamente 23 UBS, em que trabalham equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 20 na área urbana e três na área rural, existindo também UBS tradicionais (Secretaria de Saúde Municipal). Existem também 14 Hospitais como Hospital Da Criança, Hospital Da Mulher, Hospital Emergência Atendimento Público, Hospital Escola São Camilo E São Luiz, Hospital Sarah Kubitschek, Ambulatório De Especialidades do Hospital Alberto Lima, Clínica da Família, Clínica Diagnóstico entre outros. Principalmente dois hospitais atendem à região metropolitana, um Hospital de emergências e o segundo é o Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, em que atua a equipe da Secretaria de Estado da Administração (SAD) em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável pela região central da cidade. Outras equipes multiprofissionais atuam na zona norte (UBS Marcelo Cândia) e na zona sul (UBS Lélío Silva e Congos). Existe disponibilidade de *NASF* em oito UBS, e a disponibilidade de laboratórios é insignificante em relação com o número de usuários de saúde moradores em Macapá, estando presentes em quatro UBS. A atenção especializada é disponibilizada nas UBS com algumas especialidades e pelos Hospitais antes mencionados, além disso, contamos em Macapá com um Serviço de Atenção as Urgências Médicas (SAMU) muito bem estruturado e com funcionamento de qualidade.

A UBS onde trabalho, chamada Marabaixo, está localizado na periferia da cidade, é área urbana, embora atendessem setores rurais da população. Acredito existir uma boa comunicação com a SMS. É uma UBS mista, com quatro ESF, que de modo geral tem em sua composição, um médico clínico geral ou de família, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, contamos com odontólogo em três equipes. Também trabalham na UBS técnicos de farmácia, um médico internista, um obstetra, um ginecologista, um pediatra, duas enfermeiras vacinadoras, o diretor da UBS e a equipe do *NASF*, etc. Existe um vínculo estreito com instituições de ensino e atualmente temos na UBS estagiários de técnicos de enfermagem, enfermeiros e ACS.

Em relação à **estrutura física**, trabalho em uma UBS que é uma unidade nova, com aproximadamente dois anos de construção, tem muitas falhas na estrutura de acordo com as medidas do manual do Ministério da Saúde (MS). Por exemplo, o espaço físico da farmácia tem menos dos seis m<sup>2</sup>, a área de dispensação de medicamentos não tem os 10 m<sup>2</sup> como preconizada. A sala de curativo, de vacinação, nebulização e esterilização, também não tem as medidas estabelecidas no manual, mas tem boa qualidade e as paredes são lisas e todas as superfícies são laváveis, tem boa ventilação e iluminação. Não temos um sistema informatizado, embora a UBS tenha consultório odontológico com as condições adequadas para um bom funcionamento, não tem escovário. Não existe uma sala de ACS e embora exista um local destinado à guarda de materiais diversos com possibilidade com chave. A instalação de estantes e armários com portas e chave, não foi criado para ser almoxarifado. Acho que as dificuldades neste sentido mencionadas não dificultam o bom funcionamento da UBS em geral, mas temos dificuldades em relação ao número de consultórios médicos que afetam o atendimento de nossos usuários. Somos quatro equipes, e só contamos com dois consultórios para atendimento a nossa população, a capacidade não está estruturada para atender quatro ESF e em ocasiões temos que dar consulta em um local que não reúne as condições necessárias de ventilação, iluminação, imobiliário.

Por outra parte a sala de espera tem capacidade máxima de 30 pessoas, quando às vezes reúnem-se nesta sala até 60 pessoas, não temos a capacidade suficiente de arquivamento de prontuários individuais na recepção. Quanto às barreiras arquitetônicas e tendo em conta que aproximadamente 20% da população no Brasil estamos compostas por pessoas idosas e ou com alguma deficiência (Ciênc. Saúde coletiva vol.14 no. 1 Rio de Janeiro Jan./Fev. 2009; ARTIGO -Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil), cito que temos condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas a serviços como o laboratório e sala de reabilitação, que estão situadas no segundo piso e seu acesso é através de escada, não tem rampa alternativa, não permitindo o acesso do idoso e portadores de deficiências físicas. Não temos calçadas que garantem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e portadores de deficiências físicas, carecemos de banheiros adaptados e de maior quantidade.

Outras dificuldades detectadas são em relação à disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos para as atividades dos ACS e demais profissionais como:

esfigmomanômetros, balanças que ainda são insuficientes para desenvolver um trabalho de qualidade nas áreas. Carecemos na UBS de um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, assim como de revisão de calibragem de esfigmomanômetros e balanças algo que impossibilita a recuperação dos aparelhos existentes com dificuldades mínimas perfeitamente solucionáveis. Outra dificuldade é a não existência de meios de locomoção para o deslocamento das equipes pelo território de abrangência da UBS, a disponibilidade de medicamentos para assegurar o bom atendimento e satisfação de nossos usuários de saúde é insuficiente. Temos um laboratório na UBS que não funciona, impossibilitando a realização dos exames de apoio diagnóstico sejam realizados rotineiramente na UBS, tendo a população de pagar altos preços para realizar os mesmos. Outra dificuldade é o tempo de espera para o atendimento especializado, poucos especialistas e fila longa de espera e o atendimento nos hospitais é demorada. Tenho a certeza com muito diálogo, conhecimento e planejamento, em longo prazo poderemos reverter esta situação ocasionando mudanças importantes nos aspectos negativos, como a manutenção de nossos equipamentos, adequada esterilização.

Em relação às **atribuições das equipes**, estamos trabalhando a promoção, prevenção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento adequado dos serviços, realizando o proposto no Programa Saúde na Escola (PSE), por meio de ações na escola. Estamos realizando a integração das ações de vigilância em saúde em conjunto com nossos ACS, para controlar a malária e a dengue. Na minha equipe não existe odontólogo, o serviço de odontologia na UBS participa do programa de saúde bucal. Estamos realizando uma atenção básica de qualidade caracterizada por ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

Existem relações de afetividade e confiança com o usuário, dos serviços de saúde da área de abrangência, realizando o exercício do controle social. Também estamos promovendo a participação de nossa equipe no mapeamento e territorialização da área, na realização de um atendimento domiciliar de qualidade, na realização de reuniões de equipe com a discussão do trabalho da semana. Promovendo com estas ações muitos resultados positivos, e conseguindo desta forma planejar ações para promover mudanças positivas e futuras, nos modos e estilos de vida de nossos usuários com HAS e/ou DM.

com indicação de dietas saudáveis e a realização de exercícios, realização de Ministério Shalom de Planejamento da Família (PLAFAM), de consultas de pré-natais e puericulturas com a qualidade requerida. Trabalhamos na educação dos mesmos, participando em ações comunitárias e do cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, da organização e orientação na comunidade. Estamos aproveitando os locais existentes nas comunidades para levar todas estas ações em função do bem-estar da população e a melhora dos indicadores de saúde deste povo irmão. Embora já tivermos ganhado na satisfação da população e de nossa equipe toda, ainda temos dificuldades que não permitem realizar um atendimento da qualidade, como déficit de recursos humanos em nossa equipe, por exemplo, a falta do odontólogo, não podendo realizar as demandas de nossa população em relação a este serviço. O número de ACS não é suficiente para cobertura de 100% da população cadastrada e temos áreas descobertas. Em relação ao papel gestor dos governos municipais, estaduais e federais acho que falta ainda muito por fazer para resolver de forma adequada às demandas dos usuários em relação ao funcionamento da assistência farmacêutica básica, na distribuição adequada dos medicamentos, coordenação e funcionamento da rede de laboratórios.

Referente à **população da área adstrita** a minha UBS, contamos com uma população de aproximadamente de 10.978 habitantes, dos quais mais dos 50% pertencem ao sexo feminino (5.866 hab.) e as faixas etárias mais representadas estão compreendidas entre os grupos etários de 16 a 59 anos de idade com um 36% (3.955 hab.) segundo caderno de ações programáticas (CAP). A população é composta de 41,9% de brancos, 48,9% de pardos, 6,4% de pretos e 2,8% de pessoas de outras etnias. A renda per capita é de 11.962,88 reais, a taxa de alfabetização é 97,78% e a expectativa de vida é de 72,45 anos (Macapá - Histórico Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, outubro de 2013). Existem tendências ao aumento do número de idosos comportando-se de forma semelhante ao resto da população de Brasil e do mundo atual. Se estabelecermos uma comparação entre o número de usuários de saúde e as ESF vamos encontrar uma discordância, com quatro equipes podemos atender uma população em torno de 12.000 pessoas. Olhando mais detalhamento à composição das equipes vamos ver que em todas as quatro equipes, temos 14 ACS, sete técnicas de enfermagem, quatro médicos e quatro enfermeiros e três odontólogos, sendo insuficiente para realizar uma atenção de qualidade. Existem aproximadamente 30 % das áreas descobertas, sem uma atenção adequada. Com respeito a esta situação já nossa equipe tem tomado algumas iniciativas para realizar a assistência às áreas descobertas, com a

realização de ações de saúde no micro áreas, envolvendo a comunidade, dando à mesma um papel primordial nos cuidados da saúde, tanto individual como coletiva, a prevenção e promoção de saúde, com muito bons resultados.

O usuário ao procurar a unidade faz o agendamento para consultas durante o mês de segunda a sexta-feira, para clínica médica, pediatria, ginecologia etc. Em relação à atenção à demanda espontânea, nossas equipes da UBS, usam a modalidade de acolhimento pela equipe de referência do usuário, de modo que um ou mais profissionais da equipe realiza a primeira escuta, define com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Na organização do acesso dos usuários num determinado momento, é importante relatar que o profissional mais frequentemente no acolhimento é a técnica de enfermagem, o enfermeiro e na retaguarda o médico. Em relação à demanda espontânea é importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento desta demanda, em nossa UBS temos garantidos espaços para escuta inicial e identificação de riscos. Realizamos uma adequada avaliação/estratificação de risco possibilitando identificar as diferentes classificações de risco e as situações de maior urgência e, com isso, procedemos às prioridades, sempre tendo em conta a vulnerabilidade, o risco e a urgência no atendimento de nossa clientela. No dia a dia temos que adiar as consultas agendadas, com a certeza que atualmente estamos sendo resolutivos na maior parte das demandas espontâneas dos usuários com um atendimento de qualidade.

Em nossa UBS temos cadastradas 125 **crianças menores de um ano** para uma cobertura de 53,2%, segundo denominadores estimados dos CAP (232 crianças). Neste momento ainda apresentamos algumas dificuldades na primeira consulta do recém-nascido (RN) antes dos sete dias, sendo, às vezes, realizada aos quinze dias ou mais, devido a nossa demanda residir no interior, longe da UBS e o acesso ao serviço é difícil, embora tenhamos dificuldades e muitas delas têm sido superadas. Estamos realizando o acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças com uma periodicidade, às vezes, maior do que a recomendada pelo MS, que acredito a meu critério próprio, que devia ser maior de sete consultas no primeiro ano de vida, por ser importante no desenvolvimento da criança. Nossas equipes planejam as consultas subsequentes de acordo com o contexto familiar da criança, suas necessidades individuais, as vulnerabilidades da mesma, estipulando um calendário de consultas individualizado, dependendo dos aspectos antes mencionados. Realizando a tarefa de forma programática, ou seja, de acordo com o protocolo, contando sempre com um registro específico e o

monitoramento da atividade, em cada consulta. Acompanhamos a vacinação, alimentação, entre outros aspectos e posteriormente realizamos algumas orientações importantes para o bom desenvolvimento da criança como prevenção de acidentes, de infecções respiratórias, doenças diarreicas agudas.

Realizamos o agendamento para a próxima consulta. Também realizamos visitas domiciliares (VD) previamente planejadas, obtivemos bons resultados e para satisfação nossa, já temos na área de abrangência de nossa equipe seis RN filhos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que desfrutam de ótimas condições de saúde. Teremos que fazer o cadastramento de todas as crianças em idades compreendidas entre 0-72 meses (> 696 crianças) e nos prontuários, teremos que atualizar o registro específico relativo à atenção à saúde da criança. Com certeza tem que incorporar a estas atividades todos os profissionais, segundo o protocolo do MS 2012 adaptado, deve-se realizar a primeira consulta do RN na primeira semana de vida. Acredito que com o esforço e união de todos os profissionais do setor podemos conseguir.

Em relação ao **Pré-natal**, temos um total de 43 gestantes para uma cobertura pré-natal de 26 % (164 gestantes- 0,5% da população em idade fértil). Embora exista um sub-registro de nossas grávidas o serviço está devidamente organizado e tratamos de fazer a captação de nossas grávidas em tempo, no primeiro trimestre, envolvendo todos os profissionais da equipe e adotando o Protocolo disponibilizado pelo MS, 2012. Monitorando adequadamente esta atividade, tenho que declarar que ainda temos algumas gestantes tardiamente, seja porque não foram visitadas pelos ACS na área, ou porque vieram de outra área/município. Embora sempre trabalhássemos em equipe, a primeira consulta sempre é realizada pelo enfermeiro, que preenche o cartão da gestante, orienta sobre a vacinação, requisita os exames laboratoriais, retornando para a consulta com o médico. Seguimos o calendário preconizado pelo protocolo, garantindo desta forma uma atenção de qualidade. Na UBS temos obstetra o que garante um seguimento mais completo no caso das grávidas que requerem de atenção especializada e de alto risco que sempre são encaminhadas ao obstetra. Em relação às **puérperas** tratamos de fazer a captação das mesmas na primeira semana pós-parto, realizando desta forma uma atenção imediata e de qualidade. Organizamos além das consultas um cronograma de VD a nossas gestantes e puérperas garantindo desta forma uma atenção adequada.

Em relação ao **Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU)**, na nossa UBS adotamos o Protocolo disponibilizado pelo MS, 2013. A estimativa é de 2.336 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e de 480 mulheres para o Controle do Câncer de

Mama, ainda temos dificuldades. Embora exista um protocolo ou manual técnico para utilizar na assistência, não estamos seguindo o mesmo como é recomendado, não temos cadastradas as mulheres compreendidas nas faixas etárias entre 25 a 64 anos, e das mulheres entre 50 a 69 anos, no caso de câncer de mama. Na atualidade os profissionais estão atendendo as mulheres da demanda espontânea quando apresentam sinais de alerta, embora temos garantido a realização de citopatológico (CP) para PCCU, não temos realizado a captação das mesmas. Não respeitamos as idades risco para a realização, não temos garantido, que no caso de diagnóstico de lesões precursoras, todas as mulheres iniciem seu tratamento mais breve possível.

Temos dificuldades com o rastreamento e confirmação diagnóstica do câncer de mama. Nem todas as mulheres com lesões e riscos, tem a possibilidade de realizar a mamografia, muitas vezes pagando preços elevados para fazer este exame. O cadastro de nossa população ainda está incompleto e temos muitas áreas descobertas. Temos conhecimento da população de risco de câncer de colo de útero e da mama, devido à população de nossa área de abrangência ser muito grande para o número dos profissionais para cobri-la, principalmente o número de ACS. A totalidade das equipes da UBS, os enfermeiros responsáveis das equipes e os demais profissionais, incluindo ao diretor. Temos desconhecimento dos dados estatísticos, não conhecemos a totalidade das mulheres em idade fértil, não sabemos o número de mulheres em faixas etárias de maiores riscos (25 a 64 anos - câncer de colo de útero e 50 a 69- câncer de mama). Não temos registros atualizados das mulheres que realizam PCCU e ou mamografia. Utilizamos algumas recomendações do protocolo do MS, 2013.

