

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



**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários portadores de
Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Cid
Santana, Mazagão/AP**

Dayamí Llanes Pulido

Pelotas, 2015

Dayamí Llanes Pulido

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Cid Santana, Mazagão/AP

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

Orientadora: Pâmela Ferreira Todendi

Co-orientadora: Teresinha Weiller

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

P981m Pulido, Dayami Llanes

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Cid Santana, Mazagão/AP / Dayami Llanes Pulido; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a); Teresinha Weiller, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho ao meu esposo e a minha família que apesar de estar longe nestes momentos, sempre estão presentes em meu coração.

Agradecimentos

A todos os professores, orientadores e minha equipe de saúde, que me apoiaram no transcurso de toda a Intervenção.

Resumo

LLANES PULIDO, Dayamí. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, na UBS Cid Santana, Mazagão/AP**. 2015. 84f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A diabetes e hipertensão arterial são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e são importantes nos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renais crônicos submetidos à diálise. O projeto de intervenção foi desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família da unidade Básica de Saúde Dr. Cid Santa no Bairro Olaria de Mazagão/AP. O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde da pessoa portadora de Hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. O caderno de ações programáticas estima 644 pessoas acima de 20 anos, portadores de Hipertensão em nossa área. Dessas, apenas 470 são atualmente acompanhadas, o que representa 73%. O (CAP) estima 184 pessoas acima de 20 anos, portadores de Diabetes em nossa área. Dessas, apenas 86 são atualmente acompanhadas, o que representa 47%. Isto revela que a atenção para este grupo está muita abaixo das expectativas dos SUS, e reflete nos indicadores de qualidade da atenção. Participaram na intervenção 515 pessoas portadoras de Hipertensão arterial sistêmica e 32 portadores de Diabetes mellitus, com idades acima de 20 anos. Os dados provenientes das consultas, visitas domiciliares e ações educativas, foram registrados na ficha espelho e na planilha de coleta de dados. A intervenção ocorreu no período de quatro meses. Foram cadastradas 80% e 79,9% das pessoas portadores de Hipertensão e diabetes, respectivamente da área de abrangência. E obteve-se 100% em todos indicadores de qualidade relacionados à promoção de saúde. A intervenção teve importância para a comunidade porque obteve um aumento na cobertura de atenção à saúde das pessoas portadoras de Hipertensão e diabetes. As pessoas cadastradas ficaram muito satisfeitas e sentiram melhorias no seu estado de saúde. Para o serviço a intervenção foi importante porque conseguimos incorporar novos instrumentos de trabalho, que facilitaram um melhor desenvolvimento na hora de realizar o registro, os agendamentos e a avaliação de riscos. Organizamos os prontuários e fichas espelhos além de obter uma melhor organização no fluxograma dos mesmos. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção de um maior número de pessoas. Conseguiu-se aperfeiçoar a agenda para cobrir efetivamente a atenção à demanda espontânea. Para a equipe foi muito enriquecedor, o trabalho fluiu em um ambiente integrado, harmonioso, pois, favoreceu a união entre a Médica, Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, Agentes de saúde e os profissionais da recepção. Aumentou o nível de conhecimentos sobre estas doenças nos membros da Equipe, bem como, introduziu uma nova metodologia de trabalho a qual poderá ser usada nas demais ações programáticas em execução pela equipe no território.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1.	Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	50
Figura 2.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	51
Figura 3.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	52
Figura 4.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	52
Figura 5.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	53
Figura 6.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	54
Figura 7.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	55
Figura 8.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	56
Figura 09.	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológica da UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	57
Figura 10.	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	57
Figura 11.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	59
Figura 12.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	59
Figura 13.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	60
Figura 14.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	61
Figura 15.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	62
Figura 16.	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	63
Figura 17.	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	63
Figura 18.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	65
Figura 19.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	65

Figura 20.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	66
Figura 21.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	67
Figura 22.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Ensino de educação à distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
RCV	Risco Cardiovascular
Rx	Radiografia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

.....	10
1. Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
.....	17
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.3 Metodologia	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma	45
3 Relatório da Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
.....	50
4 Avaliação da intervenção	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão	67
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	73
Referências	74
Apêndices	75
Anexos	79

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica de uma Unidade Básica de Saúde do município de Mazagão, Amapá, visando à melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

A análise estratégica viabilizou a realização do projeto de intervenção, em consonância com a necessidade detectada através da ação programática para a atenção à saúde das pessoas portadoras de Hipertensão ou diabetes.

O relatório da intervenção possibilitou dar visibilidade à intervenção realizada através das ações que foram ou não realizadas bem como as dificuldades encontradas, e a possibilidade de incorporar a intervenção na rotina da UBS.

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

A reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem aborda o que o curso nos proporcionou: o desenvolvimento de trabalho em relação às nossas expectativas iniciais, o significado do curso para nossa prática profissional, e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade de Saúde (USB) Cid Santana, localizada no bairro de Olaria tem uma população de 3.657 pessoas. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

As instalações são compostas de um consultório clínico que possui um consultório com uma cadeira, uma maca, uma mesa ginecológica, uma lixeira de residuais biológicos e uma lixeira de residuais comuns. A sala de curativos está composta por um carro de curativos, um armário para medicamentos e um para material estéril, uma maca para a realização de curativos, uma maca para observação, um haste de soro, também conta com escritório, uma cadeira, uma lixeira de residuais biológicos e uma lixeira de residuais comuns.

Não possuímos na equipe motorista e da mesma forma, não possuímos laboratório clínico (não tem auxiliar de laboratório). A equipe de trabalho se reúne mensalmente para uma reunião ordinária onde se planejam as atividades do mês, em caso de existir algum problema de saúde que tenha que discutir convoca-se a

reunião extraordinária. A equipe de saúde realiza atividades educativas de prevenção e promoção de saúde nas escolas e nas visitas domiciliares, sempre tomando temas de interesse coletivo como, por exemplo, doenças de transmissão sexual, Tuberculose, HIV, Hanseníase. As pessoas da área são em sua maioria trabalhadores da agricultura e da pesca, com baixo nível educacional, com um alto índice de analfabetismo tanto umas pessoas adultas como em menores, apresentam maus hábitos higiênicos dietéticos.

As principais causas de morte são doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias, nossa área conta com três escolas, 20 comércios, e 6 igrejas, os habitantes assistem com frequência as igrejas. Importante considerar as condições estruturais da unidade básica, já que se encontra em muito mal estado, os aparelhos de ar condicionados e a porta principal estão danificados. Não existe porta para a consulta medica o que afeta diretamente a privacidade das pessoas, não existe um negatoscópio para examinar os Raios-X, não há lençóis ou toalhas para quando o médico examine as mulheres. A área até o momento tem um total de 3.657 habitantes, sendo 470 pessoas portadoras de Hipertensão arterial (HAS), 86 portadores de Diabetes (DM), 47 crianças de zero a um ano, 636 mulheres entre 25 e 64 anos e 173 idosos. As consultas de toda a população são agendadas diariamente tanto para a área terrestre como a área que pertence à região ribeirinha. Também dentro das atividades da equipe de saúde estão programadas visitas domiciliares às casas localizadas na área terrestre rural e ribeirinha. A região ribeirinha tem 45 famílias cadastradas, mas, com maior risco de doença infecto contagiosa pelas condições de vida que apresentam.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Dr. Cid Santana, está localizada no município de Mazagão, com um total de 18.739 habitantes (IBGE, 2012). No município tem 30 UBS todas com equipe de saúde da família. Nestas tem 4 médicos gerais e uma unidade mista também com dois médicos. Na nossa UBS contamos com duas equipes da estratégia da saúde da família (ESF), NASF e CEO. Nos últimos três meses já não disponibilizamos de atenção especializada em ginecologia. Os casos mais complexos ou urgentes são encaminhados para os hospitais dos municípios vizinhos. Contamos com exames complementares básicos como hemograma, urina,

fezes, malária, dengue e teste rápido de HIV, Hepatite B e VDRL, os quais são realizados na unidade mista. A UBS atende área urbana, área rural e ribeirinha.

A ESF está composta por um médico, um enfermeira, uma dentista, um técnico de enfermagem e três ACS. Quanto à estrutura física, está estruturada por uma sala de consulta médica com banheiro, uma sala de enfermagem com um banheiro, uma sala de curativos, uma sala de odontologia, uma sala de eletrocardiograma, uma sala para as consultas do NASF (psicologia, assistência social e nutrição), uma sala de reuniões, uma cozinha, uma sala para a triagem, uma sala de recepção e arquivo dos prontuários, uma sala de vacinação, uma sala para fazer as teste rápido do HIV, VDRL, Hepatite B, dois banheiros.

Em relação aos materiais e equipamentos observa-se que falta negatoscópio, cadeiras de rodas, lençóis, toalhas, ar condicionado e materiais estéreis. Entretanto, uma parte importante dos problemas especificados está fora de nossa governabilidade, depende do envolvimento do gestor municipal.