Algo que acho importante pontuar é que muitas vezes em nossas VD e consultas realizamos especial atenção a doenças como HAS e/ou DM, as grávidas, esquecendo que temos diante uma mulher, que pode ter riscos de sofrer câncer de mama o colo de útero e não oferecemos a essas mulheres informação oportuna para a prevenção destes cânceres, algo que pode incidir negativamente na qualidade de vida destas mulheres. Depois de falar de muitas dificuldades, quero dizer que nossa equipe está trabalhando na prevenção do câncer de colo de útero e de mama e uma mostra disto é a vacinação contra HPV, que estamos administrando nas escolas às meninas menores de 13 anos, onde já vacinamos, mas de 350 meninas, prevenindo desta forma o câncer de colo de útero. Também estamos realizando exame de mamas e incentivando à realização de autoexame de mama pela própria mulher todo com o único objetivo de prevenir a aparição destes cânceres. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma

atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas, embora faltasse muito por fazer acredito que já estamos no caminho correto.

Na UBS de Marabaixo, também estamos realizando uma assistência aos usuários com HAS e/ou DM de forma programática, adotando o Protocolo do MS 2013. Realizamos monitoramento regular destas ações, com a participação dos profissionais da equipe e profissionais NASF, como nutricionista e educador físico. Praticamos a indicação de dietas saudáveis, realização de exercícios físicos, tratamentos médicos, programação de consultas e VD e em tempo oportuno. Estamos trabalhando com grupos riscos para diminuir a incidência destes agravos e ainda temos dificuldades em relação com o cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM. de nossa área de abrangência, devido a áreas descobertas, pelo sub-registro.

Se olharmos os denominadores obtidos ao introduzir o número total de usuários com HAS (1.933) e usuários com DM (552) no CAP registramos 238 usuários com HAS para uma cobertura de um 12 % e 69 usuários com DM para uma cobertura dos 13 %, dos que em realidade deveríamos ter. Existem outros dados importantes como a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico de nossos usuários, as programações das consultas agendadas, a realização de exames complementares periódicos em dia, que apresentam dificuldades.

Sobre as orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, as avaliações de saúde bucal em dia destes usuários não existem registros confiáveis na UBS. Estas são dificuldades encontradas que interferem na qualidade no controle destes agravos, aumentando o número de usuários descompensados e diminuindo consideravelmente os anos de vida potenciais destas pessoas, deteriorando sua qualidade de vida, aumentando o número de incapacitados, que embora seja crônico, são controláveis, e com isto aumenta também os gastos por conceito de hospitalização e atenção especializada. Acredito temos que traçar estratégias efetivas baseadas nos princípios do SUS, para erradicar estas dificuldades, que impedem o adequado controle destas doenças que podem perfeitamente ser controladas, evitando assim a deterioração da qualidade de vida dos portadores, sendo tarefa de todos os profissionais da saúde trabalhar em conjunto para obter ganhos neste sentido.

Acredito devemos começar com a tarefa primordial de realizar um adequado cadastramento de nossa população toda, para eliminar o sub-registro de portadores de HAS e/ou DM que existe em nossa área de abrangência, conhecendo desta forma o

número real de portadores. Posteriormente podemos realizar ações encaminhadas a melhorar a qualidade de vida e estado de saúde destes usuários, diminuindo desta forma a morbimortalidade e hospitalizações por esta causa e com isto diminuindo os custos para o SUS brasileiro que com toda certeza hoje são elevados. Outro aspecto importante no qual devemos trabalhar é na organização dos registros e criar arquivos específicos ou independentes os mesmos, já que na UBS também não existem, encontram-se misturado os prontuários de usuários com HAS e/ou DM com as grávidas, as crianças, idosos. A organização do trabalho não é a melhor e impede o bom desempenho de nossos profissionais, tenho a certeza que trabalhando em conjunto todos os integrantes da equipe sem individualizar as tarefas a realizar.

Temos realizado na UBS atividades encaminhadas a melhorar a qualidade de vida de nossos **idosos**, como realização de VD, consultas, educação, mudanças de hábitos saudáveis, a prática de atividade física; prevenção e controle do tabagismo; evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas. Estamos trabalhando na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização, tenho que dizer que ainda temos muitas dificuldades não solucionadas, como o cadastro desatualizado, sub-registro, dos idosos de nossa área de abrangência que tomando em conta os denominadores, já que devemos ter aproximadamente 562 idosos e só temos cadastrados 140 para uma cobertura dos 25%.

Muitos idosos não recebem uma atenção de qualidade, moram em áreas descobertas ou nas áreas cobertas e não estão cadastrados, não conhecendo às vezes nem de sua existência. Em muitas ocasiões nossos profissionais esquecem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conhecendo que é um instrumento valioso que auxiliará na avaliação destas pessoas e vemos idosos em VD, consultas e não pedimos a Caderneta para informar-nos de dados importantes deste idoso. Embora em nossa UBS sejam realizadas atividades com este grupo etário, ainda não são suficientes, tendo em conta a grande população de idosos que temos e a crescente tendência ao envelhecimento que existe na atualidade. Acredito também que temos que formar, na comunidade, círculos de avós, grupos de idosos, onde se tratem temas relacionados com esta faixa etária, como a sexualidade nesta etapa da vida, alcoolismo e uso de drogas, com o objetivo de inserir estas pessoas na sociedade, para que sintam-se úteis.

Acredito que é de vital importância orientar à família e principalmente ao cuidador principal nestas atividades, melhorando desta forma o conhecimento destas pessoas nos cuidados do idoso, algo que hoje também não estamos fazendo de forma adequada.

Outras atividades que podemos realizar são ações de saúde com a participação do nutricionista da área, o educador físico, que embora atendam a nossos idosos só o faz quando o médico o enfermeiro o solicitam, deixando então de realizar ações preventivas e uma atenção de qualidade e multidisciplinar a estas pessoas. Importante criar arquivos específicos de registros de pessoas idosas com HAS, DM e outras doenças crônicas que afetam a nossos idosos, que na UBS. Seria ideal conhecer como está a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área, o número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como se comportam os indicadores de qualidade, quantos idosos em realidade tem uma Avaliação Multidimensional, quantos tem acompanhamento em dia, quantos são usuários com HAS e/ou DM. Para realizar uma avaliação de risco para morbimortalidade adequada, estas entre outras tarefas são das mais importantes e urgentes que todos os profissionais da saúde hoje temos que realizar qualidade de vida de nossos idosos considerando sempre que cada idade tem sua beleza e essa deve sempre ser uma liberdade. Tenho a certeza que ainda falta um longo caminho por recorrer neste sentido, mas já começamos a caminhar e acredito que em pouco tempo vamos a solucionar muitas das debilidades que ainda temos.

Considero que nossos maiores desafios é a sensibilização de todos os profissionais, a importância da tarefa que hoje temos que realizar buscar o conhecimento e cumprimento das atribuições dos mesmos. Fazer com que todos juntos aprendamos a avaliar, monitorar, planejar ações, estabelecendo prioridades, realizando a participação ativa da comunidade no planejamento das ações e definição das resoluções dos problemas, fazendo desta forma um adequado controle social, sem o qual nunca poderemos planejar nenhuma de nossas ações. Acredito também que outro desafio é envolver todos os gestores, as organizações do governo municipais, estaduais e federais, para resolver de forma adequada às demandas dos usuários em relação ao funcionamento da assistência farmacêutica básica, na distribuição adequada dos medicamentos, coordenação e funcionamento da rede de laboratórios, na estrutura física mínima de consultórios médicos, de enfermagem e Odontológicos, criação de ambientes adequados para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratórios, sala de ACS, a compra de equipamentos, diga-se maca ginecológica; balança, esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, equipo odontológico etc. para desta forma realiar a consolidação dos sistemas, as soluções dos problemas e dar a esta população uma saúde integral.

Generalizando de alguma forma, temos que trabalhar com o cadastramento de nossa população toda, as captações, prevenção de agravos, evitando comorbidades, complicações, mortalidades e diminuindo custos, sempre sendo criativos e planejando todas nossas atividades com responsabilidade. Temos que fazer do planejar e monitoramento uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos e com a premissa de que um SUS melhor sempre é possível.

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

Ao estabelecer uma comparação entre o texto inicial da segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e o Relatório da Análise Situacional que hoje tenho feito, posso dizer que no primeiro momento, ainda existiam muitos aspectos relacionados à estrutura física, número de ESF, composição das equipes, que eu realmente não conhecia, com certeza posso afirmar que embora soubesse do funcionamento do centro, não conhecia que existiam em minha UBS tantas dificuldades, também não conhecia a forma de enfrenta-las, me dou conta que neste primeiro momento não tinha uma relação com minha equipe tão estreita como a que hoje tenho, e com certeza posso afirmar que esta análise situacional me ajudou a conhecer a realidade de minha UBS com profundidade. Hoje, depois de refletir tantas vezes sinto-me com as ferramentas necessárias para reverter esta situação, já estamos no caminho certo e acredito que podemos visualizar mudanças importantes, estabelecendo uma assistência acolhedora, humanizada e, sobretudo de qualidade a nossos usuários de saúde, baseada nos princípios e diretrizes do SUS e com o objetivo fundamental de melhorar os indicadores de saúde deste irmão povo Brasileiro.

## 1 Análise Estratégica.

### 2.1. Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estes agravos, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e/ou DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2010). A HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam HAS associada (BRASIL, 2010).

O DM atinge pessoas adultas de todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (BRASIL, 2010). Estes agravos levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para a pessoa, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estes agravos são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. (BRASIL, 2010).

Nesta direção e voltando-nos para os estudos quanto à HAS e/ou DM sabe-se que são agravos multifatoriais que estão presente em cerca de 1/5 da população adulta. Na raça negra a HAS é mais severa, com maiores riscos de ocorrência de complicações renais e cardiocirculatórias (SOCIEDADE..., 2004).

A VI Diretrizes Brasileiras de HAS (2010) aponta como fatores de risco para a HAS e/ou DM a idade, o gênero e a etnia, o excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Para a prevenção

primária da HAS e/ou DM, mudanças no estilo de vida são extremamente recomendadas, principalmente nos indivíduos com PA limítrofe; mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. É por esta razão que acredito que nossa intervenção terá uma grande importância.

Nossa população adstrita é de 10.978 habitantes, temos como população alvo estimada de 1933 usuários com HAS e 552 usuários com DM, com 238 usuários com HAS cadastrados (12% de cobertura) e 69 usuários DM (13% de cobertura), havendo também sub-registro. Iniciamos a assistência de forma programática, adotamos o protocolo do MS e realizamos parcialmente o monitoramento regular destas ações. Estamos recadastrando a nossa população da área adstrita.

Temos dificuldades com locais adequados para a organização dos prontuários destes usuários, não temos disponibilidade de materiais e equipamentos para a equipe, não é realizada reposição ou manutenção da estrutura, dos equipamentos. Não é providenciado o deslocamento para as VD e ações na comunidade como a falta de medicamentos da farmácia popular. Mas estamos motivados com a intervenção, já iniciamos a discussão do nosso foco nas reuniões da equipe com boa aceitação do cronograma de trabalho traçado para levar a cabo seu desenvolvimento.

A intervenção que iremos desenvolver terá grande importância para a saúde de nossa população e do município de Macapá, já que haverá a organização do atendimento integral, captação e cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM, diminuição da morbimortalidade e de hospitalizações por estas causas, melhoraremos e promoveremos a qualidade de vida dos portadores destes agravos, diminuindo os altos custos para os sistemas de saúde, que com certeza hoje são muito elevados.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos Usuários Portadores de HAS e DM na UBS Marabaixo, Macapá/ Amapá.

## 2.2.2 Objetivos Específicos e metas

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

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e a 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 unidade de saúde.

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

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

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% do usuário 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% do usuário 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 unidade de saúde.

**Meta: 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% do usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% do usuário com DM cadastrados.

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

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

**Meta 3.2** Buscar 100% do usuário com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% do usuário com DM cadastrados na

unidade de saúde.

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

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

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% do usuário com DM cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% do usuário com HAS cadastrados.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% do usuário com DM cadastrados.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Detalhamento das Ações

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

#### **Monitoramento e Avaliação**

•Monitorar o número de usuários com HAS e usuário com DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Intensificaremos/manteremos e monitoraremos ações promovidas com os profissionais da saúde para que estes sejam motivadores da captação e ampliação do protocolo de HAS e DM.

### **Organização e gestão do Serviço**

- Garantir o registro dos usuários com HAS e usuário com DM cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM..
- Garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do Hemoglicoteste (HGT), na UBS.

Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos protocolos de HAS e DM, captando mais clientes por meio de VD dos ACS juntamente. Garantiremos espaços e instalações na UBS e comunidade para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos). Asseguraremos uma porta aberta do serviço para atenção continuada há portadores de usuários com HAS e usuário com DM. Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de equipamento e material adequado para assegurar o seguimento desses portadores. Garantiremos sistema de manutenção e reposição equipamentos necessários para tomada da PA e verificação do HGT

### **Engajamento Público**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com UBS sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos protocolos de HAS e DM, conseguindo a parceria com locais próprios da comunidade, e de fatores essenciais e promovendo o controle social. Implementaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de usuários com HAS e usuário com DM) para informar sobre a existência do protocolo de HAS e DM. Oportunizaremos educação em saúde na comunidade sobre a importância de medir a UBS a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nesses protocolos, aumentando as informações. Oportunizaremos educação em saúde na comunidade sobre associação de HAS e DM. Rastreamos mediante HGT a presença de glicemias

alteradas em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Implementaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de riscos) para a diminuição à exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Efetivaremos as medidas de controle de prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e usuário com DM de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

Promoveremos capacitação sobre correto cadastramento dos agravos crônicos. Agilizaremos e facilitaremos o acesso de capacitação dos ACS. Facilitaremos a capacitação sobre correta verificação da PA e realização do HGT. Efetivaremos na equipe em conjunto atividades práticas na comunidade mesma com toma da PA e realização de HGT.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos portadores usuários com HAS e usuário com DM cadastrados.
- Monitorar o número de usuários com HAS e usuário com DM s com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar os mesmos de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Garantiremos espaços e instalações na UBS e comunidade para oferecer consultas e demais atendimentos com a qualidade requerida sempre monitorando oportunamente esta atividade. Monitoraremos e asseguraremos a existência de uma porta aberta do serviço para atenção clínica continuada aos usuários.

Garantiremos e monitoraremos a realização de exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Efetivaremos as medidas de controle da doença mediante a realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida. Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde

para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no protocolo. Promoveremos a parceria com outras instituições de saúde para conseguir a realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida.

Priorizaremos e monitoraremos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários com HAS e usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de estoque de medicamentos na nossa farmácia para atendimento adequado deste protocolo.