Quanto às atribuições da equipe de saúde, são realizadas atividades educativas com adolescentes, grávidas, HAS, DM, adultos e visitas domiciliares com o objetivo de promover estilo de vida saudável, informações sobre medidas higiênicas e sanitárias para a prevenção de enfermidades transmissíveis como dengue, malárias, tuberculose, Hanseníase e DST. Existem limitações quanto à realização de muitas atividades por falta de recursos humanos e materiais.

Na área de abrangência da UBS, temos cadastradas 453 famílias, com um total 3.657 habitantes, sendo 470 com HAS, 86 com DM, 47 crianças de zero a um ano, 636 mulheres entre 25 e 64 anos e 173 idosos.

As consultas são agendadas diariamente tanto para a área terrestre como ribeirinha, ressaltamos que das 453 famílias cadastradas, 45 (9,93%) são pertencentes à zona ribeirinha. A área ribeirinha apresenta maior risco de enfermidades infecto contagiosas pela inexistência de água tratada, sistema sanitário de esgoto assim como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

As consultas não são agendadas, mas todos os usuários que chegam a UBS são atendidos por demanda espontânea, o que, no caso de nossa região, pode ser considerado positivo, pois todos que chegam são atendidos rapidamente independentemente de sua patologia, não necessitando esperar. O problema está no seguimento, principalmente, os que apresentam doenças crônicas.

Em relação às crianças de acordo com o protocolo do MS devem ser feitas 7 consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º mês e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (Brasil, 2012). Segundo o caderno de ações programáticas (CAP) temos uma estimativa de 77 crianças de zero a um ano na área de cobertura da nossa UBS, das quais apenas 47 (61%) são acompanhadas por nosso serviço. Alguns indicadores de qualidade tais como o teste do pezinho até os 7 dias, primeira consulta nos primeiros 7 dias, triagem auditiva, monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta, vacinação em dia, avaliação de saúde bucal, orientações sobre aleitamento exclusivo e prevenção de acidentes estão em 100%. As consultas em dia segundo protocolo do Ministério da Saúde apresenta 96% (45 crianças), há 26 crianças (55%) com atraso em mais de 7 dias da consulta agendada.

Ressalta-se que ocorre alta ocorrência de ausências às consultas de puericultura, por isso realizamos a busca ativa por meio das visitas domiciliares. Neste atendimento ou nas visitas domiciliares são realizadas as ações de incentivo ao aleitamento materno e a vacinação infantil, orientação da importância da higiene pessoal e da moradia e outros temas relevantes. A UBS não apresenta registros dos lactantes existentes na área, o que, de certa maneira prejudica o acompanhamento.

A mortalidade infantil e materna são problemas importantes de saúde pública e necessitam de uma maior atenção por parte das equipes com a captação precoce das gestantes e acompanhamento e monitorização dos recém-nascidos.

O indicador de cobertura relacionado ao pré-natal está abaixo do esperado com 20 (36%) gestantes acompanhadas segundo o CAP. Analisando os indicadores de qualidade da atenção pré-natal encontramos: captação precoce das gestações no primeiro trimestre com 80%; consulta em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde com 85%; exame ginecológico por trimestre, 75%; e, por último, avaliação de saúde bucal com 60%. Quanto à cobertura do puerpério também está baixa com apenas 36% de cobertura, ou seja, apenas 28 puérperas são acompanhadas, mas, o CAP estima que tem 77 puérperas. Sendo assim consideramos que, deveria melhorar a captação das gestações no primeiro trimestre, mediante a divulgação de informações as mulheres em idade fértil, além

de realizar um melhor seguimento com atividades educativas para promover métodos anticoncepcionais e o planejamento familiar nos adolescentes.

Em relação com o seguimento pré-natal na unidade na primeira consulta são preenchidas todas as informações no prontuário e seu cartão da gestante, assim como são solicitados os exames de rotina de acordo com o protocolo do MS e de acordo com as necessidades de cada paciente. As gestantes também são orientadas e encaminhadas ao setor de vacinação para controle. O seguimento se realiza de acordo ao protocolo de pré-natal do Brasil, o qual indica como mínimo 7 consultas em toda a gestação, uma consulta mensal até as 34 semanas, quinzenal das 34 até as 36 semanas, depois das 36 semanas é semanal e o puerpério se estende do parto até os 42 dias.

As gestantes, as puérperas e os lactantes não apresentam um registro específico, também existe grande dificuldade com as gestantes que são fora de área já que não podemos realizar as visitas programadas, o que, muitas vezes perdemos o acompanhamento da puérpera e do recém-nascido.

Com relação à atenção à saúde da mulher, na unidade as mulheres realizam a prevenção do câncer de útero e de mama, de acordo com as faixas etárias preconizadas pelo protocolo do MS (Brasil, 2006). São acompanhadas 636 mulheres de 25 a 64 anos e 160 entre 50 e 69 anos. De acordo com o CAP há na área de abrangência 776 mulheres de 25 a 64 anos, logo a cobertura é de 82% (controle do câncer de útero), enquanto há 160 mulheres entre 50 e 69 anos, logo a cobertura é de 56% (controle do câncer de mama). Não temos um registro completo com o número de mulheres com exames positivos ou em tratamento. Assim como, os resultados dos exames citopatológicos do colo de útero podem atrasar mais de um ano.

Realizamos constantemente orientações sobre a importância da prevenção do câncer do colo do útero e sobre as doenças de transmissão sexual. Temos 89% de exames coletados de amostras satisfatórias e apresentamos um baixo índice de exames coletados com células representativas escamo colunar. Mas, precisa melhorar a coleta e armazenamento estatístico da informação para oferecer um melhor seguimento das mulheres de nossa área de saúde. Como estratégia oferecemos realizar uma pesquisa geral de todas as mulheres da área que tenham estas idades e elaborar um documento com todos os dados necessários para lhe dar

um melhor seguimento às mesmas. Observando os dados expostos concluímos que estamos muito aquém dos por objetivos propostos pelo SUS.

O mesmo problema da falta de registros pode ser referido aos usuários com HAS e DM em nossa unidade. Utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) para esta ação prioritária. Em relação aos casos de HAS em maiores de 20 anos quando chegam à unidade são recebidos pelo pessoal encarregado de acolher, verifica a pressão arterial (neste caso de todos os usuários que chegam à unidade) como ação de pesquisa ativa desta doença, e são encaminhados para a consulta onde é recebido pelo médico de saúde comunitária, são examinados e se realiza uma consulta completa. Além disso, são revisados os exames se tiverem feito. Nessa consulta também se orienta sobre a dieta e as atividades física que podem realizar para melhorar sua saúde, e, são encaminhados aos diferentes especialistas como nutricionista, oftalmologista e cardiologista. Nas visitas domiciliares também realizamos bate-papos educativos sobre a importância de frequentar periodicamente à consulta para saber como se está comportando sua saúde.

O CAP estima 644 pessoas acima de 20 anos, com HAS em nossa área. Dessas, apenas 470 são atualmente acompanhadas, o que representa 73% nesta população. O CAP estima 184 pessoas acima de 20 anos, com DM em nossa área. Dessas, apenas 86 são atualmente acompanhadas, o que representa 47% nesta população. Isto revela que a atenção para este grupo está muita abaixo das expectativas dos SUS, e reflete nos indicadores de qualidade da atenção. Alguns desses indicadores apresentam 66%, entre eles: Com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. Os indicadores de qualidade relacionados à orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável estão em 100%. Porém, outros indicadores como: avaliação de saúde bucal em dia, a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, e a avaliação de exames complementares periódicos em dia, ainda não estão sendo cumpridos.

Em relação à atenção ao idoso utilizamos o protocolo do MS (Brasil, 2013). Encontramos que dos 188 estimados no CAP para a área de abrangência, 173 (92%) são acompanhados. Ainda falta muito trabalho para realizar com este grupo já

que nem todos os indicadores de saúde avaliados estão com pelo menos 50%, tais como: Realização de Avaliação multidimensional rápida (46%), avaliação de risco para morbimortalidade (19%), Investigação de indicadores de fragilização na velhice (19%) e Avaliação de saúde bucal em dia (5%).

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

Refletindo a respeito das mudanças que aconteceram em nossa UBS, desde a elaboração do texto inicial até o relatório da análise situacional podemos mencionar que não são notáveis. Logo só destacar que a partir de nossa experiência no trabalho da unidade obtemos um maior conhecimento da situação de saúde de nossa área, e maior domínio dos indicadores.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Este trabalho é importante para nossa unidade, pois estas doenças possuem alta prevalência no Brasil, conforme descreve o protocolo do MS (2013): “A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares”. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. “A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo” (BRASIL, 2013).

“O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo”. (BRASIL, 2013). No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo viciosos da pobreza e da exclusão social.

No Brasil, o DM junto com a HAS, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renais crônicas submetidos à diálise (BRASIL, 2013). É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Nossa UBS está composta estruturalmente por: uma sala para realizar teste rápido do HIV, VDRL e Hepatite B, contamos com uma sala de odontologia, uma sala de medicina, uma sala para o diretor da unidade, uma sala para o arquivo dos prontuários, uma sala de recepção, dois banheiros para usuários, uma sala de medicamentos, uma sala de vacinação, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos, uma sala para as consultas do NASF, um salão de reuniões, uma sala para eletrocardiograma e uma cozinha.