### **Organização e Gestão do Serviço.**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de portadores usuários com HAS e usuário com DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Capacitaremos a todos os membros da equipe em quanto às atribuições dos profissionais de cada membro da equipe no exame clínico de portadores usuários com HAS e usuário com DM. Intensificaremos/manteremos as ações promovidas para realizar as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estimularemos a atualização dos mesmos sempre que necessário. Realizaremos publicação do protocolo adotado pela UBS para adequado atendimento de usuários com HAS e usuário com DM. Buscaremos e imprimiremos uma versão atualizada do protocolo e o publicaremos na UBS para que seja do conhecimento de todos os profissionais.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Efetivaremos junto ao gestor da UBS a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no protocolo. Promoveremos a parceria com outras instituições de saúde para conseguir a realização de exames laboratoriais com a periodicidade definida no protocolo.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Monitoraremos o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia. Trataremos de envolver a farmacêutica da área no programa e no controle adequado dos medicamentos.

### **Engajamento Público**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Implementaremos medidas que priorizem a educação em saúde (rodas de conversa, grupos) com o objetivo de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM. Desenvolveremos grupos quinzenalmente para acompanhamento coletivo dos usuários com HAS e DM. Realizaremos educação em saúde, visando maior adesão ao protocolo e controle com prevenção das complicações deste grupo de agravos.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos de HAS/DM, orientando oportunamente a realização de exames complementares. Oportunizaremos educação em saúde na comunidade com o objetivo de esclarecer a importância da realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida no protocolo.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos no protocolo com o objetivo de orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular. Desenvolveremos grupos, com a participação dos ACS e técnicas de enfermagem para orientar aos usuários sobre a presença dos medicamentos na farmácia popular.

### **Qualificação da Prática clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Facilitaremos cursos de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado. Nas reuniões semanais abordaremos temas de atualização terapêutica relacionados com HAS e DM. Capacitaremos e atualizaremos a todos os profissionais integrantes da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular nas reuniões semanais.

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

#### **Monitoramento e Avaliação**

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

Garantiremos espaços na UBS e na comunidade para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) com o objetivo de conseguir o cumprimento da periodicidade das consultas como está previsto no protocolo. Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os profissionais da saúde para que estes sejam motivadores na ampliação do serviço.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e usuário com DM provenientes das buscas domiciliares.

Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos no protocolo, captando clientes por meio de visitas domiciliares organizadas pelos ACS juntamente com as técnicas de enfermagem. Efetivaremos as medidas de controle de agravos e prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde aos usuários com HAS e usuário com DM provenientes das buscas domiciliares.

#### **Engajamento Público**

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

Garantiremos espaços com participação comunitária, para informar sobre a importância de realização das consultas, esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, possibilitando assim o controle social.

### **Qualificação da Prática clínica**

- Treinar os ACS para a orientação de usuários com HAS e usuário com DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Realizaremos treinamentos dos ACS segundo protocolo para oferecer uma orientação de qualidade a nossos usuários com HAS e usuário com DM quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

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

#### **Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e usuário com DM acompanhados na unidade de saúde.

Intensificaremos a monitorização da qualidade dos registros de usuários com HAS e usuário com DM acompanhados na unidade de saúde.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

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

Organizaremos um sistema de registro que viabilize as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, o registro das informações coletadas, as 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. Concretizaremos a coleta de dados e análises estatísticas na UBS pactuando desta forma o registro de todas as informações. Definiremos o responsável pelo monitoramento registros.

### **Engajamento Público**

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

Garantiremos e ofereceremos 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**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e usuário com DM.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Usaremos os meios necessários como colocação de vídeos que expliquem o correto preenchimento dos registros para acompanhamento dos usuários com HAS e usuário com DM. Capacitaremos a todos os integrantes da equipe em quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

### **Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e usuário com DM de risco para doença cardiovascular**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de usuários com HAS e usuário com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Intensificaremos o monitoramento de usuários com HAS e usuário com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano em visitas domiciliares pelos ACS e técnicas de enfermagem e nas consultas pelo enfermeiro e médico.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

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

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 desta demanda.

### **Engajamento público**

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

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 quinzenalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do acompanhamento regular segundo níveis de risco. Implementaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos) para conseguir a diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis, orientando uma alimentação saudável, realização de exercício físico etc.

### **Qualificação da Prática Clínica**

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

Realizaremos capacitação para toda a equipe em conjunto 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 em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

#### **Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com HAS e usuário com DM com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e usuário com DM.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e diabéticos.

Realizaremos busca ativa dos usuários com HAS e usuário com DM que não tem a realização de consultas periódicas anuais com o dentista nas visitas domiciliares e consultas na UBS. Planejaremos estratégias para conseguir o atendimento deste grupo

priorizado pelo serviço de odontologia nas consultas periódicas anuais. Realizaremos busca ativa dos usuários com HAS e usuário com DM que não tem a realização de consultas pelo nutricionista da área.

Planejaremos estratégias para oferecer o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBS o pelo nutricionista nas visitas domiciliares nos casos que o requeiram.

Orientaremos a realização de exercícios físicos regularmente com a monitorização da mesma. Solicitaremos a presença de um profissional de 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 e usuários com DM.

Realizaremos monitoramento das palestras com pessoal, qualificando-os para oferecer conhecimentos acerca de aumento do risco de sofrer complicações em tabagistas usuários com HAS e usuário com DM.

### **Organização e Gestão do Serviço**

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Priorizaremos o atendimento odontológico para este grupo prioritário.

Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBS a presença do odontólogo na equipe quinzenalmente para atendimento de nossas microáreas priorizando a população alvo de nossa intervenção primeiramente.

Estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Realizaremos palestras monitoradas com pessoal qualificado para oferecer orientações precisas acerca de alimentação saudável.

Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBS a presença do nutricionista na equipe a cada quinzena para atendimento dos usuários.

Planejaremos estratégias para ofertar o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBS o pelo nutricionista nas visitas domiciliares nos casos que o requeiram.

Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBS a presença do educador físico na equipe para atendimento de nossos usuários.

Orientaremos e organizaremos a realização de exercícios físicos regularmente com a monitorização da mesma. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

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

### **Engajamento Público**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Mobilizaremos aos líderes formais e não formais da comunidade com o objetivo de conseguir parcerias na comunidade, para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde com um adequado controle social. Mobilizaremos a comunidade junto aos gestores municipais para garantir a disponibilização do atendimento com dentista.

- Orientar usuários com HAS, usuário com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar usuários com HAS, usuário com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os usuários com HAS e usuário com DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Garantiremos a orientação de nossos usuários com HAS e DM. em quanto à importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamentos para abandonar o tabagismo nas visitas domiciliares e nas consultas na UBS.

### **Qualificação da Prática Clínica**

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuário tabagista.

Realizar capacitações para toda a equipe em quanto à avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, a práticas de alimentação saudável, a metodologias de educação em saúde, a promoção da prática ao tratamento de usuários tabagistas.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Relativa ao Objetivo 1:**

**Meta 1.1** Cadastrar 50 % das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS na UBS

**Numerador:** Número de pessoas 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 pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS.

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

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM na UBS.

**Numerador:** Número de pessoas 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 pessoas com DM residentes na área de abrangência da UBS.

#### **Relativa ao Objetivo 2:**

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% de pessoas com HAS cadastrada.

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

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

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrada na unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% de pessoas com DM. cadastrados

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

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

**Denominador:** Número total de pessoas com DM. cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrada na unidade de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número total de pessoas com DM. cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% de pessoas com HAS cadastrada na unidade de saúde.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% de pessoas com DM. cadastrados na unidade de saúde.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com DM. cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Relativa ao Objetivo 3:**

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção das pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% de pessoas com DM. faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes DM. às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com DM. cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### **Relativa ao Objetivo 4:**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com HAS cadastrada na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com DM. cadastrados na UBS de saúde.

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

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

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

#### **Relativa ao Objetivo 5:**

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% do usuário com HAS de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

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

**Numerador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

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

**Indicador 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de pessoas com DM cadastrados na UBS.

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

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

### **Relativa ao Objetivo 6:**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% do usuário com HAS cadastrados.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de pessoas com DM cadastrados.

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS de saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com DM cadastrados na UBS de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de pessoas com HAS cadastrada.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de pessoas com DM cadastrados.

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

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

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

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% de pessoas com HAS cadastrada.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% de pessoas com DM cadastrados.

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar nossa intervenção no programa de HAS e DM adotaremos 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: hipertensão arterial sistêmica”*, ambos do MS. 2,13. Utilizaremos a ficha espelho de usuário com HAS e usuário com DM disponíveis no município (ANEXO B) Como a mesma não prevê todas as informações necessárias para o monitoramento de uma intervenção com qualidade para o acompanhamento de nossos usuários com HAS e usuário com DM, dados relativos à avaliação e estratificação de risco, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar (APENDICE A) com os dados que necessitaremos para realizar a nossa intervenção. Iremos decidir com a equipe ao local de arquivamento dos prontuários, fichas espelho e complementar. Trataremos de fazer contato com gestores municipais para dispor das fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho, bem como para garantir espaço para a realização das atividades, garantir os equipamentos e materiais adequados. Para o acompanhamento mensal da intervenção utilizaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO C), fornecidas pelo UFPEL.

Para organizar o registro específico do programa, nosso enfermeiro com ajuda de nossas técnicas de enfermagem revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e usuário com DM que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos três meses, localizaremos os prontuários destes usuários e transcreveremos todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizaremos o primeiro monitoramento anexando anotações sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso, ausência de estratificação e avaliação de risco.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe no cadastramento de usuário com HAS e usuário com DM de toda área de abrangência da UBS de saúde, a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, a realização do Hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, no seguimento do protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares,

no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário com HAS e usuário com DM e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e controle de tratamento dos tabagistas.

Começaremos nossa intervenção com a capacitação da toda a equipe sobre o Manual Técnico-Protocolo do Ministério da Saúde, para que haja uniformidade na assistência da atenção de nosso usuário com HAS e usuário com DM pelos profissionais da UBS. Esta Capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas quinzenais durante a intervenção, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe na sexta feira de tarde, todos os profissionais da equipe estudarão o manual técnico, faremos seminários com participação coletiva, com perguntas e respostas, aprofundaremos nos temas mais importantes e de nosso interesse, o médico e enfermeiro, como principais responsáveis do programa, exporão os principais conteúdos para as equipes.

O acolhimento do usuário com HAS e usuário com DM que buscarem o serviço será realizado pelas técnicas de enfermagem, com acolhimento humanizado e triagem de qualidade. Toda população alvo da intervenção ao chegar ao serviço será acolhido no mesmo turno para ampliar a porta de entrada na atenção primária, os usuários com HAS e usuário com DM com problemas agudos (descompensados) serão atendidos no mesmo turno para agilizar o atendimento. Usuários com HAS e usuários com DM que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que dois dias. Todos os usuários com HAS e usuário com DM consultados no serviço, sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas de HAS e DM manteremos a rotina do serviço na organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os casos provenientes da busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana, duas por dia preferivelmente para cada equipe, embora planejamos um dia de consulta para os casos de HAS e DM. Sensibilizaremos os profissionais da UBS para a realização do registro de todas as ações desenvolvidas.

Para sensibilizar a com UBS sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS, iremos informá-la sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM, sobre fatores de risco modificáveis como alimentação, sedentarismo, etc., à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e a importância de realização dos mesmos, ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização destas consultas, mantendo acompanhamento regular. Para orientar à comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e abandono do tabagismo, assim como sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade (líderes formais e não formais da comunidade) nas quatro igrejas, dois locais de saúde que temos na área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da implantação do programa com a realização de consultas em tempo, adequada avaliação e estratificação do risco, seguimento com exames laboratoriais etc., solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura do programa e esclareceremos à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional para evitar complicações produto da descompensação destas doenças.

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

Semanalmente nosso enfermeiro examinará as fichas--espelho do usuário com HAS e usuário com DM identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso, aqueles que não têm consulta odontológica realizada, os que não têm realizada uma estratificação do risco de qualidade, etc., o Agente Comunitário de Saúde fará busca ativa de todos os usuários com HAS e usuário com DM faltosos, ao fazer a busca já agendará a consulta destes usuários para um horário de sua conveniência, sob coordenação da técnica de enfermagem, responsável desta atividade em cada equipe, ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão analisadas e discutidas pelas equipes e consolidadas em uma planilha eletrônica, sendo o responsável desta atividade o médico orientando do curso de especialização da UFPEL.

### 2.3.4 Cronograma

Para a realização das ações, foi elaborado um cronograma que desenvolveremos durante as 16 semanas de intervenção.

ATIVIDADES A DESENVOLVER	S E M A N A S															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Reprodução do protocolo, pactuação e garantia do registro.																
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS/DM atualizado, acolhimento e temas sobre a intervenção.																
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.																
Organização das agendas dos profissionais. Controle de medicamentos e insumos, manutenção dos mesmos.																
Cadastramento de usuário com HAS e usuário com DM da área adstrita.																
Contato com lideranças comunitárias e solicitação de apoio à comunidade para desenvolver as estratégias que serão implementadas.																
Atendimento clínico dos usuários com HAS e usuário com DM .																
Grupo de educação em saúde, rodas de conversa para usuários com HAS e/ou DM.																
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuário com HAS e usuário com DM faltosos, cadastramento e sinais e sintomas.																
Busca ativa dos usuários com HAS e usuário com DM faltosos às consultas.																
Controle do estoque e medicamentos.																
Monitoramento da intervenção.																

Figura 1: Quadro do cronograma da intervenção

### 3 Relatório da Intervenção.

#### 3.1. As ações previstas e desenvolvidas

A intervenção ocorreu no mês setembro a dezembro de 2014, a seguir descreverei a mesma de acordo com os eixos pedagógicos do curso.

##### **Organização e Gestão do Serviço**

Em relação com a **Organização e Gestão do Serviço**, as reuniões com a equipe de saúde prevista no cronograma foram efetivas desde as primeiras semanas e durante toda a intervenção. Iniciamos com a apresentação do Projeto e do Protocolo HAS/DM do MS, 2013 e os instrumentos necessários para a realização da ação a nossa equipe e alguns simpatizantes, não conseguindo a participação da totalidade das equipes atuantes na UBS nas atividades programadas, auxiliando na adesão dos usuários à ação programática. Realizamos discussões das dúvidas e escuta de sugestões; assim como divulgamos a intervenção, seus instrumentos para a assistência do usuário com HAS e/ou usuário com DM durante as consultas e visitas domiciliares, apresentamos e discutimos o cronograma, organizamos a agenda de trabalho, realizamos a capacitação dos profissionais da equipe e simpatizantes da intervenção sobre temas importantes relacionados como o protocolo, aspectos como detecção dos principais sinais e sintomas do usuário com HAS e usuário com DM, fatores de riscos mais importantes para, pessoas que constituem risco potencial a desenvolver estes agravos em alguma idade de sua vida. Também temas relacionados com a evolução destes agravos crônicos, possíveis complicações, forma de preveni-las, principais fatores de risco, importância de realizar exame clínico e exames laboratoriais em tempo, importância de realizar exercícios físicos regularmente e de ter uma alimentação saudável, relevância da estratificação de risco cardiovascular para evitar possíveis complicações, entre outros aspectos. Também durante o contato em domicílio, foi debatido com os portadores de HAS/DM suas expectativas e dúvidas com relação à intervenção. Além disso, organizou-se as ações do trabalho de campo, dos encontros planejados com o usuário com HAS e/ou usuário com DM e da

reprodução de materiais; prepararam-se as planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento e à avaliação dos indicadores.

Para priorizar o atendimento clínico dos usuários avaliados como de alto risco organizamos e reorganizamos a agenda para o atendimento desta demanda, oportunizando espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde. Desta forma o atendimento multiprofissional dos usuários avaliados como de alto risco foi garantido, realizamos triagem e educação em saúde. Garantimos locais na UBS e na comunidade para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos).

Outro grande ganho de nossa Intervenção foi à incorporação de um grupo de profissionais na mesma, como a psicóloga que desenvolveu importantes rodas de conversas com nossos usuários e conseguiu ensinar aos mesmos a conviver com seu agravo. A nutricionista realizou grupos de portadores, pontualizando corretamente, demonstrando a dieta saudável. A educadora física e o fisioterapeuta orientaram a todos os usuários os exercícios físicos recomendados aos mesmos e realizam estes exercícios com nossos grupos de portadores. Com certeza foi um importante apoio para o bom desenvolvimento de nossa ação programática e facilitou a realização das rodas de conversa e grupos. Pode-se considerar que estas ações foram cumpridas integralmente durante as dezesseis semanas da Intervenção e como estava previsto no nosso cronograma.

No preenchimento das planilhas de coletas de dados do usuário com HAS e/ou usuário com DM houve problemas pelos médicos das outras equipes, talvez pelo contato com um instrumento de pesquisa ainda não utilizado, e, com isso, muitas das planilhas foram entregues com dados incompletos ou inconsistentes, atrasando as ações de outros eixos pedagógicos. Inicialmente, o projeto previa realizar a avaliação em todos os usuários usuário com HAS e/ou diabético acompanhados pela UBS, mas isso foi possível só parcialmente. Apresentamos dificuldades, reiterativas em relação com a ausência de usuários a consultas agendadas. Conseguimos a participação de simpatizantes das quatro equipes na intervenção, usando devidamente os materiais disponibilizados pela UFPEL e as fichas complementares elaboradas pela nossa equipe.

### **Monitoramento e Avaliação**

Para realizar as ações do eixo **Monitoramento e Avaliação** intensificamos ações promovidas com os profissionais da saúde relacionadas à aplicação do protocolo de HAS e DM atualizados (Cadernos 36 e 37), reproduzimos o mesmo com apoio do gestor da

UBS e em um segundo momento da intervenção, já que não foi possível nas primeiras semanas, que ainda hoje estão disponibilizados no nosso centro de saúde. Estas ações aconteceram durante toda a intervenção através do cadastramento dos usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM no Programa, preenchimento das fichas espelhos, a digitação e acompanhamento periódico na planilha de coleta de dados. Após consultar os registros do usuário com HAS e/ou usuário com DM acompanhados na UBS foram possíveis verificar ao final da intervenção, que muitos usuários não estavam anteriormente no Programa, já que ao começar só tínhamos cadastrados 238 usuários com HAS e 69 diabéticos e concluímos as dezesseis semanas com 440 usuários com HAS e 169 diabéticos, para um 26,3 % e 41,0 % de cobertura do Programa respectivamente.

O cadastramento dos usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados foi realizado durante toda a intervenção mediante o monitoramento da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários com HAS e diabéticos cadastrados na UBS e o controle de estoque de medicamentos na nossa farmácia.

### **Engajamento Público**

Em relação ao **Engajamento Público**, a mobilização dos usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM e familiares, assim como o contato mantido com as lideranças comunitárias desenvolvemos durante toda a Intervenção, com o objetivo de interagir com os integrantes da comunidade, discutir e esclarecer as dúvidas de todos em relação a seus direitos de cidadãos, e de dar uma participação ativa à comunidade no cuidado de sua saúde, além disso, realizamos várias ações de saúde em locais adaptados, como escolas, casas de família, que se converteram em nossa principal ferramenta no desenvolvimento da intervenção. Permitindo-nos implementar estratégias de trabalho concebidas com o objetivo de fazer funcionar o programa de acordo com o protocolo estabelecido, permitindo também manter o cadastro de usuário com HAS e usuário com DM atualizados, formação de grupos educativos, realização de rodas de conversas, grupos, em fim obtivemos o contato estreito com lideranças comunitárias e o apoio da comunidade toda. Ampliamos e continuamos os segmentos nos protocolos de HAS e DM, conseguimos a parceria com locais próprios da comunidade, e de fatores essenciais e promovemos o controle social. Implementamos medidas que priorizaram a educação em saúde para informar sobre a existência do protocolo de HAS e DM. Oportunizamos educação em saúde na comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a

partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Ampliamos os segmentos neste sentido, aumentando as informações, promovendo desta forma um apoio incondicional na implementação de nossas estratégias e a parceria que necessitávamos para impulsionar a ação programática.

Com relação à formação de grupos para educação em saúde formados por usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM foi possível realizar vários encontros ampliando a participação dos usuários da área de abrangência e de muitos profissionais como a psicóloga, a nutricionista, odontólogo e educador físico, estabelecendo, para nossa satisfação, a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários acompanhados pela UBS.

Orientamos a todos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Populares e possíveis alternativas para obter este acesso, instruímos e orientamos sobre o esquema terapêutico aos usuários.

### **Qualificação da Prática Clínica**

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** muitas ações foram efetivadas parcialmente, pois nunca obtivemos a participação de todos os profissionais da UBS nas capacitações realizadas, só os simpatizantes da ação. Realizamos várias capacitações previstas no cronograma semanalmente, trabalhamos os temas de abordagem domiciliar do usuário com HAS e/ou usuário com DM com ênfase na educação em saúde, na busca ativa dos faltosos (atividade cumprida parcialmente) e adesão ao tratamento medicamentoso. Foi incluído nesta capacitação um grande grupo de profissionais, onde realizamos capacitações sobre correta verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado, sobre temas de atualização terapêutica relacionados com HAS e DM, referentes à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitamos toda a equipe em relação à avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, higienização das próteses dentárias, as práticas de alimentação saudável, promoção da prática ao tratamento de usuários tabagistas, entre outros. Como recursos visuais, foi utilizado notebook para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação dos conteúdos mostrados.

### 3.2 As ações previstas e não foram desenvolvidas

No eixo **Qualificação da Prática Clínica**, nunca foi possível realizar a capacitação dos médicos e enfermeiros das equipes 075 e 011, pertencentes a nossa UBS Marabaixo, em temas de educação em saúde, noções de farmacologia, atualizações do Protocolo HAS/DM e outros temas importantes, em muitas ocasiões devido a outras prioridades que apareceram na UBS e outras por motivos desconhecidos ainda, mais de uma vez nos reunimos com eles, mas não obtivemos sua participação.

Outra dificuldade foi à realização dos exames complementares de nossos usuários usuário com HAS e usuário com DM, falamos em várias ocasiões com alguns dos principais gestores e supervisores do programa, e solicitamos a possibilidade de realizar o serviço ao menos uma vez ao mês em nossa UBS, que tem um Laboratório construído, que não funciona até agora, facilitando assim a coleta dos exames a nossos usuários, que com toda certeza ficariam muito satisfeitos, mais não recebemos resposta alguma até o momento.

Enfrentamos dificuldades relacionadas com a presença de equipamento e material adequado para assegurar o seguimento dos portadores destes agravos crônicos, não temos garantia de um sistema de manutenção e reposição dos equipamentos necessários para tomada da pressão arterial e verificação do hemoglicoteste e nem todos os profissionais contam com esfigmomanômetros, aparelhos para realizar glicemias, temos déficit de balanças, etc.; tratamos de solucionar estas deficiências, falamos com a Secretaria de SMS, mas infelizmente não conseguimos resolver o problema, sendo esta ação foi cumprida parcialmente.

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

Durante a coleta e sistematização dos dados, no eixo **Monitoramento e Avaliação**, inicialmente a ficha espelho foi organizada e dividida por ACS, ação errada de nossa parte, já que o preenchimento das mesmas devia ser realizado pelos médicos, posteriormente e seguindo as orientações do curso, já na segunda semana as fichas foram disponibilizadas para os médicos das quatro equipes, e como falei anteriormente, houve problemas no preenchimento das mesmas, talvez pelo contato com um instrumento de pesquisa ainda não utilizado e, com isso, muitas das planilhas foram entregues com dados incompletos ou inconsistentes, atrasando as ações de outros eixos pedagógicos, algumas destas fichas espelhos foram devolvidas aos médicos para correção e preenchimento dos dados.

No preenchimento da planilha de coleta de dados Excel, digitou-se os dados obtidos sem problemas e como estava previsto na planilha disponibilizada durante toda a Intervenção. Realizamos o preenchimento da planilha de forma correta para a avaliação dos indicadores obtidos.

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

Ao concluir a semana dezesseis e segundo a avaliação realizada para adesão ou incorporação de nossa Intervenção ao normal funcionamento da UBS, em relação à **Organização e Gestão do Serviço**, posso falar que a ação foi incorporada na rotina do serviço, promovendo assim, o atendimento clínico de qualidade do usuário com HAS e/ou usuário com DM através do planejamento das estratégias concebidas antes de começar a ação programática e durante o desenvolvimento da mesma. Defendemos que a incorporação no cotidiano do serviço tenha uma execução planejada durante o atendimento médico ou de enfermagem, durante as visitas domiciliares, dos encontros de grupo, reforçada sempre nas reuniões da equipe. A busca ativa de faltosos a consulta e a captação/cadastramento continuam sendo realizadas após a intervenção.

Com relação ao eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento do usuário com HAS e/ou usuário com DM no Programa, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, favorecendo a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários, garantindo o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, seja da UBS ou da farmácia popular. Acredito continua sendo necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

Em relação ao **Engajamento Público**, continuam sendo realizadas múltiplas atividades educativas, rodas de conversas, grupos de portadores, entre outras, interagindo rotineiramente com a comunidade. Os líderes comunitários mantendo seu apoio incondicional, ficando o desafio para todos os profissionais da UBS de dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente). Programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro, captar usuários, mantendo assim incorporada a ação programática ao normal funcionamento da UBS e assegurando o atendimento clínico de qualidade de nossos usuários como direito próprio dos serviços de saúde.

A **Qualificação da Prática Clínica** foi inserida na rotina da UBS Marabaixo com a realização de atividades de educação no serviço, com o fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua a proporcionar uma melhor superação profissional e um maior conhecimento dos temas atualizados e de interesse coletivo, possibilitando reforçar o compromisso e as atribuições inerentes a cada profissional da saúde.

Hoje as dificuldades são menores que ao princípio, e nossa Intervenção teve importantes ganhos, e continuamos tendo o prazer de olhar que com nosso trabalho estamos contribuindo a esta nobre causa, sem deixar margem a conseqüências contra nosso desempenho, acreditando sempre que algum dia nosso trabalho será reconhecido, hoje, já não choramos por não ter ou não poder fazer, sim aprendemos a crescer antes as dificuldades e buscar soluções, aprendemos a discutir energicamente para melhorar, acreditando sempre que assim deveria ser todo profissional na esfera da saúde.

Na continuação postarei algumas fotos que ilustram os momentos mais representativos da Intervenção:



Figura 2: Fichas espelhos impressas ao início da Intervenção

Fonte: Especializando





Figura 3: Fotos de capacitação dos profissionais referente aos diversos temas.

Fonte: Especializando





Figura 4: Fotos do atendimento Clínico de qualidade nos diversos cenários

Fonte: Especializando





Figura 5: Fotos de Ações de Saúde, Rodas de Conversa, Grupos, Participação dos diversos Profissionais na Intervenção.

Fonte: Especializando

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1. Resultados

A intervenção foi desenvolvida com o **Objetivo Geral de Melhorar a atenção aos Usuários de HAS e DM na UBS Marabaixo, Macapá/AP**, manteve-se com os mesmos profissionais do início ao final da intervenção, contando com quatro ESF, que na sua composição tem um médico clínico geral ou de família, um enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), odontólogos em três das equipes, mantiveram-se trabalhando no centro os técnicos de farmácia, o médico internista, o obstetra, o pediatra, as enfermeiras vacinadoras, o diretor da UBS, a equipe do NASF e recepcionista.

A população da área adstrita sob a responsabilidade da UBS e das quatro ESF atuantes na mesma é de 10.978 habitantes; com uma população alvo estimada de 1933 usuários com HAS e 552 usuários com DM. No começo da Intervenção tínhamos identificados como portadores de HAS, 238 usuários para um 12% de cobertura do Programa e 69 usuários com DM para um 13% de cobertura, respectivamente, existindo um grande sub- registro.

Na nossa ação programática foram avaliadas 440 pessoas com HAS e 169 com DM, para um total de 478 usuários participantes da intervenção até o final da mesma; a maioria foram mulheres com um 61,9%. As pessoas com 60 ou mais anos foram à idade mais representada com 39,7% dos cadastrados para o estudo. Com relação à cor da pele, mais de um 60% foram avaliados como pardos, sendo predominantes, acima dos brancos e negros. A investigação da escolaridade, não foi fidedigna, por encontrar-se alguns dados incompletos nas fichas espelhos, mas entre os dados corretamente coletados pudemos ver que a maioria tinha primeiro grau incompleto.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuário com HAS e /ou usuário com 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 ao usuário com HAS 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 DM na UBS.

Tomando em conta que a **proporção de** usuário com HAS **e/ou** usuário com DM **cadastrados no programa de atenção à HAS e à DM foram os indicadores** que permiti-nos conhecer como estava a cobertura do Programa, vamos ver que iniciamos com cadastramento de 98 usuários com HAS (5,9%) e de 50 usuários com DM (12,1%). No segundo mês conseguimos cadastrar 232 usuários com HAS (13,9%) e de 89 usuários com DM (21%). No terceiro mês 333 usuários com HAS (19,9%) e de 119 usuários com DM (28,9%). No quarto mês alcançamos 440 (26,3%) usuários com HAS participantes do programa, e de 169 (41%) pessoas com DM. O que representa um acréscimo de 14,3% nos usuários com HAS e de 28% em relação aos usuários com DM, na cobertura do programa, embora em ambos os casos existisse um acréscimo neste indicador. Não conseguimos atingir as metas propostas de 50%, acredito que influenciou negativamente, foi à falta de apoio de muitos profissionais da UBS e dos gestores, em incorporarem a nossa intervenção, além de que as metas propostas eram um pouco ambiciosas para dezesseis semanas. As evoluções destes indicadores estão representadas nas Figuras-6 e 7.