A equipe neste momento está composta por um médico geral, uma enfermeira e 4 ACS. A UBS é responsável por 7.953 pessoas moradoras na área de abrangência, mas, na área que corresponde à equipe de saúde até o momento tem 3.657 habitantes, com 453 famílias cadastradas, sendo 470 pessoas portadores de Hipertensão, 86 portadores de Diabetes, 47 crianças de zero a um ano, 636 mulheres entre 25 e 64 anos e 173 idosos. Observamos que para uma população pequena existe grande quantidade de pessoas com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, além disso, muitas ainda não são cadastradas. Por isso acredito que é importante realizar este trabalho de intervenção na comunidade.

A população de área é uma população pobre, carente de recursos, apresentando em sua grande maioria desnutrição, doenças crônicas e

transmissíveis, muitas relacionadas a pouca cultura higiênico sanitária e ao sub nível cultural dos mesmos. Apresentam um alto índice de desemprego e analfabetismo.

Existe uma cultura muito forte com relação às diferentes religiões praticadas. Posso dizer que devido à bolsa família muitas crianças frequentam a escola, o que proporciona uma grande ajuda para elas e seus familiares. Em relação à população que se atende na unidade que não pertencem à mesma, as condições são similares, mas, estão um pouco mais necessitados da assistência médica já que são pessoas que vivem em regiões ribeirinhas nos quais não têm unidades de saúde e quando procuram um médico por alguma doença em específico têm que viajar até 12 horas de caminho; estes ao chegar à unidade têm preferência.

A atenção de saúde prestada a esta população por parte dos trabalhadores da unidade é muito boa, com a qualidade e o profissionalismo que requer para trabalhar no setor da saúde.

A intervenção que vamos realizar irá contribuir no controle das pessoas portadores de Hipertensão e diabetes, além disso, esperamos alcançar 80% de usuários cadastrados. Neste projeto vamos intervir toda a equipe de saúde, cada um com uma ação determinada a realizar, para assim viabilizar o trabalho. Existem dificuldades e limitações que podem interferir no processo como a falta de um transporte para chegar a todos os lugares que se encontrem estes usuários, a não existência de um registro atualizado onde se possa determinar a quantidade real de pessoas, não existe uma equipe de especialistas com os quais se possam discutir os casos; não existe um laboratório clínico onde os usuários possam realizar os exames de rotinas necessários para avaliar seu estado atual de saúde. Para poder viabilizar este trabalho vamos contar com cada um dos integrantes da equipe de saúde, além disso, conversar diretamente com o usuário lhe explicando as dificuldades existentes para assim poder chegar a um acordo com ele, primeiro para que me ajude a realizar esta intervenção e segundo para que não lhe afete nem sua saúde e nem sua economia, já que em sua maioria são pobres e não vai ter dinheiro para realizar tudo o que se necessita. Acredito que esta intervenção vai ajudar muito à população já que quero contribuir com o estilo de vida saudável, e que eles conheçam sua doença e assim a possam controlar e diminuir o índice de prevalência destas enfermidades.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cid Santana do município de Mazagão/AP.

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Cid Santana, no Município de Mazagão/AP. Participarão da intervenção as pessoas com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão arterial sistêmica (644 usuários) e/ou diabetes mellitus (184 usuários). As ações a serem desenvolvidas atingirão um conjunto importante da população tendo em vista as características do referido município e buscará ampliar a cobertura, visando atingir os objetivos propostos, seguindo-se o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

Será monitorado o número de pessoas com HAS e DM cadastradas pelos ACS. Iremos melhorar o registro existente, ordenando-o por localidade, sobrenomes e nome, relacionados ao usuário. Serão colocados neste registro outros dados tais como a data de nascimento, sexo, raça, mês de última consulta e nome de outras doenças que tem o usuário, principalmente DM.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade

de saúde

Detalhamento:

Será garantido que o registro dos usuários novos de acordo com os dados obtidos nas consultas com demanda espontânea, e primeira consulta em nossa unidade. Iremos comparar os dados de usuários já registrados com os dados do prontuário médico individual.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Iremos realizar mais atividades de educação em saúde, tais como palestras, utilizar pôsteres na UBS, e realizar visitas domiciliares aos usuários não incorporados ao programa. Iremos estimular os ACS a buscar apoio dos vereadores do município para utilizar a emissora de rádio para divulgar as ações da unidade e convidar os usuários para ações coletivas.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Será realizada capacitação aos ACS, sob a responsabilidade do médico e enfermeira. A equipe também será capacitada para realizar as ações específicas do programa.

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

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

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

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

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de 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.

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

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

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

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários portadores de Hipertensão e diabetes.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Primeiro iremos estabelecer quais exames de laboratório teriam maior prioridade neste grupo de usuários, sendo que os mais importantes são os que nos ajudem a diagnosticar ou estabelecer o grau de risco cardiovascular que estão expostos estes usuários. Os exames serão solicitados dependendo das possibilidades do usuário, recomendaremos os laboratórios ou centros onde possam realizá-los tendo menores gastos. Ou seja, contar com uma lista de laboratórios e preços, e desta forma garantir que maioria dos usuários realizem todos os exames. Iremos avaliar estes resultados.

Iremos monitorar o acesso a Farmácia Popular no município, e a existência de medicamentos na mesma, a partir da lista padronizada de medicamentos ofertados na Farmácia Popular e suas apresentações mais frequentes, para uma correta prescrição.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

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.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Será realizado um esquema de fluxo, em que ordem será a consulta de cada um dos usuários por cada profissional, ou em quais resultados ou circunstâncias isto se alteraria.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

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

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

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

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Realização de palestras, pôsteres, de pessoa a pessoa nas visitas Domiciliar e comunicação por rádio de orientações gerais sobre o programa.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Antes de realizar a capacitação será realizado um diagnóstico do nível de conhecimento dos profissionais que atuarão diretamente no programa, por meio de uma entrevista individual. Com base neste resultado a capacitação será direcionada às necessidades dos profissionais, e a atualização destes temas, tornando todo o processo mais ágil.

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

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

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

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

O cumprimento da periodicidade das consultas previstas será monitorado de acordo com o formulário de dados do registro do programa (Apêndice C) para o agendamento das consultas.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Realizar estas ações de acordo com os dados do registro para esta ação e o apoio dos ACS.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Iremos solicitar ajuda a alguns líderes da comunidade, mas sempre respeitando a confidencialidade da relação médico-usuário, sem divulgar os dados do usuário.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

Realizar a Capacitação com base em suas dificuldades, ou de conhecimentos atualizados sobre o tema.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento será realizado permanentemente, já que a qualidade do registro dos dados dependerá da qualidade da intervenção. Semanalmente as fichas serão monitoradas pela médica para verificar se todos os dados foram preenchidos adequadamente.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Todas estas atividades serão realizadas pela médica, enfermeira e os ACS envolvidos no programa.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

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

Detalhamento:

Seria mais fácil que a UBS tivesse uma copiadora para desta forma evitar a perda dos prontuários de saúde. Se o usuário retirar o prontuário da UBS para fazer a segunda via, aumenta a possibilidade de perda dos registros. A orientação dos usuários a respeito de seus direitos deve ser realizada também de forma permanente, e por todos os profissionais.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Realizar a capacitação começando pelas enfermeiras, para que logo as mesmas sirvam para a atividade de capacitação.

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

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

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

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento será realizado por meio da revisão dos prontuários médicos.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Priorizar os usuários com alto risco, mas também respeitando o agendamento de usuários de menor risco, ou seja, com equidade, de acordo ao programa.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Realizar ambas as tarefas de maneira permanente, tanto para realizar nas consultas como nas visitas domiciliares.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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.

Detalhamento:

Além da capacitação para as equipes da UBS, esta atividade se poderia garantir com maior qualidade se contasse com os Instrumentos como o escore de

Framingham impressos para preenchê-los a cada usuário, atividade que em ocasiões se dificulta muito ao não encontrar modelos ou folhas na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

Eixo 1: Monitoramento e Avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Essas atividades serão monitoradas por meio do registro e, além disto, podem faremos fotos para marcar as atividades.

Eixo 2: Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

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.

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

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Essas atividades serão realizadas de maneira sistemática e organizadas, em vários horários para que toda a população alvo possa assistir às mesmas, e dias fixos para que desta forma os usuários possam planejá-la assistência às que mais precisam ou às que mais interesse apresenta em assistir.

Eixo 3: Engajamento Público.

Ações:

Orientar hipertensos e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar hipertensos e diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar os hipertensos e diabéticos, tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar os hipertensos e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Iremos listar todos os temas que serão abordados durante as ações coletivas, e deixar que os mesmos sejam desenvolvidos pelos diferentes profissionais da UBS, de acordo com a complexidade dos temas ou a especialidade, e assim conseguir abrangê-los todos, e envolver uma maior quantidade da população. Estes assuntos também devem ser abordados no atendimento clínico.