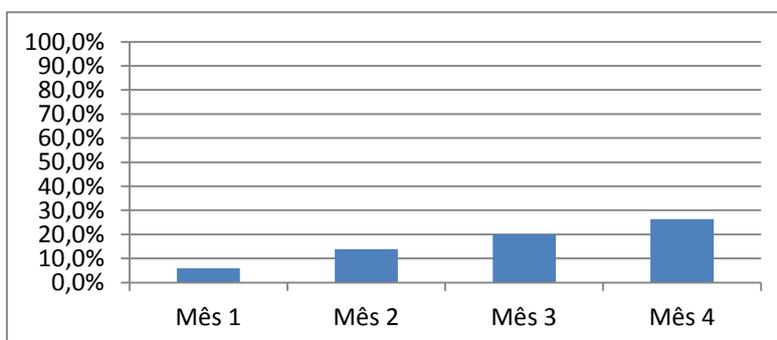


Figura 6. Gráfico da Cobertura de usuário com HAS do programa de atenção ao Hipertenso e diabético na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

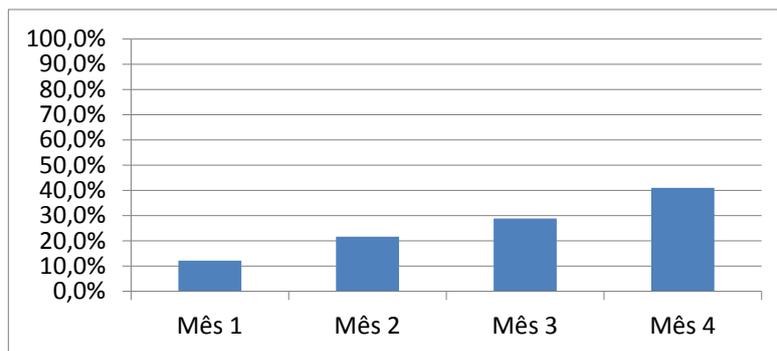


Figura 7. Gráfico da Cobertura de usuário com DM do programa de atenção ao hipertenso e diabético na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e usuário com DM.**

Tínhamos várias metas propostas neste objetivo, com seus respectivos indicadores que descrevemos na continuação:

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% do usuário com HAS.

**Indicador 2.1.** Proporção de usuário 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 usuário com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Os resultados apresentados a seguir se referem à **proporção de usuário com HAS e/ou usuário com DM que se encontrava com exame clínico em dia** durante a intervenção, apresentados nas figuras 3 e 4 respectivamente.

Dos 440 usuários com HAS avaliados durante a ação programática, 365 (83%) apresentaram o exame clínico em dia e dos 169 usuários diabéticos cadastrados durante a Intervenção, 145 (85,8%) estavam com este exame em dia, se observamos os gráficos vamos ver que a proporção destes usuários com exame clínico em dia aumentou consideravelmente com respeito ao primeiro mês da ação, com um acréscimo de um 11,6% nos usuários usuário com HAS e de um 7,8% nos usuário com DM, apesar de que em ambos os casos, este indicador se comporta de forma positiva, com percentagem superior a 80%, não atingimos as metas que tínhamos propostas que eram de 100%. Isso

devido a termos um considerável número de usuários faltosos a consultas, aos quais não conseguimos realizar a busca ativa, tarefa da qual os principais protagonistas eram os ACS. Acredito neste sentido termos que continuar trabalhando arduamente para atingir a qualificação do atendimento.

Iniciamos a intervenção com 70 usuários com HAS s (71,4%), no segundo mês atingimos 192 usuários com HAS (82,8%), no terceiro mês 273 (82,0%), finalizando com 365 usuários com HAS cadastrados (83%). Representados pelas figuras 8 e 9.

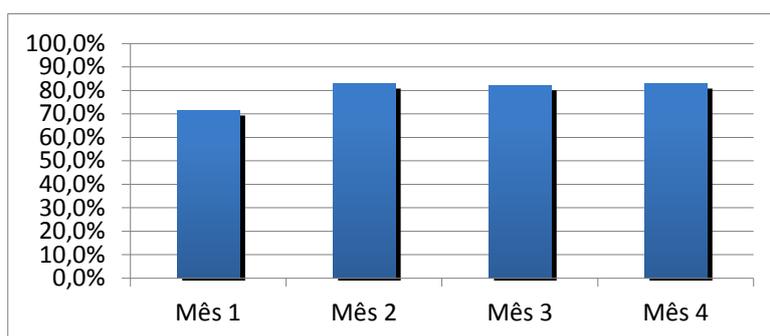


Figura 8. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo de HAS e DM na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

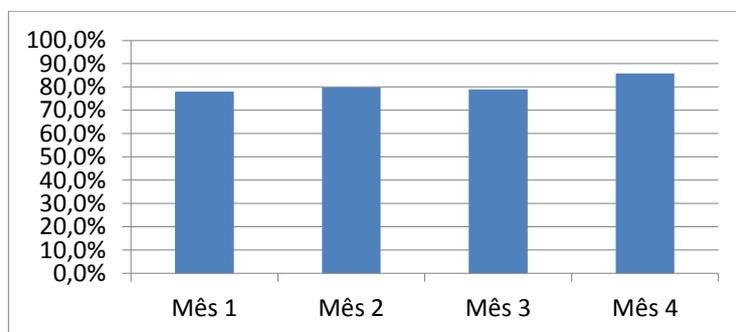


Figura 9. Gráfico da Proporção de DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo de HAS e DM na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

Tínhamos metas a atingir de 100%, que não foram alcançadas, por questões relacionadas com escassez de laboratórios da prefeitura, alto custo dos exames em laboratórios particulares e por falta da gestão dos principais gestores municipais, mas podemos ver que o indicador foi-se elevando consideravelmente durante os quatro meses em ambos os casos, culminando com 356 usuários com HAS de um total de 440 participantes com este parâmetro em dia para um 80,9% e 145 diabéticos para um 85,8% respectivamente.

A evolução deste indicador foi inicialmente, 70 (54,0%) usuário com HAS e, 27 (54,0%) usuário com DM. No segundo mês de 115 (49,6%) usuário com HAS e de 48 (53,9%) usuário com DM. Terceiro mês de 160 (48,0%) usuário com HAS e de 63 (52,9%) usuário com DM. No quarto mês de 356 (80,9%) usuário com HAS e de 145 (85,8%) usuário com DM, representados nas figuras 10 e 11.

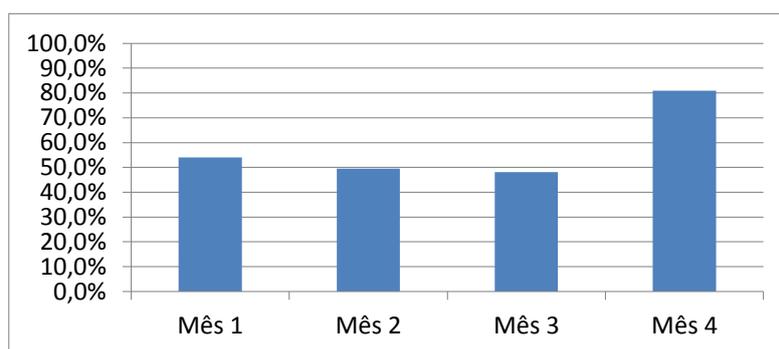


Figura 10. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com o exame complementares em dia de acordo com o protocolo de HAS e DM da UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

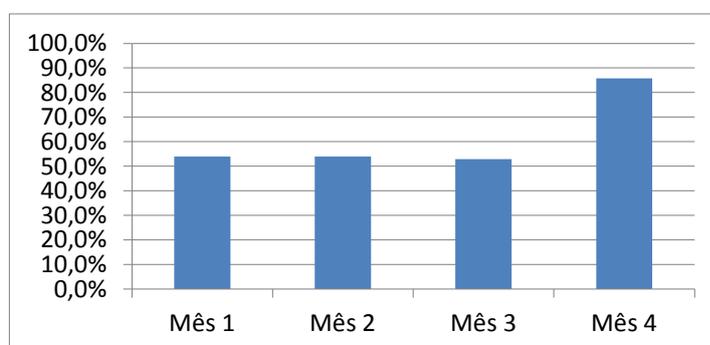


Figura 11. Gráfico da Proporção de DM com o exame complementares em dia de acordo com o protocolo de HAS e DM na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.  
Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

No primeiro mês do estudo esta proporção foi menor no caso dos usuários com HAS, com um 66,0% (64), apresentando uma evolução crescente nos meses seguintes com um 67,8% (156) no segundo mês da intervenção, 70,1% (232), no terceiro mês e 85,6% (375) no último mês da ação programática. Nos usuários usuário com DM o comportamento foi diferente, no primeiro mês esta proporção foi de 76,0% (38), diminuindo no segundo e terceiro mês a 66,3% (59) e 66,4% (79) respectivamente, para apresentar um acréscimo de um 20,6% no mês quatro, respeito ao mês anterior, com 87,0% (147). Muitas foram às ações desempenhadas para atingir as metas propostas, mas não foi possível já que grandes quantidades de usuários tinham planos de saúde e obtinham os medicamentos de outras fontes, não aceitando a nossa prescrição. A evolução deste indicador está representada nas figuras 12 e 13.

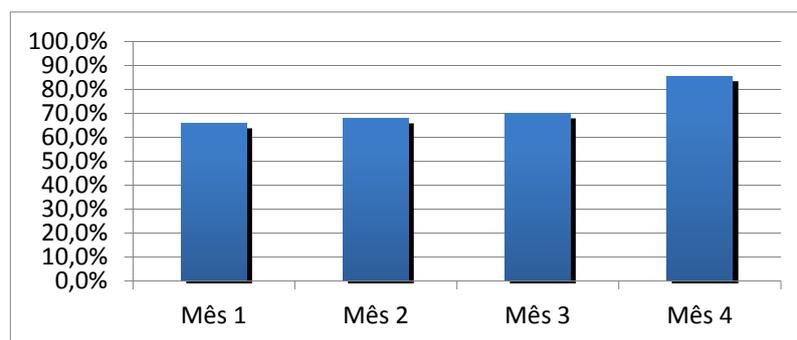


Figura 12. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

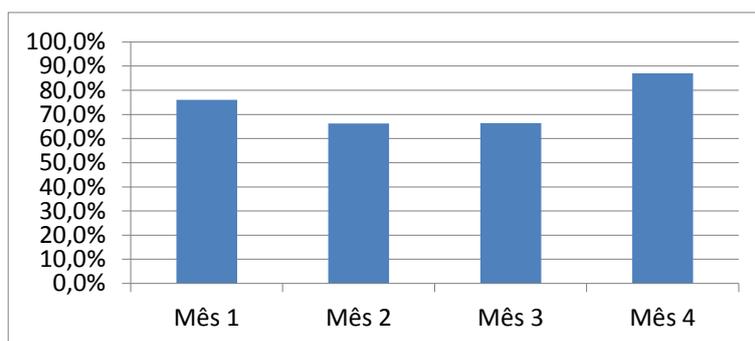


Figura 13. Gráfico da Proporção de usuário com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

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 usuário 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 usuário com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ambos indicadores se comportaram de forma semelhante, sendo avaliados ao final da intervenção 364 usuários com HAS (82,7%), apresentando um acréscimo nesta cifra de um 12,3%, respeito ao primeiro mês onde foram avaliados 69 casos para 70,4%. A respeito dos usuários com DM vamos ver que no primeiro mês foram avaliados 39 usuários (78%), com um acréscimo de 8,4 pontos percentuais neste parâmetro com 146 (86,4%) usuários avaliados respectivamente ao final do quarto mês. No segundo mês de 81,9% (190) usuário com HAS e de 80,9% (72 usuários com DM). Terceiro mês de 81,7%, (272) usuário com HAS e de 80,7% (96) usuário com DM Não conseguimos atingir as metas propostas, porque não captamos muitos usuários faltosos a consultas para avaliação. Representados nas figuras 14 e 15.

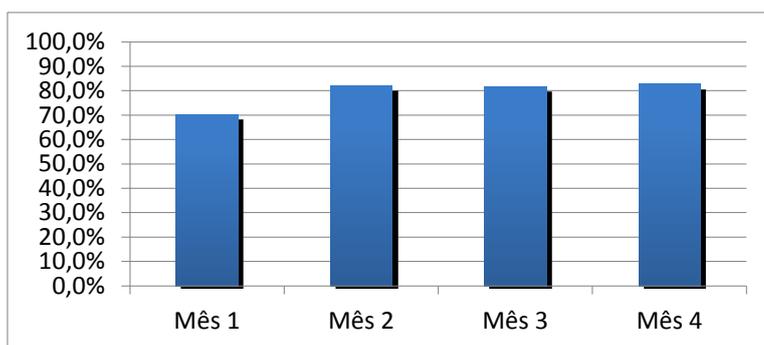


Figura 14. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

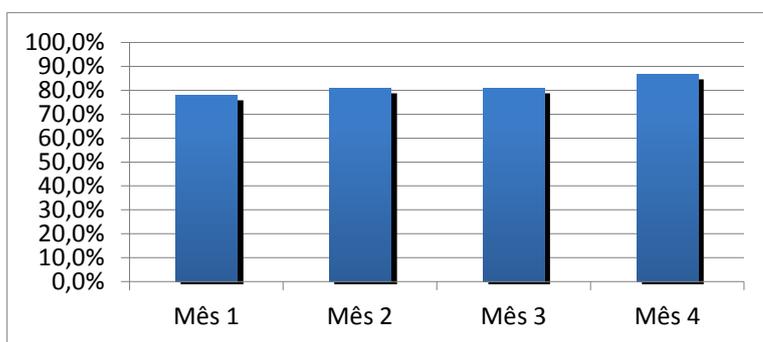


Figura 15. Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuário com HAS e /ou diabéticos 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 diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Neste indicador tínhamos metas propostas de um 100%, mas vamos ver que foi um parâmetro que se comportou de forma negativa durante a intervenção, não conseguindo atingir as metas propostas devido a muitas dificuldades como foram, áreas de difícil acesso, ausência de transporte para nos deslocar à área de abrangência, alto índice de violência. No caso dos usuários com HAS evoluiu de forma decrescente com 28 usuários faltosos às consultas e só 16 (57,1%) com busca ativa realizada no primeiro mês, no

segundo mês de 40 faltosos, só se realizou busca ativa a 19 (47,5%) no terceiro mês dos 55 faltosos que tínhamos só a 25 (45,5%) foi realizada busca ativa e concluímos a ação programática com 70 faltosos as consultas, e só 30 (42,9%) dos casos realizou-se busca ativa respectivamente. Em relação aos diabéticos, o comportamento deste parâmetro, não tivemos diferença significativa e os dados obtidos dão à noção que a tarefa não foi desenvolvida com a qualidade requerida durante a intervenção e no primeiro mês tivemos 11 usuários faltosos a consultas e só a três (27,3%) realizou-se busca ativa, no segundo mês comportou-se de forma semelhante e só foi realizada a busca ativa a cinco (27,8%) usuários faltosos, no terceiro mês tivemos 22 diabéticos que não assistiram a consulta e só foi realizada a busca ativa a sete (31,8%), culminando a ação programática com 21 faltosos a consulta no quarto mês, com busca ativa a oito (38,1%). A evolução destes indicadores está representada nas figuras 16 e 17.