Eixo 4: Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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 usuários tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

Iremos realizar uma capacitação dos profissionais da equipe em metodologias de educação em saúde, e desta forma torná-los capazes de multiplicar esta Informação e a que oferecem para os usuários, já que a metodologia de educação em saúde contribui com a formação de educadores.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM será adotado o Protocolo/Manual Técnico de HAS e DM do MS (2013) e serão utilizadas as fichas dos usuários disponibilizadas pela gestão, e as fichas espelho adotadas pelo curso.

Na UBS Cid Santana do Mazagão/AP, não existe registro algum para as ações programáticas desta intervenção, não são conhecidas as fichas espelho, além de que esta UBS não apresenta nenhum tipo de informatização. Por isso, para a realização da intervenção, faremos o preenchimento da ficha espelho para cada usuário em atendimento clínico. Sei que a meta que tenho proposto tanto para mim como para a equipe de saúde é muito ambiciosa e ampla, trabalharemos com um total de população de 3.657 pessoas, entre eles um estimado de 644 HAS e 184 DM, sendo a meta de cobertura estimada em 80% para ambos os usuários (HAS e

DM), ou seja, chegar a cadastrar e obter uma maior qualidade na atenção de 515 pessoas com HAS e 147 com DM.

O apoio do gestor municipal será fundamental para o desenvolvimento da ação programática, precisando do mesmo para as seguintes questões:

Impressão das 662 fichas espelho para coletar os dados, e outras para o acompanhamento mensal e uma resma adicional para a impressão dos protocolos e documentos das ações programáticas.

Material didático para realizar as capacitações: lápis (5), borrachas (5), canetas (5), cadernos (5).

2 Livros de registro para coletar os dados das ações.

Computador Pessoal para Digitalizar as informações.

Disponibilidade da Sala de Reunião para a equipe discutir os dados obtidos.

Disponibilidade para os membros da Equipe do transporte para a busca ativa dos usuários.

Reorganização da UBS para a coleta de material ou a aquisição de material para a realização de testes sanguíneos, ou autorização da secretaria de saúde para facilitar os mesmos aos usuários avaliados.

Começaremos a intervenção com a capacitação de nossa equipe de saúde, nos apoiando nos manuais destas ações programáticas. A mesma terá lugar durante as primeiras semanas no espaço destinado para a reunião da equipe de trabalho, com uma duração aproximada de uma ou duas horas, dentro desta capacitação alguns profissionais da equipe terão a responsabilidade de expor temas de acordo com seu nível de preparação. Além de usar estes espaços para definir atribuições de cada membro da equipe nas ações com os usuários com HAS e DM.

Outra ação que realizaremos será sensibilizar a população a respeito da importância de um correto diagnóstico, assim como esclarecer a importância da realização correta de seu exame clínico, avaliação do risco cardiovascular e a realização de exames complementares que antes não consideraram de prioridade, mas que, entretanto, são necessários para evitar descontrolado destas doenças e prevenir complicações das mesmas. Para obtê-lo faremos contato com a associação de moradores e alguns líderes não formais de nossa área de abrangência e lhes apresentaremos nosso projeto.

O acolhimento e cadastramento de novos usuários ao programa será de acordo à demanda espontânea e agendada por parte dos ACS, tal e como é

acordado semanalmente, para evitar sobre carregar os serviços. Os mesmos sairão da primeira consulta já com todos os exames solicitados e com sua próxima consulta agendada. Para o atendimento das demandas agudas destes usuários não será necessário alterar as consultas agendadas, mas, sim as mesmas serão priorizadas, deixando espaço para o atendimento a outros de demanda espontânea em seu lugar.

O trabalho sobre o registro específico do programa será realizado pela enfermeira, a qual revisará a lista de usuários hipertensos e diabéticos que assistiram a consulta durante os passados três meses. Logo o médico localizará os prontuários e transcreverão todos os dados do prontuário para nosso instrumento de trabalho, realizando desta forma o primeiro monitoramento e anexando uma nota sobre o atraso em consultas, exames ou outras ações, já que os usuários receberão atendimento clínico durante a intervenção.

Consideraremos que o estudo avança satisfatoriamente se além de obter os objetivos relacionados com os parâmetros de qualidade na atenção a estes usuários, tanto como a realização de exames complementares, conseguirmos atualizar os registros de 50 usuários a cada semana, tanto de usuários novos como os já acompanhados na UBS. Pois, como nossos registros não estão atualizados, a intervenção será fundamental para sistematizar a ação programática escolhida.

A seguir descreverei como será realizada a organização das ações e uma proposta da frequência de monitoramento para a intervenção. Para o monitoramento as ações foram colocadas em um quadro com as seguintes informações: grupos de ações, população-alvo, quando, lugar e descrição, e os responsáveis por cada ação.

Grupos de ações.

Grupos de Ações	População Alvo	Quando	Lugar e descrição	Responsável
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	População da área de abrangência.	Contínua em toda intervenção	UBS: Revisão de todos os Prontuários Médicos e Registros que existam.	Dra. Dayamí.
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar os profissionais habilitados na verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.	Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre Manual Técnico.	Dra. Dayamí.
Cadastramento de novos usuários hipertensos e diabéticos no programa, até alcançar 80% da população alvo estimada para estas ações programáticas.	População da Área de Abrangência.	Permanente.	Área de abrangência da Equipe de Saúde.	Dra. Dayamí, Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e ACS.
Garantir o registro dos novos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa e dos já cadastrados na UBS, mas que não contam com ficha complementar ou outro instrumento para a avaliação da ação programática.	Usuários novos cadastrados para estas ações programáticas.	Permanente.	UBS: Preenchimento dos Registros específicos para cada ação programática.	Dra. Dayamí, Enf. Jessica.
Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre metodologia para o preenchimento dos Registros de cada ação programática.	Dra. Dayamí.
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	Usuários cadastrados no Programa.	Mensal.	UBS: Revisão dos Registros individuais de cada usuário.	Dayamí, Enf. Jessica.
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre Manual Técnico destas Doenças.	Dra. Dayamí.
Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Permanente.	UBS: Monitorar o exame clínico realizado pelos profissionais na consulta e assistir suas dúvidas.	Dra. Dayamí.
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.	Usuários cadastrados no Programa.	Mensal.	UBS: Revisão dos Registros específicos para cada ação programática e prontuários médicos individuais no momento das consultas.	Dra. Dayamí, Enf. Jessica.
Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação e avaliação de exames complementares, assim como estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados.	Enfermeiras.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre Manual Técnico da Doença.	Dra. Dayamí.
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Nosso caso específico só no estoque da UBS.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Permanente.	UBS. Não seria possível sua realização no Município já que o mesmo não tem Farmácia Popular.	Dra. Dayamí.
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação a Equipe sobre a necessidade odontológica.	Odontóloga

Grupos de Ações	População Alvo	Quando	Lugar e descrição	Responsável
Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre metodologia para o preenchimento dos Registros de cada ação programática.	Dra. Dayamí.
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	Usuários cadastrados no Programa.	Mensal.	UBS: Revisão dos Registros individuais de cada paciente.	Dra. Dayamí. Enf. Jessica.
Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.	Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre Manual Técnico da Doença.	Dra. Dayamí.
Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada	Pacientes faltosos cadastrados no Programa.	Mensal.	Área de abrangência da Equipe de Saúde.	Dra. Dayamí, Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e ACS.
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo nos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.	Dra. Dayamí.
Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação a Equipe sobre estratégias para controle de riscos modificáveis.	Dra. Dayamí.
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	Usuários cadastrados no Programa.	Permanente.	UBS: Revisão dos Registros individuais e prontuários médicos de cada usuário.	Dra. Dayamí. Enf. Jessica.
Capacitar a equipe para a importância do registro adequado da avaliação de risco cardiovascular.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação sobre importância do preenchimento destes dados nos Registros de cada ação programática.	Dra. Dayamí.
Monitorar a qualidade dos dados registrados na avaliação de risco cardiovascular destes pacientes hipertensos e diabéticos.	Usuários cadastrados no Programa.	Mensal.	UBS: Revisão dos Registros individuais e prontuários médicos de cada paciente.	Dra. Dayamí. Enf. Jessica.
Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre promoção de estilo de vida saudáveis, tais como: alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, tratamento de tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação a Equipe sobre promoção de estilo de vida saudáveis.	Dra. Dayamí.
Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.	Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.	Início da intervenção.	UBS: Capacitação a Equipe sobre Metodologias de Educação em Saúde.	Dra. Dayamí.
Monitorar e registrar a realização destas atividades pela equipe de saúde aos pacientes do programa.	Usuários cadastrados no Programa.	Permanente.	UBS e Área de Saúde: Revisão dos Registros de atividades de promoção.	Dra. Dayamí. Enf. Jessica.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe para a intervenção e os ACS para o cadastramento.	x															
Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.	x															
Monitorar a qualidade dos registros e exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.	x			x				x				x				x
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	x			x				x				x				x
Buscar 100% dos HAS e DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	x			x				x				x				x
Monitorar a qualidade dos dados registrados na avaliação de risco cardiovascular destes pacientes hipertensos e diabéticos.	x			x				x				x				x
Cadastramento de novos usuários no programa	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Garantir o registro de novos usuários no Programa e dos que já estão cadastrados na UBS, mas que não contam com ficha complementar ou outro instrumento para a avaliação da ação programática.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar a realização de exame clínico, medicamentos da Farmácia Popular, estratificação de risco por ano e atividades desenvolvidas pela equipe.	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Dentre as ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas, destaca-se inicialmente o monitoramento do número de pessoas cadastradas no programa de atenção à HAS e DM da área de abrangência da UBS Cid Santana, Mazagão/AP. O monitoramento teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência. Tivemos dificuldades, pois, a ação programática não estava organizada na UBS, não existiam registros dos usuários com estas doenças crônicas, não existiam fichas espelhos nem organização dos prontuários médicos. Portanto, tivemos que começar a incorporação do Programa.

Dentre outras ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas estão à capacitação para o cadastramento de HAS e DM, sobre o preenchimento de todos os registros, realização de exame clínico apropriado, solicitação e avaliação de exames complementares, assim como estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados. Também abordamos nas capacitações, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a orientação para as consultas e sua periodicidade, realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, de estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, importância do registro adequado da avaliação de risco cardiovascular, promoção de estilo de vida saudáveis e sobre metodologias de educação em saúde.

Nas capacitações da equipe tivemos dificuldades na hora de preencher os registros para o cadastramento dos usuários no Programa. Outra dificuldade esteve relacionada com o curto período de tempo para a capacitação dos membros da

equipe, já que alguns dos temas se repartiram e/ou se consolidaram na medida em que avançava o projeto.

As ações previstas de monitorização que foram desenvolvidas foram: a monitorização da qualidade dos registros, exames laboratoriais, busca dos 100% dos HAS e/ou DM faltosos às consultas, a qualidade dos dados registrados na avaliação de risco cardiovascular, cadastramento de novos usuários até conseguir ao menos chegar a 80% da população estimada, garantir o registro dos novos usuários, monitorar a realização de exame clínico apropriado, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e monitorização e registro da realização destas atividades pela equipe de saúde aos pacientes do programa.

Nestas ações a primeira dificuldade foi na monitorização da qualidade dos registros que os mesmos não eram completos, já que a maioria dos usuários não contava com um bom seguimento de suas doenças. A maioria dos usuários não tinha exames complementares realizados, entretanto, o difícil na hora de monitorar esta atividade foi que apesar de solicitá-los corretamente muitos não contavam com os recursos para realizar-se estes exames em tempo, e só foi possível atualizar os dados quase ao final do projeto. Ao procurar os usuários faltosos às consultas, as dificuldades mais frequentes estiveram relacionadas com que alguns moravam em áreas muito distantes e em outros casos os endereços não eram exatas, dificultando-se muito encontrar os mesmos. Em relação à logística apresentamos problemas ao início da intervenção, já que não nos foram dados a tempo os recursos solicitados para a mesma, e então para garantir que os novos usuários cadastrados no programa tivessem ficha espelho e outros instrumentos para a avaliação tiveram que usar recursos próprios.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Sempre soubemos que ia ser um desafio nada fácil de obter, sendo importante destacar que apesar de todas as dificuldades que enumeramos não houve ações que não conseguíssemos desenvolver.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não encontramos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, nem no cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Entre algumas das ações do projeto que foram incorporadas como rotina do serviço é possível mencionar a organização dos prontuários médicos, isso facilitou a identificação dos prontuários durante os atendimentos. Criamos também um registro para o cadastramento de novos casos ao programa, além das fichas espelhos a disposição dos profissionais da UBS.

Outros aspectos devem ser melhorados em nossa UBS para continuar com o trabalho desta ação programática são: a incorporação de temas relacionados ao programa, às reuniões da equipe de saúde, as capacitações, e motivação dos profissionais no desenvolvimento desta ação programática; porque não basta sozinho criar registros, ficha espelhos, organizar os prontuários ou criar instrumentos para a avaliação destes usuários, se os profissionais da UBS não continuam trabalhando, tendo interesse, ou simplesmente não dão continuidade ao programa que já foi implementado à rotina de nosso serviço. Nos próximos meses pensamos em incorporar à rotina de nosso serviço a ação programática de atenção ao pré-natal e puerpério que está sendo realizada por outra equipe de saúde em outra área do município.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No projeto de intervenção estimamos a meta de cadastrar 80% das pessoas com HAS e DM de nossa área de abrangência, ao mesmo tempo em que buscou alcançar 100% em todos os indicadores de qualidade e promoção de saúde. Nossa área adstrita possui como população total 3.647 pessoas, de acordo com o VIGITEL (2011) as estimativas de HAS para nossa área são de 556 usuários e para DM de 137. Para cumprir nosso primeiro objetivo de cobertura, realizamos avaliação de 515 (80%) pessoas com HAS e 147 (79,9%) com DM. A seguir apresentaremos os resultados alcançados em cada um dos indicadores avaliados organizados por objetivos e metas.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na Figura 1 podemos observar que o indicador evoluiu de maneira satisfatória. Ao longo da intervenção foram atendidos 515 (80%) usuários com HAS, em nossa área. Durante o primeiro mês foram avaliadas e cadastradas no programa 132 pessoas, o que representou 20,5%. O ritmo de trabalho foi ligeiramente afetado pelas chuvas em alguns dias no período do segundo mês, por isso foram cadastrados apenas 100 usuários a mais, para um total de 233, ou seja, 36,2% de cobertura, para recuperar este atraso no terceiro mês se cadastraram um total de

427 usuários o que representou 66,3% de cobertura. No quarto mês cadastramos 515 usuários e chegamos em 80% de cobertura.

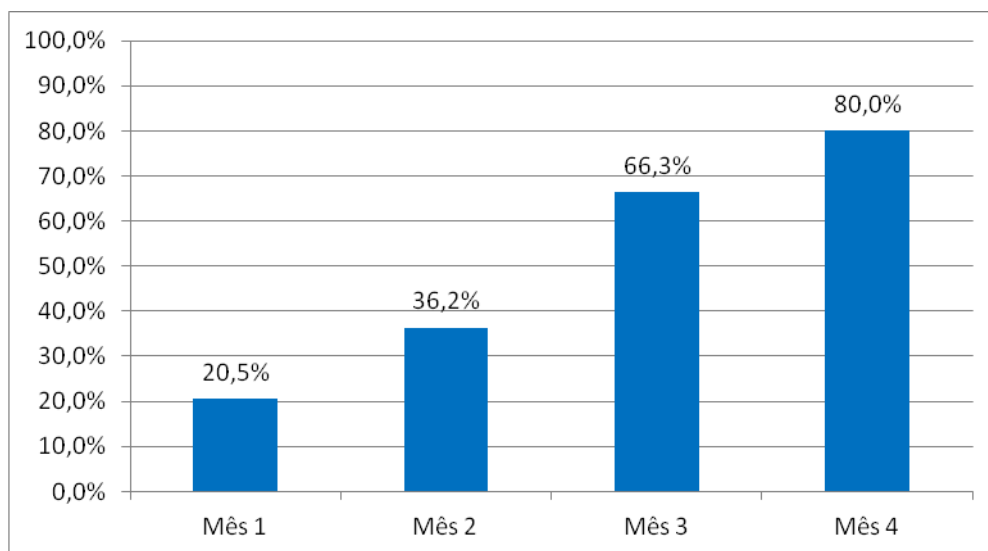


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Em relação à cobertura dos usuários com DM, como observamos na Figura 2, o cadastramento aumentou mês a mês. No primeiro mês cadastramos 32 (17,4%) usuários DM, no segundo mês foram 51 (27,7%), durante o terceiro mês cadastramos 137 (74,5%) e no quarto mês foram 147 (79,9%) usuários cadastrados, sendo importante o trabalho de todos os membros de nossa equipe de saúde.

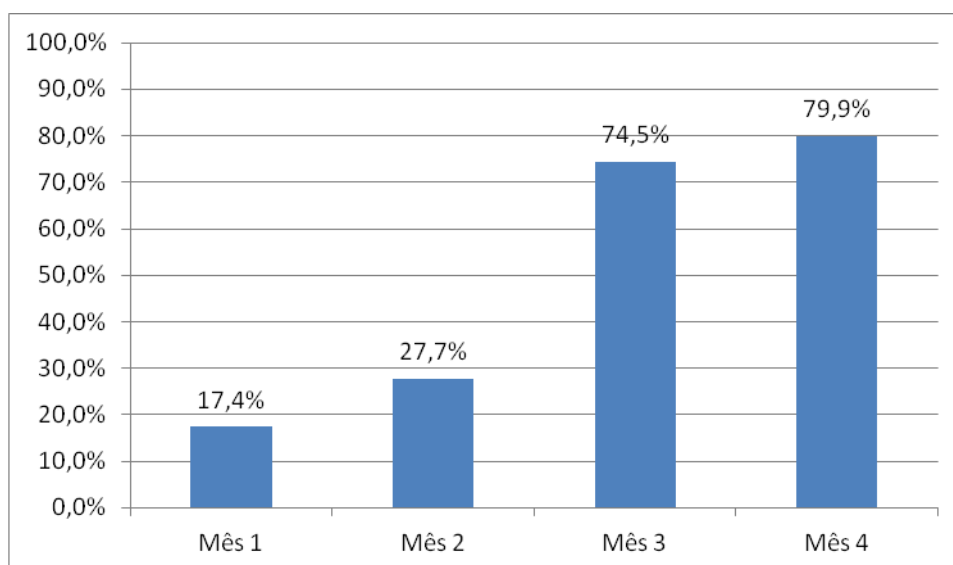


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

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

Dentre os indicadores mais difíceis de serem alcançados, destacamos a atualização de exame clínico para todos os usuários com HAS e DM da área de cobertura da UBS. Pois, realizar uma consulta clínica para avaliação destas doenças especificamente foi difícil por se tratar de um número importante de usuários requerendo avaliação pelo médico em um curto período de tempo.