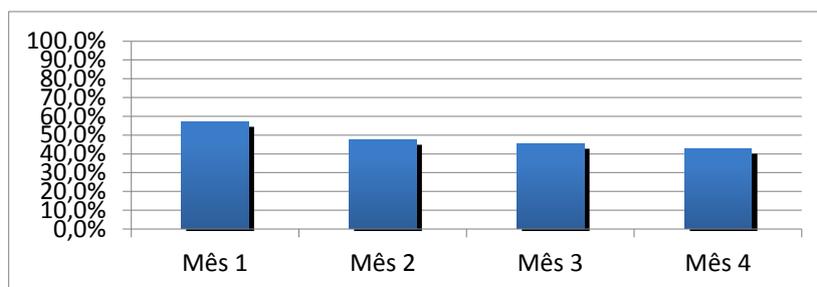


Figura 16. Gráfico da Proporção de usuário com HAS faltosos às consultas com busca ativa na UBS Marabaixo. UFPEL UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

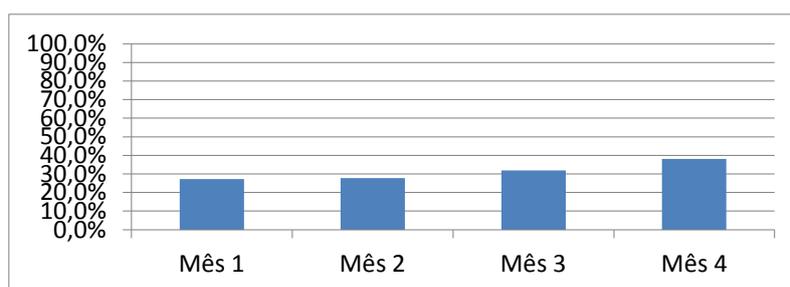


Figura 17. Gráfico da Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

#### **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 usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Esse objetivo foi alcançado através do preenchimento da ficha de acompanhamento de cada hipertenso e diabético cadastrado no projeto. Mostrou uma prevalência média para os usuários com HAS que foi de 87,2%, com mínimo de 86,7% (primeiro mês) e máximo de 87,7% (terceiro mês) e no caso dos diabéticos o indicador se comporta de forma semelhante com uma média de 88,5%, embora o mínimo fosse 86% (primeiro mês) e máximo foi no quarto mês 91,1%, mostrando assim uma evolução crescente durante toda a Intervenção, mas sem conseguir atingir as metas propostas de um 100%.

A evolução deste indicador foi inicialmente de, 85 (86,7%) usuários com HAS e 43 (86%) diabéticos. No segundo mês de 203 (87,7%) usuários com HAS e de 79 (88,8%) diabéticos. Terceiro mês de 292 (87,7%) usuários com HAS e de 96 (80,7%) diabéticos. No quarto mês de 383 (87,0%) usuários com HAS e de 154 (91,1%) diabéticos, representados nas figuras 18 e 19.

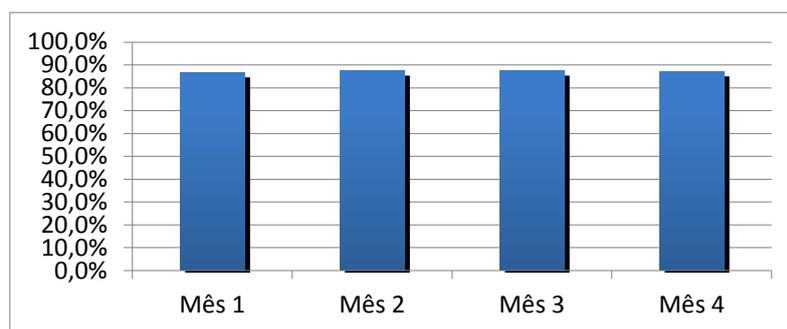


Figura 18. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

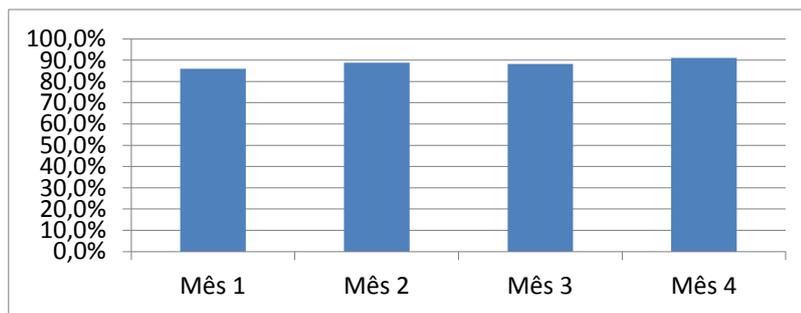


Figura 19. Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

### **Objetivo 5: Mapear usuário com HAS e diabéticos de risco para doenças cardiovascular**

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

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

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

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

Foi uma tarefa que desenvolvemos durante a Intervenção toda e vamos ver que ao final do primeiro mês, o indicador medidor que era a proporção de usuário com HAS e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia mostrou nos usuário com HAS 76,5% (75), este número elevou-se para 84,9% (197) no segundo mês, diminuindo até 83,5% (278) no terceiro mês e concluindo a ação programática com um 84,3 % (371) de usuário com HAS com estratificação de risco cardiovascular segundo Escala de Framingham em dia no quarto mês. Em relação aos diabéticos este indicador nos dois primeiros meses se comporta de igual forma, com 82% (41 e 73 respectivamente) dos usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia, já para o terceiro mês esta cifra decresceu até 80,7% (96), apresentando um acréscimo de 5,7% pontos percentuais chegando a 86,4% (146) no quarto mês, embora o indicador comportasse-se positivamente não atingimos as **metas propostas** devido à grande quantidade de usuários faltosos as consultas. Figura 20 e 21.

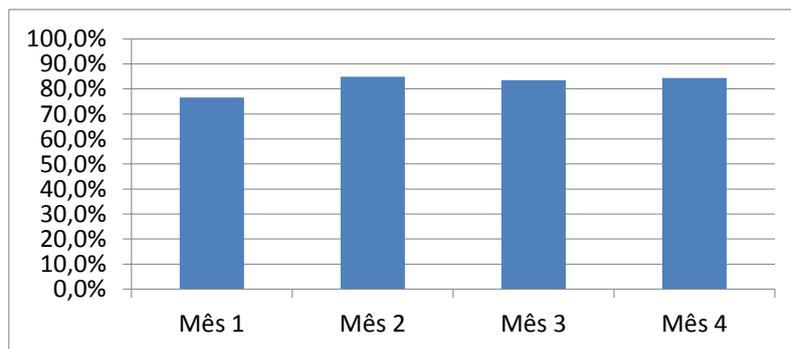


Figura 20. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

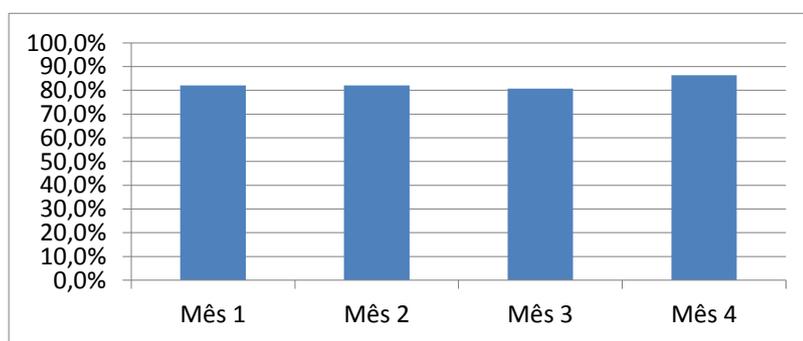


Figura 21. Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

## **Objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e diabéticos.**

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

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

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

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

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

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.4.** Proporção de usuário com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

**Indicador 6.5.** Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

**Indicador 6.6.** Proporção de usuário com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

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

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

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

Durante a Intervenção existiram vários indicadores que respondiam a um mesmo objetivo de Promover a saúde de usuário com HAS, os quais se comportaram de igual forma durante os quatro meses, era a proporção dos usuários com orientação nutricional sobre alimentação saudável, com orientação sobre a prática regular de atividade física, que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, esta semelhança de resultados, pode-se explicar devido a trata-se de orientações comuns que foram realizadas a todos nossos usuários nas consultas e visitas domiciliares, estes indicadores evoluíram de forma crescente e no primeiro mês a proporção de usuário com HAS que receberam todas estas orientações foram de um 91,8% (90), já no segundo mês elevou-se a 97,0% (225), 97,9% (326) no terceiro mês e ao final da intervenção 99,1% (436) de nossos usuários usuário com HAS tinham recebido orientações sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e sobre os riscos do tabagismo, conseguindo atingir desta forma as metas aproximadamente de 100%. Figuras 22, 23, 24.

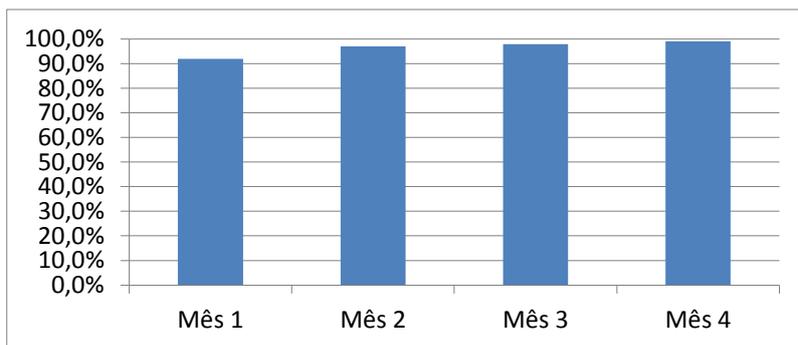


Figura 22. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

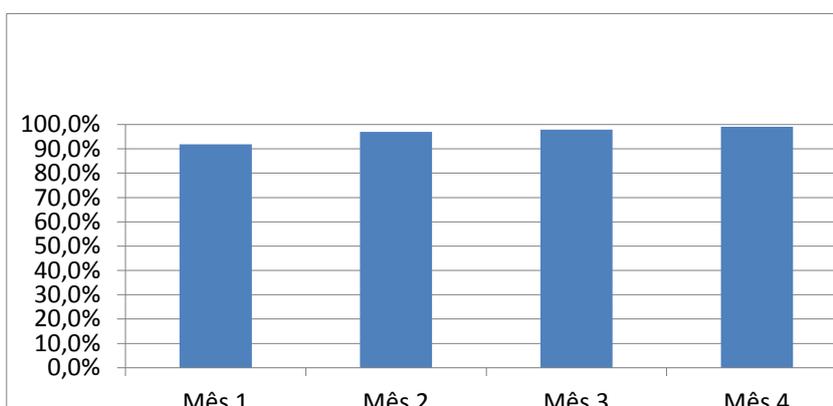


Figura 23. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

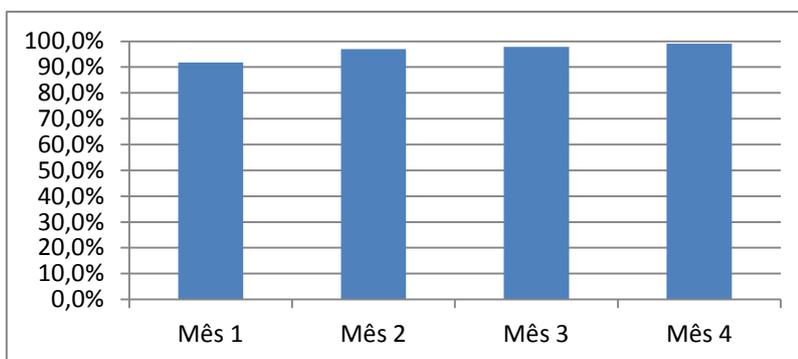


Figura 24. Gráfico da Proporção de usuário com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos usuários diabéticos e respondendo também ao mesmo objetivo, o comportamento não foi muito diferente, mostrando-se a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, com orientação sobre a prática regular de atividade física, e orientação sobre os riscos do tabagismo de igual forma durante a Intervenção toda, foram indicadores que evoluíram positivamente com 96,0% (48) no

primeiro mês, 98,9% (88) no segundo mês, 99,2% (118) no terceiro mês, alcançando o 100% (169) no quarto mês da ação, finalizando a intervenção com a meta proposta de 100%. Figuras 25, 26 e 27.

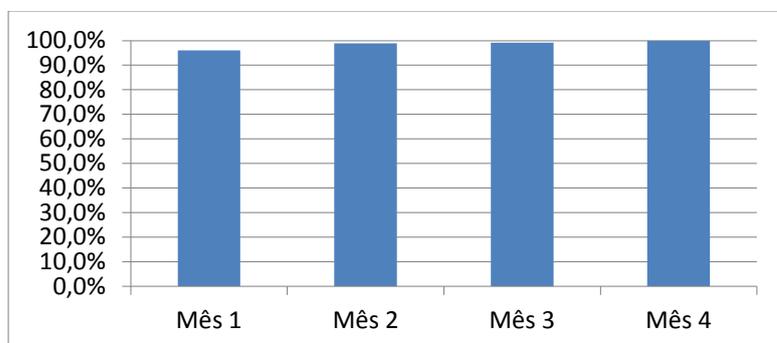


Figura 25. Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

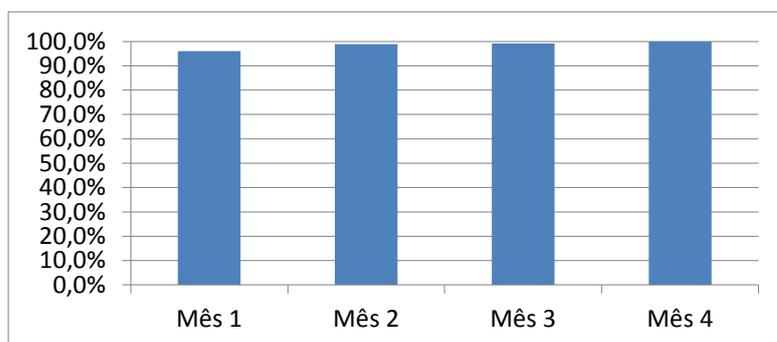


Figura 26. Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

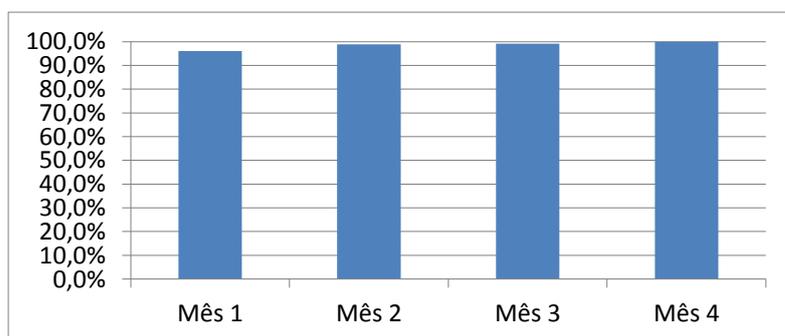


Figura 27. Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Com relação ao **recebimento de orientações sobre higiene bucal**, foi um indicador positivo durante os quatro meses, mantendo-se sempre acima do 90,8% (89 e 48) no em ambos os grupos e alcançando na semana dezesseis da intervenção 98,9% (435) nos usuário com HAS e 100% (169) dos usuários diabéticos, uma das ações que mais contribuíram a atingir a meta proposta de um 100%, foram à realização de ações de saúde repetidas, que converteram- se em uma importante ferramenta durante a ação programática desenvolvida. A evolução destes indicadores está representada nas figuras 28 e 29.