Podemos observar na Figura 3 que durante o primeiro mês de intervenção apenas 22 pessoas tiveram exame clínico em dia, o que representou 16,7%. Isto foi resolvido à medida que avançou a intervenção, já durante o segundo mês se conseguiu realizar o exame em 72,1% ou seja, 168 usuários, continuando de maneira crescente até alcançar 97,7% no terceiro mês, e 417 usuários, e já durante o quarto mês se realizaram os exames nos 98 usuários restantes e atingimos assim 100% de cobertura.

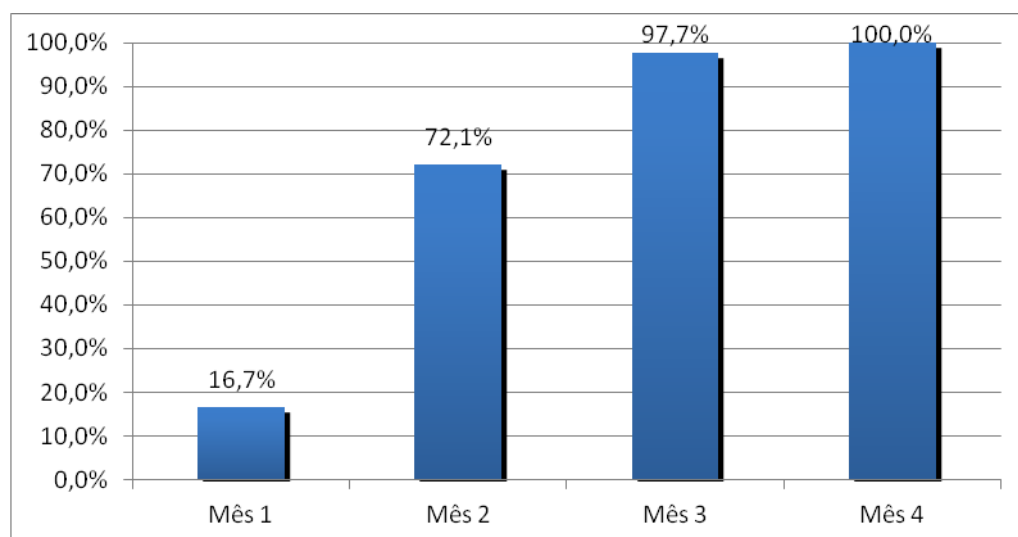


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

Da mesma forma ocorreu com os usuários DM, onde a maior quantidade de resultados foi obtida durante o segundo mês de trabalho. No primeiro mês apenas 5 usuários estiveram com exame clínico em dia, ou seja 15,6% dos cadastrados até

este momento e 39 usuários (76,5%) durante o segundo mês. O qual denota uma melhoria importante no trabalho com este indicador. No terceiro mês 134 (97,85) usuários realizaram o exame clínico e no último mês chegamos em 100% de cobertura para esta meta e 147 usuários avaliados.

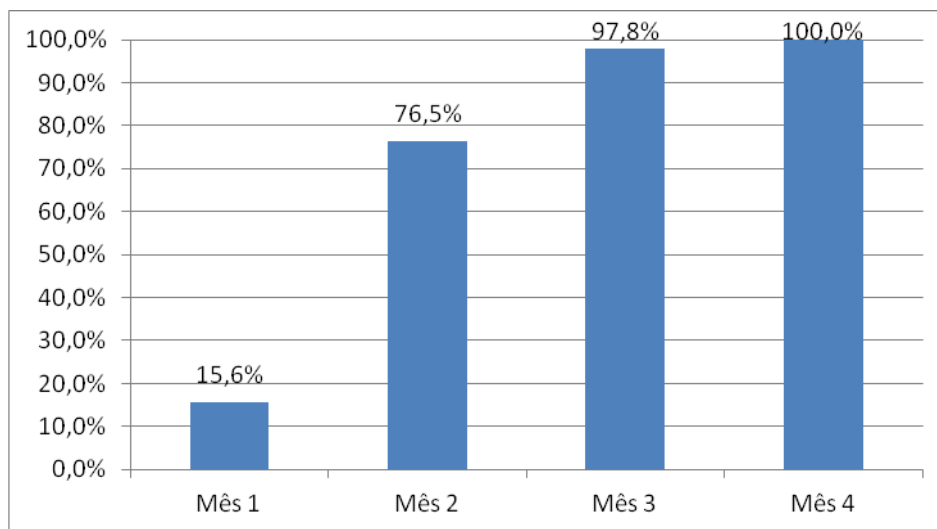


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

No primeiro mês da intervenção apenas 11 pessoas (8,3%) tinham os exames complementares em dia segundo o protocolo, alguns não os tinham nem solicitados, o qual era uma das principais causas que atentavam contra a integralidade da atenção dispensada pela equipe de saúde. Associa-se o fato de que uma parte de nossa população possui maior carência de recursos e não podiam se permitir a realização de exames privados simplesmente por rotina.

Entretanto apesar dos atrasos, no segundo mês 135 (57,9%) estavam com o exame em dia, no terceiro mês foram 392 (91,8%) usuários e no quarto mês, se alcançou o indicador, com 100% (515) dos usuários cadastrados no programa com os exames complementares atualizados.

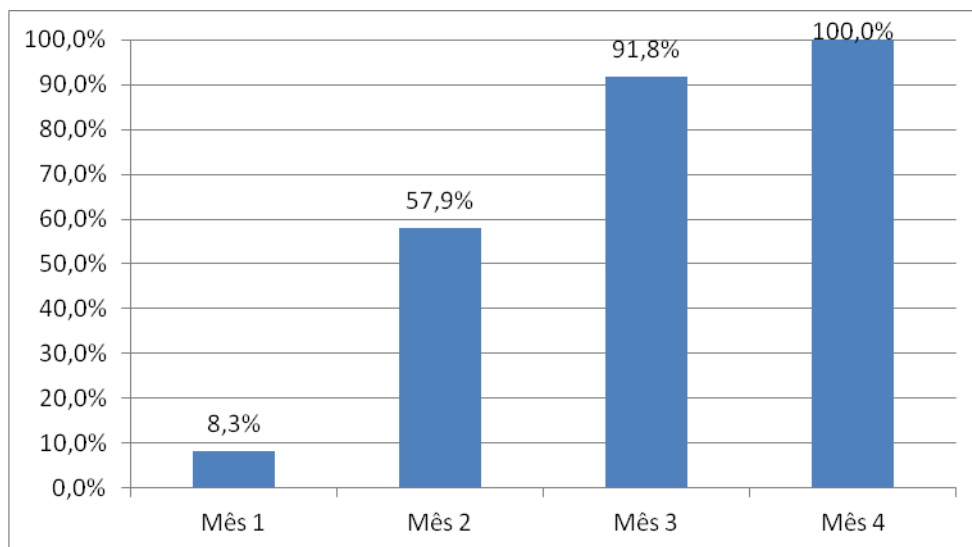


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Para atingir esta meta no primeiro mês 4 (12,5%) usuários estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 30 (58,8%) usuários estavam em dia, no terceiro mês 126 (92%) usuários e no quarto mês 147 (100%) usuários estavam em dia com os exames complementares (Figura 6). Apesar das condições econômicas destes usuários serem difíceis, os mesmos fizeram um esforço muito grande para conseguir atingir esta meta, todos tiveram comprometimento com nossos serviços, onde as orientações repassadas pela médica, enfermeira e ACS foram extremamente importantes.

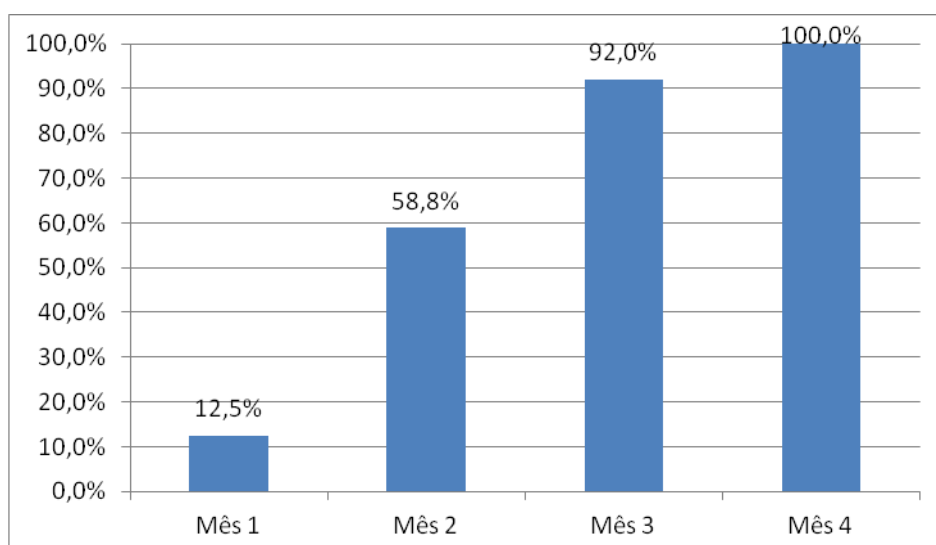


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

Em relação à proporção de usuários com HAS que usam medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia podemos observar que este indicador é um dos que se encontrava mais alto desde o início da intervenção. No primeiro mês do total de 98 hipertensos com prescrição de medicamentos 96 (98%) usuários tinham prescrição da farmácia popular/Hiperdia, no segundo mês 168 (99,4%) de cobertura, no terceiro mês 314 (99,7%) e no quarto mês atingimos 377 (100%) de cobertura.

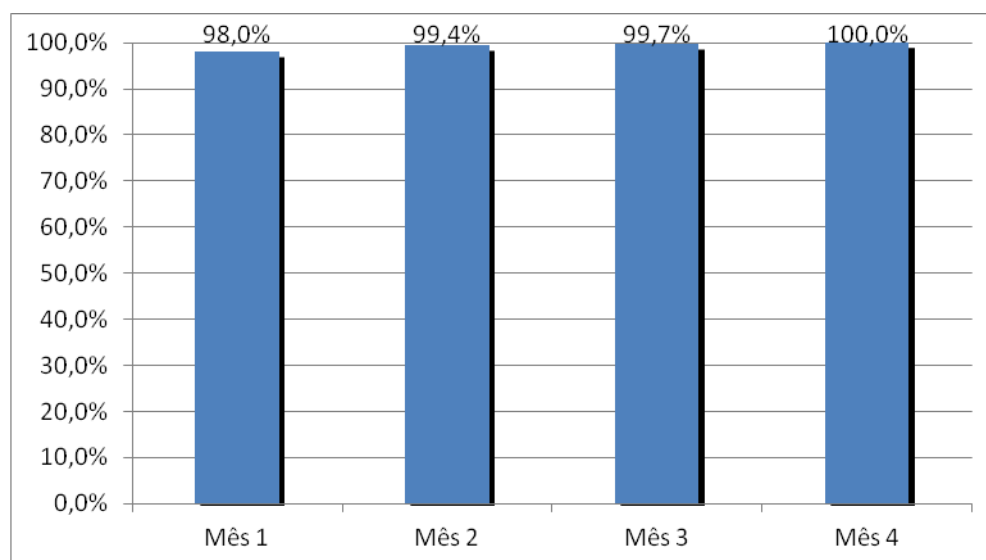


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

De igual forma se comportou este indicador nos usuários com DM. No primeiro mês dos 27 (100%) usuários cadastrados com prescrição de medicamentos, todos tinham prescrição da Farmácia Popular/Hiperdia. Já no segundo mês pode observar que 40 (97,6%) dos 41 usuários que necessitavam de medicamentos, apenas um não tinha prescrição da farmácia popular/Hiperdia. No terceiro mês do total de 110 que necessitava tomar medicamento, 109 (99,1%) tinham prescrição da farmácia popular/Hiperdia. No quarto mês, os 120 usuários que

tenham prescrição de medicamentos, eram da farmácia popular/Hiperdia, dessa forma alcançamos 100% no quarto mês.

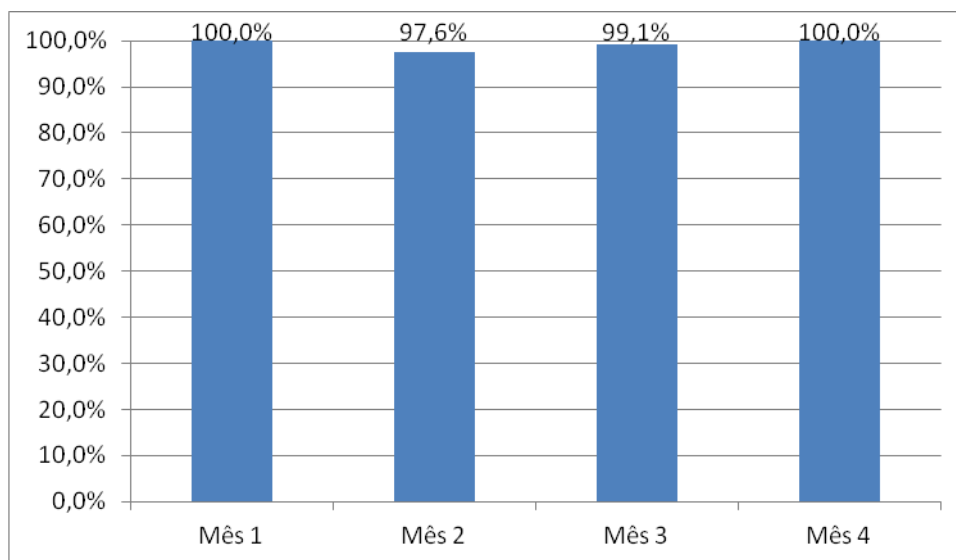


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

Quanto à proporção de usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no início da intervenção era um dos indicadores mais baixos, apenas 10,6% e 14 usuários avaliados no primeiro mês. Foi melhorado rapidamente, alcançando 66,5% (155) durante o segundo mês, 97,4% (416) no terceiro mês e 100% (515) de cobertura (Figura 9) no quarto mês. Para atingir esta meta primamos por realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em todos os contatos dos usuários, com a enfermeira, técnicos de enfermagem e a médica.

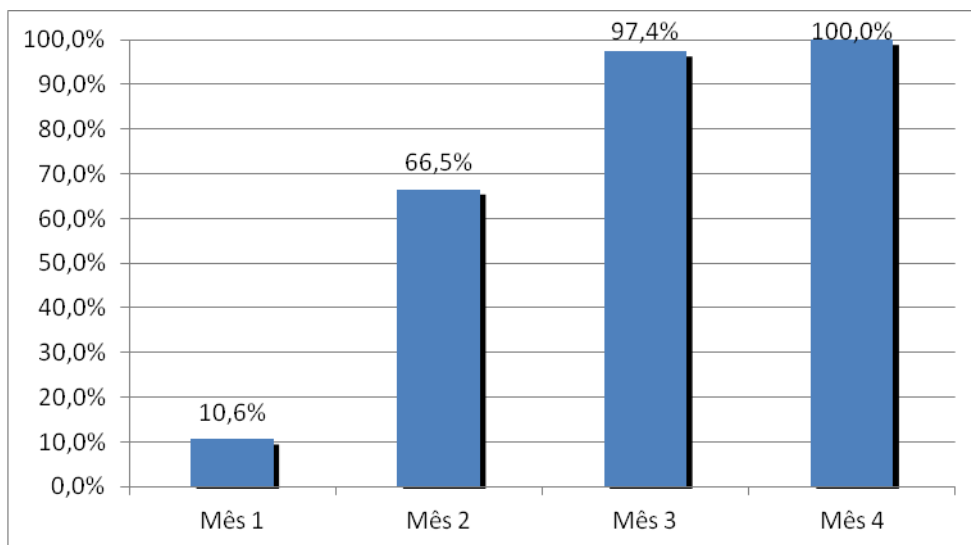


Figura 09. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

De igual forma ocorreu com os usuários DM, o indicador estava muito baixo ao início da intervenção e, entretanto se conseguiu reverter esta situação de maneira muito rápida. No primeiro mês apenas 2 (6,3%) usuários foram avaliados, no segundo mês este número melhorou significativamente onde foram avaliados 37 (72,5%) usuários, no terceiro mês foram 134 (97,8%) e no quarto mês 147 (100%) usuários estavam com esta avaliação em dia (Figura 10). Os números melhoraram significativamente porque foi exigida esta avaliação em todos os contatos dos usuários com nossos profissionais (médica, enfermeira e técnica em enfermagem).