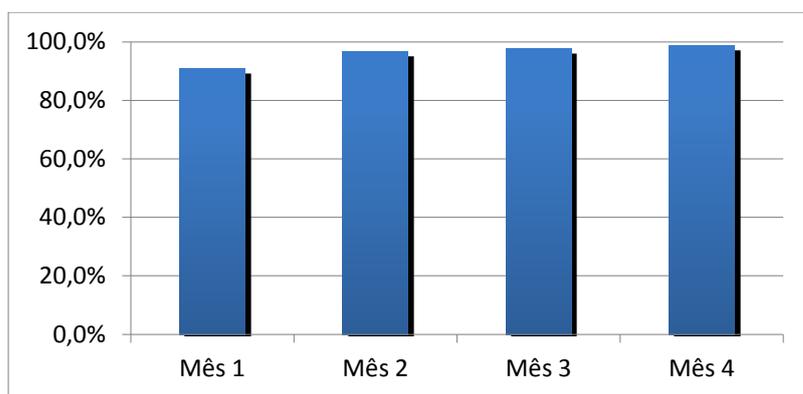


Figura 28. Proporção de usuário com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS de Marabaixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

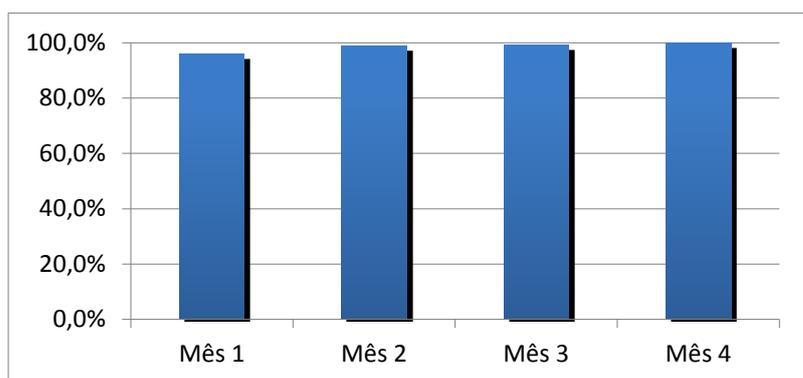


Figura 29. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS de Mara baixo. Macapá/AP, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

## 4.2. Discussão

Antes de começar a Intervenção HAS/DM na UBS de Marabaixo, a atenção prestada aos usuários usuário com HAS e/ou diabéticos baseava-se somente na realização de consultas médicas e de enfermagem, na própria UBS e, às vezes, no domicílio. A maioria destes usuários, apesar de ter recebido atendimento em algum momento, não estava cadastrada no Programa HAS e DM. Não possuíam um prontuário clínico com registro adequado dos procedimentos realizados, com os medicamentos em uso atualizados, realização de exame clínico ou exames complementares em dia de acordo ao protocolo, estratificação de risco cardiovascular. Não tinham um preenchimento adequado das fichas de acompanhamento, não mencionando alguns dos dados importantes que devem ser registrados no prontuário como único instrumento adequado para o registro fiel de informações dos usuários.

Por outra parte algumas atividades educativas eram realizadas, muitas vezes com a colaboração do educador físico na sala de reabilitação da própria UBS, outras com apoio da nutricionista, psicóloga e demais profissionais atuantes na UBS, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão dos usuários ao Programa de HAS e DM.

Após dezesseis semanas de intervenção, conseguiu-se na UBS Marabaixo, uma ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM, uma considerável melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação da estratificação de risco cardiovascular de ambos os grupos.

O trabalho desenvolvido pela equipe durante a Intervenção foi essencial para a realização das ações propostas no projeto e contidas no cronograma da ação programática, e muitas foram às ações que tivemos que desenvolver para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, além disso, a Intervenção exigiu capacitação constante da equipe em temas relacionados com o Protocolo atualizado. Todas estas atividades em conjunto promoveram o trabalho integrado da equipe e outros profissionais da UBS.

A maioria dos membros da equipe foi participativa, embora, apresentávamos algumas dificuldades com os ACS que em um início não entendiam a real importância da atividade, mas depois contribuíram positivamente na mobilização dos usuários para a participação das atividades planejadas mensalmente. Merece destaque o trabalho

desenvolvido durante a ação pelo educador físico, o fisioterapeuta, a nutricionista e a psicóloga e outros profissionais simpatizantes da ação, que junto a nossa equipe organizaram várias ações de saúde com ampla participação comunitária que converteu-se em nossa principal ferramenta de trabalho, conseguindo um impacto muito positivo também em outras atividades no serviço, além disso, conseguimos uma ampla participação dos profissionais nas reuniões e atividades de capacitação, obtendo como resultado a superação profissional do pessoal da saúde participante, um acréscimo considerável na participação comunitária e um melhor planejamento das atividades desenvolvidas na UBS encaminhadas a atender a este grupo prioritário.

Em relação ao cadastramento dos usuários usuário com HAS e/ou diabéticos, foi observado, que muitos usuários apesar de ter recebido consulta em algum momento, não eram cadastrados, ficando os prontuários clínicos desatualizados após consulta. Antes de começar nossa Intervenção as consultas médicas e de enfermagem para usuário com HAS e diabéticos acompanhados na UBS de Marabaixo eram ofertadas em apenas um dia por semana e as atividades de atenção aos mesmos, eram concentradas nos médicos principalmente, diminuindo assim consideravelmente a possibilidade de aderir mais usuários ao Programa; e por outra parte, o grande fluxo de usuários, por realizar o atendimento só um dia. Tornava a atividade muito cansativa, tanto para a equipe quanto para os usuários, podendo atribuir a isso em muitas ocasiões o não cadastramento desses usuários. Depois de começar a implementar nossa ação programática priorizando o grupo e aumentando a oferta de consultas médicas e de enfermagem nos outros dias da semana, realizando consulta na área em locais adaptados durante as ações de saúde planejadas, conseguimos viabilizar a atenção a um maior número de pessoas, percebendo que o atendimento realizado ao hipertenso e/ou diabético ficou menos cansativo, houve um aumento considerável do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar os registros necessários nas fichas espelhos, atualizar corretamente e com mais calma os prontuários médicos, realizando o cadastramento no programa, assim como agendar as consultas dos usuários com HAS e Diabéticos e otimizar a agenda para a atenção à demanda espontânea.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com as ESF na UBS e garante o recebimento de orientações precisas respeito à alimentação saudável, realização regular de atividades físicas, dicas sobre

tabagismo e saúde bucal, além disso, permite o usuário receber os fármacos para o tratamento medicamentoso, por tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar e dos profissionais da saúde em se articular à ação e fazer dela sua rotina de trabalho, como parte do atendimento, além de treinamento específico proporcionado através de capacitações e as reuniões de equipe.

A participação da comunidade e seus líderes na intervenção foram definitivos e de muita importância para pôr em prática as estratégias planejadas e conseguir a efetivação das ações previstas no cronograma de trabalho. Embora ainda a intervenção seja pouco percebida pela comunidade, conseguimos com seu apoio, que nossos usuários usuário com HAS e/ou diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, e que além de solicitar as consultas e nossos serviços para o atendimento clínico, frequentaram encontros mensais programados com o objetivo de realizar atividades educativas. Conseguimos envolver a comunidade na nossa ação, promovendo assim o controle social, participação comunitária e ampliando o conhecimento dos usuários de seus direitos cidadãos, porém geramos alguma insatisfação entre outros membros da comunidade que muitas vezes desconheciam o motivo desta priorização.

Avaliar a adesão ao Programa de todos os usuários usuário com HAS e/ou diabéticos da área de abrangência, conhecer quais estavam com o exame clínico e realização de exames complementares em dia de acordo ao Protocolo, quantos receberam orientações sobre alimentação saudável, realização regular de exercícios físicos, sobre consequências do tabagismo e saúde bucal, a adesão a tratamento médico, e se este era da lista da farmácia popular. Estas ações foram possíveis mediante o preenchimento da ficha espelho e a planilha de coleta de dados, principais instrumentos de pesquisa e monitorização usados na intervenção.

Desta forma, conseguimos avaliar 478 usuários, deles 440 usuários com HAS e 169 diabéticos para um 26,3% e 41,0% de cobertura do Programa respectivamente, mas temos a certeza que esse número pode aumentar, de modo que se estabeleça a Intervenção como rotina das quatro ESF e dos profissionais atuantes na UBS. Devemos reforçar as capacitações, continuar discutindo estratégias de trabalho nas reuniões de equipe ou nos encontros de grupo, e conseguindo também realizar um atendimento médico e de enfermagem de qualidade nas consultas e nas visitas domiciliares. Também teremos que adequar a ficha do usuário com HAS e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os dados necessários que permitam obter os indicadores de qualidade,

que melhorem o registro de informações de nossos usuários, além disso, temos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção do usuário com HAS e diabéticos, em especial os de alto risco, neste sentido está sendo encaminhadas nossas principais ações atualmente.

Quando monitoramos, os medicamentos prescritos para os usuários usuário com HAS e/ou diabéticos, priorizamos os mesmos dos cadastrados na Farmácia Popular, percebeu-se que a prescrição desses medicamentos, embora sejam devidamente realizados pelos médicos da UBS, muitos usuários ainda adquirem esses medicamentos de outras fontes.

A verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca ativa do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo. Tenho que dizer que neste sentido continuamos com muitas dificuldades, já que durante a Intervenção nunca conseguimos realizar a busca ativa a nossos usuários faltosos a consultas e mais de 50% destes usuários não tem realizada busca ativa, tarefa da qual os principais protagonistas são os ACS.

A capacitação da equipe e dos profissionais da UBS, para abordagem adequada dos usuários com HAS e/ou diabéticos, segundo Protocolo atualizado, foi realmente importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo. Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam os outros membros da UBS Marabaixo, são necessárias para qualificar ainda mais o trabalho na UBS, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos usuários com HAS e/ou diabéticos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

Estou a mais de um ano trabalhando na UBS Marabaixo e a adesão dos usuários às atividades educativas realizadas sempre foi uma dificuldade, mesmo havendo inicialmente uma mobilização. Para a realização dos encontros mensais de educação em saúde e atualização sobre temas relacionados com o Protocolo, a mobilização foi realizada através de convite impresso, cartazes na UBS, divulgação oral na UBS e na comunidade com colaboração dos ACS. Embora existam algumas dificuldades, conseguimos que um número considerável de usuário com HAS e/ou diabéticos e profissionais da saúde

participasse das atividades educativas, o que significa um grande avanço, mas acredito que ainda falta muito por fazer e a meta proposta não tem sido alcançada, sendo necessário continuar com o desafio para nossa equipe e a UBS de Marabaixo toda de dar continuidade ao cronograma de encontros previstos mensalmente, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar ainda mais usuários para acabar com o grande subregistro que existe atualmente, melhorando a qualidade de vida destes usuários.

Após dezesseis semanas de intervenção, constatou-se que o objetivo inicialmente proposto, de Melhorar a atenção aos Usuários Portadores de HAS e DM na UBS Marabaixo, Macapá/AP, avaliando a adesão e monitorando a atenção prestada a estes usuários foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, já que a maioria das metas estabelecidas inicialmente, não foi alcançada. Mas houve qualificação da atenção prestada pelos profissionais da saúde na UBS aos usuários usuário com HAS e/ou DM e a Intervenção passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Esperamos que todos nossos profissionais e a comunidade se apropriem da proposta e contribuam com a continuidade e aperfeiçoamento de nossas estratégias, que os Gestores Municipais se articulem na nossa ação e colaborem positivamente para o desenvolvimento do Programa.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento começaria tratando de conseguir uma forte parceria com os Gestores Municipais, realizando uma proximidade mais íntima com eles, facilitando todas as informações coletadas para conhecimento deles, desde a análise situacional, todas e cada uma das ações e estratégias a ser desenvolvidas. Poderíamos ter facilitado muito o desenvolvimento da Intervenção, pois o apoio dos Gestores sempre é imprescindível para desenvolver qualquer ação. Por outra parte acredito faltou conseguir esse apoio também de muitos profissionais na adesão da ação programática, o que poderia ter facilitado a implementação das estratégias. Tenho a certeza que hoje a equipe está integrada, que obtivemos grandes ganhos e acredito que para continuar incorporando a Intervenção à rotina do serviço, teremos que superar incontáveis obstáculos e infinidades de dificuldades, mas posso dizer que contamos com as forças necessárias para desenvolvimento desta tarefa.

Nos próximos meses pretendemos continuar ampliando a cobertura do Programa HAS e DM, usando os instrumentos disponibilizados e continuaremos sempre na procura de novas estratégias que permita-nos caminhar a passo firme e agigantado neste sentido,

acredito também que contamos com a experiência para começar a implementar uma nova ação programática na UBS, que no meu caso próprio estaria relacionada com o Programa de Atenção aos Idosos, pois gosto muito de trabalhar com esta faixa etária.

## **5 Relatório da Intervenção para os Gestores**

A presente Intervenção de HAS e DM. foi desenvolvida durante os meses de setembro a dezembro 2014, utilizando a modalidade de ensino à distância, proposta do Ministério da Saúde, através da Universidade Federal de Pelotas e do Departamento de Medicina Social. O principal objetivo foi capacitar aos profissionais da Estratégia Saúde da Família na atenção aos usuários, e promover o aprimoramento de gestão e de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. A qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a participação comunitária e o controle social, propiciando ao aluno realizar uma ação programática na UBS em que trabalha tratando conteúdos que respondem às necessidades de seu serviço.

Com o presente relatório pretendemos apresentar como foi implementado o Projeto de Intervenção de autoria do médico Yoersy Verdura Del Pino, sobre o tema “Melhoria da Atenção aos Portadores de HAS e DIA na PMM UBS/ESF Marabaixo, Macapá/AP”, UBS situada ao norte, na periferia da cidade de Macapá.

Após realizar a análise situacional, ficou identificado como uns dos problemas mais significativos à baixa adesão dos usuários usuário com HAS e/ou diabéticos acompanhados na UBS Marabaixo ao Programa. Para enfrentar esta situação decidimos realizar uma Intervenção com o objetivo geral de Melhorar a atenção aos Usuários Portadores de HAS e DM. Planejamos ações que foram desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica; que apresentamos a seguir.

Dentro das ações mais representativas desenvolvidas segundo os eixos que integraram o Projeto Pedagógico do Curso, esteve à avaliação da adesão ao Programa dos usuários com HAS e/ou DM, através do cadastramento dos usuários usuário com HAS e DM da área adstrita, pela coleta de dados realizada desde o início até o final da

Intervenção e o acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas de coleta de dados. Além disso, realizamos atividades para garantir um atendimento clínico de qualidade a nossos usuários, garantindo o atendimento multiprofissional dos usuários avaliados como de alto risco e a educação em saúde.

A pesar das dificuldades apresentadas nossa intervenção foi um sucesso, conseguimos cadastrar 440 usuários com HAS e 169 Diabéticos, aumentando consideravelmente a cobertura do Programa, conseguimos iniciar a inserção de nossa ação na rotina do serviço, sendo avaliada como satisfatória pelo resto dos profissionais e possibilitando a construção de vínculos, reforço o autocuidado e da corresponsabilidade do usuário com HAS e diabéticos acompanhados.

Assim, destaca-se no eixo **Organização e Gestão do Serviço**, a efetivação da avaliação da adesão ao Programa, através do cadastramento dos usuários usuário com HAS e Diabéticos da área de abrangência, e a priorização no atendimento clínico dos usuários com estes agravos crônicos, reorganizando a agenda para o atendimento desta demanda, oportunizando e garantindo espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde e locais na UBS para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos). Ofertamos a nossos usuários medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular, oferecemos algumas parcerias para a realização dos exames complementares em outras UBS. Detectamos muitas dificuldades para a realização dos mesmos, devido à escassez de laboratórios da prefeitura e ao elevado custo no serviço privado. Com relação à realização de exames complementares fizemos algumas reivindicações com os gestores municipais, secretaria de saúde, e gestor da UBS, mais não obtivemos ganhos neste sentido, também não conseguimos adquirir o equipamento necessário, assim como manter um sistema de manutenção dos materiais e insumos já existentes, embora realizassem múltiplas sugestões encaminhadas a resolver o problema, nos diferentes níveis.

Observou-se que a maioria dos usuários que não se encontrava aderido ao Programa era resultado de uma desorganização dos atendimentos de nossos profissionais na busca ativa destes usuários, pela não realização da pesquisa ativa na população acima de 20 anos. Encontramos dificuldades relacionadas com a presença de equipamento necessário para tomada da pressão arterial, verificação de hemoglicoteste e de outros materiais para assegurar os seguimentos dos portadores destes agravos crônicos, convertendo-se de alguma forma, em um bloqueio para o correto seguimento.

Relacionado com o eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento dos usuários com HAS e/ou diabéticos no Programa, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que deve ser continuada e exigindo comprometimento e dedicação de todos os profissionais da saúde atuantes na UBS, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

**No eixo Engajamento Público**, ampliamos e continuamos os segmentos nos protocolos de HAS e DM. Garantimos locais na comunidade para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) e de fatores essenciais e promovemos o controle social. Implementamos medidas que priorizaram a educação em saúde para informar sobre a existência do protocolo de HAS e DM. Realizamos importantes ações de saúde ao longo da ação programática com ótimos resultados, permitindo o cadastramento de grande quantidade de usuários usuário com HAS e Diabéticos, realizamos grupos, rodas de conversas para portadores, etc., que propiciaram espaços de aproveitamento de interação com nossos usuários. Falamos com eles sobre alimentação saudável, importância da realização sistemática de exercício físico, dicas sobre tabagismo e saúde bucal entre outros aspetos. Ampliando a participação dos usuários da área de abrangência, estabelecendo, para nossa satisfação, a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários acompanhados pela UBS. Estabelecemos contato com lideranças comunitárias conseguindo o apoio da comunidade para desenvolver nossas estratégias.

No entanto, fica o desafio para todos os profissionais em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro, continuar a captação dos usuários.

**A Qualificação da Prática Clínica** está sendo inserida na rotina da UBS a partir do estabelecimento de um cronograma de capacitações dos profissionais, realizando atividades de educação em serviço, com o objetivo de reforçar o compromisso e as atribuições de cada um dos profissionais e contribuir para um maior conhecimento acerca de temas de interesse coletivo.

Realizou-se a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS/DIA atualizado, acolhimento e outros temas sobre a intervenção, capacitamos a

nossos ACS para realização de busca ativa de usuário com HAS e Diabéticos faltosos, cadastramento e sinais e sintomas.

Na perspectiva de melhorar a adesão ao Programa e solucionar as dificuldades detectadas durante a Intervenção realizaram-se algumas ações; como voltar a capacitação sobre abordagem domiciliar do usuário com HAS e diabéticos especialmente para os ACS, com o objetivo de realizar a pesquisa ativa dos usuários com estes agravos crônicos, isto contribuiu em grande medida para elevar o conhecimento acerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento do usuário com HAS.

Acredito que faz-se muito necessário que a gestores Municipais, Secretarias de Saúde e a Prefeitura, fortaleçam o vínculo com nossas UBS, isto poderia ajudar a qualificar ainda mais nosso serviço, viabilizaria a ampliação da intervenção HAS/DM e facilitaria a implementação de outras ações programáticas com a supervisão da equipe de saúde e voltada às demandas da população.

## **6 Relatório da Intervenção para a Comunidade.**

Com o presente Relatório continuamos o objetivo de mostrar para a comunidade como foi desenvolvida a Intervenção de hipertensão arterial e diabetes Mellitus, de autoria de Yoersy Verdura Del Pino, médico da Unidade Básica de Saúde Marabaixo, situada ao norte, na periferia da cidade de Macapá, na área urbana, embora atendemos setores rurais da população.

Segundo os dados mais atualizados do Sistema de Informação da Atenção Básica consolidados em dezembro de 2013, na nossa Unidade Básica de Saúde atende-se uma população de aproximadamente de 10 978 habitantes, dos quais mais de 50% pertencem ao sexo feminino (5866 hab.). As faixas etárias mais representadas estão compreendidas entre os grupos etários de 16 a 59 anos de idade com aproximadamente um 36 % (3955 hab.). Ao início da Intervenção existiam 238 usuários usuário com hipertensão e 69 diabetes Mellitus cadastrados no Programa.

Após realizar a análise situacional da Unidade Básica de Saúde, realizada ao longo do Curso de Especialização em saúde da Família, identificou-se que um dos problemas de mais envergadura enfrentados era a baixa adesão dos usuários ao Programa de hipertensão e diabetes Mellitus. Diante disso, planejou-se uma ação programática para melhorar a adesão ao Programa do usuário com hipertensão e diabetes Mellitus acompanhados na Unidade Básica de Saúde. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

- ✓ *Reprodução do protocolo, pactuação e garantia do registro.*
- ✓ *Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto da Intervenção e da ficha espelho e planilha de coleta de dados que seria utilizado a para verificar como estava a adesão ao Programa.*

- ✓ *Organização da capacitação dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde sobre o protocolo de hipertensão/ diabetes Mellitus atualizado, abordagem domiciliar, acolhimento e temas sobre a intervenção, para estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.*
- ✓ *Discussão de temas relacionados com a logística, a realização de encontros mensais com o usuário com hipertensão e/ou diabetes Mellitus, e a reprodução de materiais.*
- ✓ *Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para realização de busca ativa de usuário com hipertensão e diabetes Mellitus faltosos, cadastramento e sinais e sintomas.*
- ✓ *Organização das agendas dos profissionais. Controle de medicamentos e insumos, manutenção dos mesmos.*
- ✓ *Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações dos profissionais.*
- ✓ *Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas.*
- ✓ *Cadastramento dos usuários usuário com hipertensão e/ou diabetes Mellitus da área adstrita com avaliação da adesão ao Programa.*
- ✓ *Monitoramento da intervenção e dos usuários usuário com hipertensão e/ou diabetes Mellitus quanto ao cadastramento no Programa e registro atualizado no prontuário.*
- ✓ *Contato com lideranças comunitárias e solicitação de apoio à comunidade para desenvolver as estratégias que seriam implementadas e realizadas, com a consequente mobilização dos usuários com hipertensão e/ou diabetes Mellitus e familiares para a participação na intervenção.*
- ✓ *Realização de atividades educativas (Grupos, rodas de conversa, etc.) voltadas a melhorar a adesão ao Programa e formação de grupo para educação em saúde.*
- ✓ *Atendimento clínico do usuário com hipertensão e diabetes Mellitus.*
- ✓ *Busca ativa do usuário com hipertensão e diabetes Mellitus faltosos às consultas.*
- ✓ *Controle do estoque e medicamentos.*

Como resultado da Intervenção, observou-se que uma parte considerável dos usuários usuário com hipertensão e/ou diabetes Mellitus, não se encontrava aderido ao Programa, na tentativa de melhorar essa adesão, muitas foram às ações desempenhadas durante as dezesseis semanas que durou a ação programática; foram realizadas várias atividades com participação de um grande grupo de profissionais, como nutricionista, fisiatra, educador físico, psicóloga, nossa equipe toda e os simpatizantes da Intervenção, realizaram-se encontros com usuários e familiares.

Nestes encontros foram colocadas em prática ações encaminhadas a melhorar a adesão ao Programa, abrangendo também o debate de temas relacionados com alimentação saudável, realização de exercícios físicos, consequências do tabagismo, saúde bucal, entre outros temas. Nesses encontros apresentamos vídeos educativos sobre os temas mencionados anteriormente, oportunizaram-se debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Após dezesseis semanas de intervenção, constatou-se que o objetivo inicialmente proposto, de Melhorar a Atenção aos Usuários Portadores de hipertensão e diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde, avaliando a adesão ao Programa e monitorando a atenção prestada a estes usuários foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, já que a maioria das metas estabelecidas inicialmente não foi alcançada, mas houve qualificação da atenção prestada pelos profissionais da saúde na UBS aos usuários usuário com hipertensão e diabetes Mellitus e a Intervenção passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Acredito que a comunidade ganhou muito com a intervenção e conseguimos que nossos usuários usuário com hipertensão e/ou diabetes Mellitus demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, conseguimos pôr em pratica o controle social, a participação comunitária e ampliamos o conhecimento dos usuários de seus direitos de cidadãos, reforçamos a aliança com a comunidade e seus líderes e conseguimos começar a incorporar a Intervenção à rotina do serviço. Esperamos que todos nossos profissionais e a comunidade se apropriem da proposta e contribuam com a continuidade e aperfeiçoamento de nossas estratégias e que os Gestores se articulem na nossa ação e colaborem positivamente para o desenvolvimento do Programa de hipertensão e diabetes Mellitus.

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

Desde o começo do curso tive muitas expectativas, pois sempre tive a certeza de que com as reflexões e troca de experiências de tantos profissionais, aprenderia muito e reforçaria meus conhecimentos em Saúde da Família, além disso, sabia que nos permitiria conhecer em profundidade aspectos importantes do Sistema de Saúde, suas riquezas e complexidades, fortalezas e debilidades. Desde o início tive a certeza de que tratava-se de um programa muito completo e bem concebido, com objetivos bem definidos de qualificar o desempenho e aumentar a efetividade das ESF, permitindo a todos os profissionais atingir determinados objetivos educacionais, balizados pela necessidade social de ampliar a qualidade do atendimento à saúde dos cidadãos; além disso, sabia que permitiria a nossos profissionais atuar com uma maior visibilidade e protagonismo na geração de mudanças em nossas equipes, realizando uma atenção qualificada e oportuna com uma melhor utilização do método clínico.

Porém, inicialmente visava principalmente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família; depois as aulas iniciaram, conheci a minha orientadora, Linda Cristina Sangoi Haas, e o Ambiente Virtual de Aprendizagem, me familiarizei com ele, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprendizado de novos conteúdos, e realmente fiquei maravilhado; já o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo, compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas, minhas e do resto dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para muitos outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores.

Ao longo do curso enfrentei muitas dificuldades, às vezes, com os profissionais da UBS, outras com os gestores, com as condições estruturais da Unidade, ausência de locais para desenvolver as atividades de nosso dia a dia, déficit de medicamentos etc.

Muitas vezes ficamos cheios de raiva por ter a vontade e não poder realizar tarefas por causas que não dependiam de nossa pessoa, mais nunca pensamos em desistir e com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha orientadora e da UFPEL, consegui continuar o curso e realizar minha Intervenção de HAS/DM.

Tinha a certeza que realizar a Intervenção não seria tarefa fácil, e apresentamos infinidades de dificuldades durante a ação em seguir o cronograma concebido, muitas vezes pela existência de outras demandas da UBS e outras porque simplesmente a intervenção ficava no segundo plano frente aos problemas pessoais e outras dificuldades, mais considero obtivemos muitos ganhos e a Intervenção foi um sucesso e hoje estamos conseguindo inseri-la, na rotina de funcionamento da UBS.

Hoje agradeço muito ter sido selecionado para realizar este curso de especialização, que contribuiu em grande medida na minha superação profissional.

O presente curso de especialização em saúde da família significou muito para minha superação como profissional da saúde, adquiri e reforcei meus conhecimentos em Saúde da Família, além disso, permitiu-me conhecer em profundidade aspectos importantes do Sistema de Saúde, ajudou-me atuar com uma maior visibilidade e protagonismo na geração de mudanças na minha equipe com o objetivo de realizar uma atenção, mas qualificada e oportuna com melhor utilização do método clínico, proporcionou novos espaços que permitiram interagir com nossos usuários usuário com HAS e Diabéticos acompanhados na UBS, acercando-nos mais à comunidade, conhecendo suas condições de moradia, suas preocupações e dúvidas, discutindo, refletindo e resolvendo muitos problemas que estavam nas nossas mãos.

Para mim os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso estiveram em relação com o conceito da atenção básica e saúde da família, a demanda espontânea e programada e suas diferenças, a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, e o planejamento das ações em saúde.

Apreendi neste curso que a saúde familiar e atenção básica, além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, têm que se constituir numa porta aberta capaz de dar respostas positivas a todos nossos usuários, que não pode-se tornar simplesmente em um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. Que o acolhimento como primeiro contato com o usuário de saúde, tem que constituir um ato de vital importância em nosso atuar cotidiano como profissional da

saúde, que é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, que pode acontecer de formas variadas como a demanda espontânea que é o acolhimento a aqueles usuários que procuram o serviço de saúde sem agendamento prévio, em busca de atendimento médico. Esclareceu muitos conceitos relacionados com os termos de demanda espontânea, diferente da demanda programada que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Além disso, este curso permitiu-me compreender que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados consolidados relacionados com as principais necessidades da população assistida, com o objetivo de poder definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para promover um impacto no processo saúde-doença da população.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária compreender todas e cada uma das atribuições dos profissionais, definindo-as sempre, para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos usuários.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[Http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR\\_2011](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011)>.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. **J. Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am. J. Hypertens.**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde

**Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37.).

**Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 250-253, nov./dez. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

**Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A.A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. **Hipertensão.** 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NILSON, E. A. F. et al. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 4, p. 287-292, out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. **Dez passos para alimentação saudável para pessoas com HAS**. Belo Horizonte: [s.n.], 2012.

FAGARD, R. H.; CORNELISSEN, V. A. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.** [S.l.], v. 14, n. 1, p. 12-17, fev. 2007.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Vasc Health Risk Manag.** [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

CONRADO, V. C. L. S. et al. Avaliação do risco cardiovascular para procedimentos odontológicos. In: **Cardiologia e odontologia: uma visão integrada**. São Paulo: Editora Santos, 2007. p. 283-293.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf)>.

BAHIA, L. R. et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. **Value Health**, [S. l.], v. 14, n. 5, Suppl. 1, p. S137–140, 2011.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema Hiperdia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília: 2010.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. ed. Itapevi: A. Araujo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09\\_final.pdf](http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf)>.

GROSS, J. L. et al. Effect of antihyperglycemic agents added to metformin and a sulfonylurea on glycemic control and weight gain in type 2 diabetes: a network meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 154, n. 10, p.672–679, 2011.

Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 32, n. 1, p. 193–203, 2009.

KENGNE, A. P. et al. The Framingham and UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY risk equations do not reliably estimate the probability of cardiovascular events in a large ethnically diverse sample of patients with diabetes: the Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron-MR Controlled Evaluation (ADVANCE) Study. **Diabetologia**, [S.l.], v. 53, n. 5, p. 821–831, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA;  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **DIABETES MELLITUS:**  
Recomendações Nutricionais. [S.l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2005a (Projeto Diretrizes). Disponível em:  
<[http://www.projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/11-DiabetesR.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/11-DiabetesR.pdf)>.

COLBERG, S. R. et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, n. 12, p.e147–167, 2010.

UMPIERRE, D. et al. Physical activity advice only structured exercise training and association With HbA1C levels in type 2 diabetes – A sistematic review and meta-analysis. **JAMA**, [S.l.], v.305, n. 17, p. 1790-99, May 2011.

## **Apêndices**



## **Anexo**

## Anexo A – Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (planilha eletrônica).

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
	6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.





## Anexo D- Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profa Ana Cláudia 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