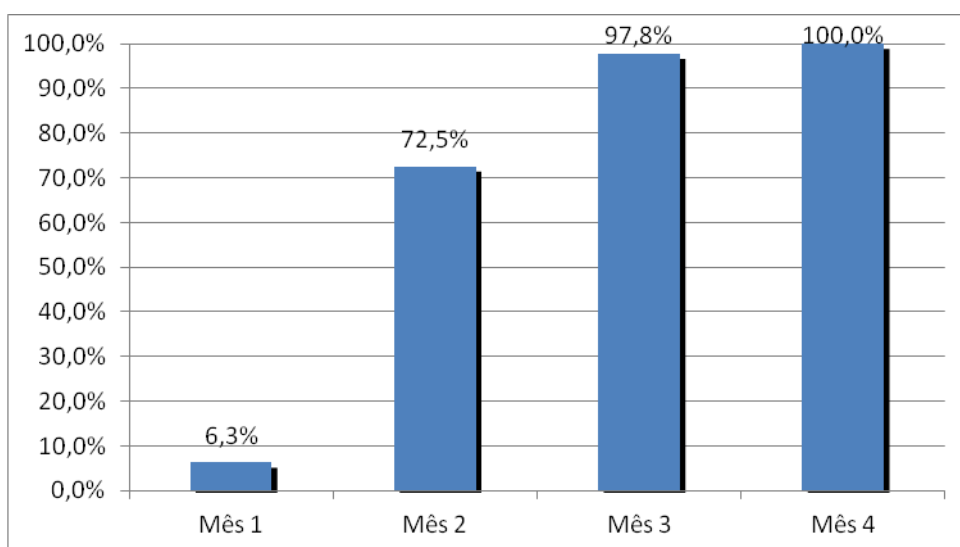


Figura 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

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

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

A busca dos usuários faltosos às consultas alcançou a meta estimada em 100% nos quatro meses da intervenção, para os usuários com HAS e DM. Em relação aos usuários HAS no primeiro mês foram 106 usuários faltosos, no segundo mês 63, no terceiro mês 8 e no último mês este número foi extremamente baixo, onde apenas um usuário estava faltoso as consultas. Em relação aos DM, no primeiro mês 27 usuários estavam faltosos, no segundo mês 12, no terceiro mês 3 e no quarto mês apenas 1 usuário estava faltoso. Todos os usuários foram buscados pelos ACS e atingimos assim 100% de cobertura todos os meses de intervenção. A parte mais difícil desta tarefa foi realizada pelos ACS, durante as visitas domiciliares, mas sem eles esta meta não seria alcançada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

No primeiro mês não existiam registros porque nesta UBS nunca foi realizado uma intervenção como esta, e menos ainda com estes grupos de HAS e DM. Sendo assim, no primeiro mês nenhum HAS estava com o registro adequado, no segundo mês 155 (66,5%) usuários estavam com o registro na ficha de acompanhamento adequado, no terceiro mês 416 (97,4%) usuários e no quarto mês todos os 515 (100%) usuários estavam com registro em dia (Figura 11). Para sair do zero simplesmente foram impressas as fichas espelho e se começou a exigir o trabalho nesta ação por todos os profissionais da equipe. Logo, monitorado pela médica responsável semana a semana.

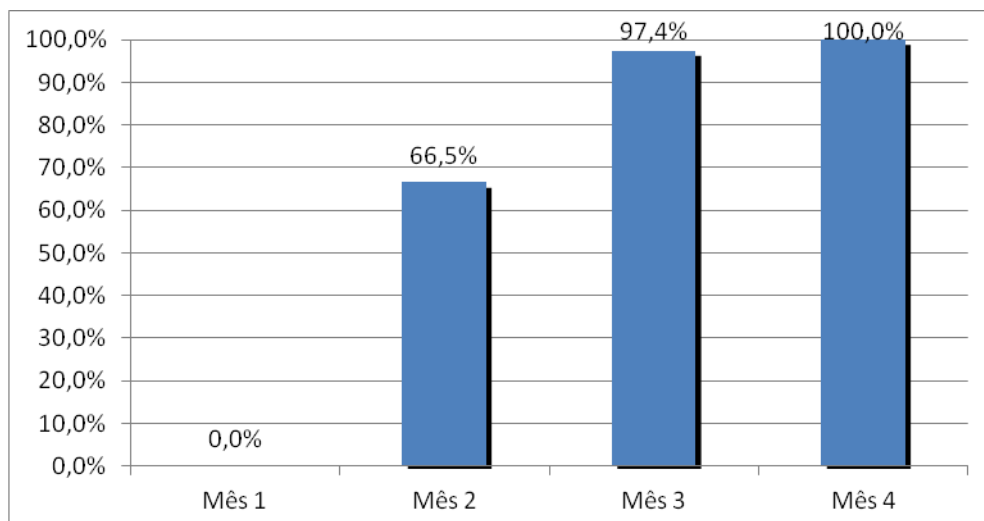


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

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

De igual forma aconteceu com o registro dos usuários DM, dos quais não constavam outros dados na UBS além dos prontuários médicos. Então se conseguiu reverter esta situação alcançando quase que completamente 100% deste indicador. No primeiro mês não tivemos registro, no segundo mês 37 (72,5%) usuários foram cadastrados, no terceiro mês 134 (97,8%) usuários e no quarto mês 147 (100%) usuários foram cadastrados (Figura 12). Para atingir esta meta, além de imprimir as fichas espelhos e instrumentos necessários para o registro adequado destes usuários, a ação foi monitorada de maneira sistemática pela médica responsável.

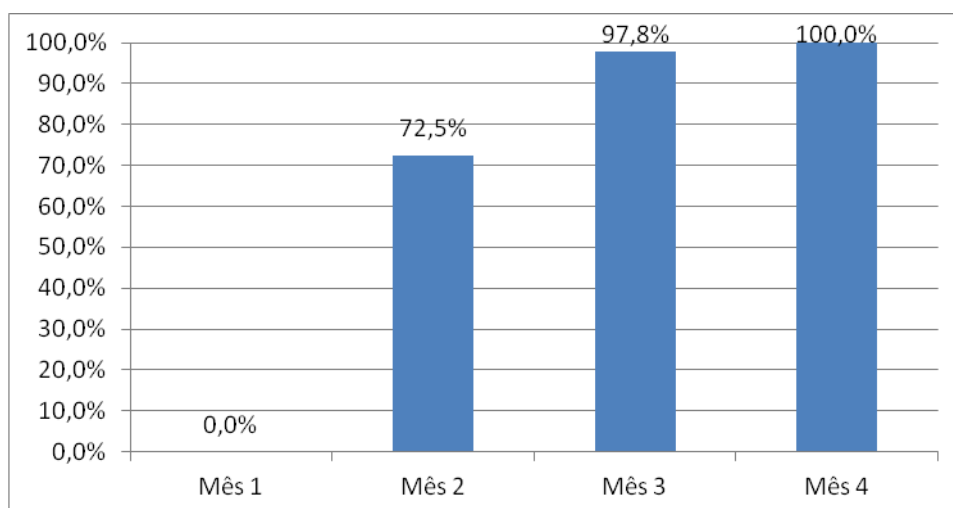


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

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

A avaliação do risco cardiovascular foi outro indicador que estava muito baixo ao início da intervenção, em zero, porque para a realização da mesma se precisavam de exames atualizados. Mas, a situação reverteu no segundo mês, quando realizou a avaliação de 155 (66,5%) usuários com HAS. E continuou aumentando até o terceiro mês onde quase alcançamos a meta para este indicador, com 97,4% de cobertura e 416 usuários avaliados e no quarto e último mês 515 (100%) usuários estavam com a avaliação de risco cardiovascular em dia (Figura 13). Já uma vez feitos os exames complementares nos usuários foi possível avançar neste indicador até atingir 100% de cobertura.

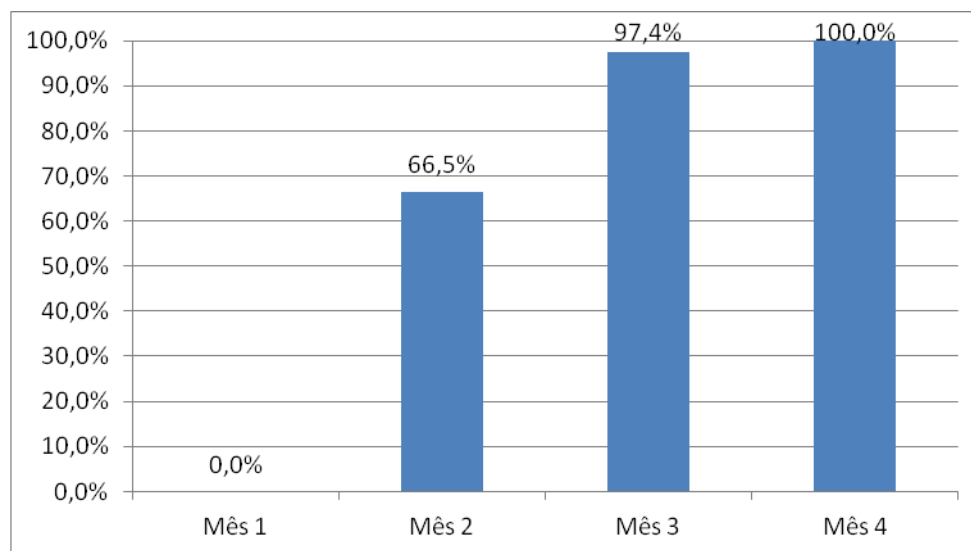


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPeI, 2015.

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

De igual forma se comportou este indicador nos usuários DM, partindo desde zero conseguimos alcançar os melhores resultados no segundo mês da

intervenção, com 37 (72,5%) usuários cadastrados, no terceiro mês foram 134 (97,8%) usuários cadastrados e no quarto mês todos os 147 (100%) usuários estavam em dia com a avaliação da estratificação do risco cardiovascular (Figura 14). Acontecendo de igual forma que nos usuários hipertensos, uma vez que os usuários começaram a trazer os resultados dos exames, foi possível realizar a avaliação do risco cardiovascular até atingir esta meta em 100%.

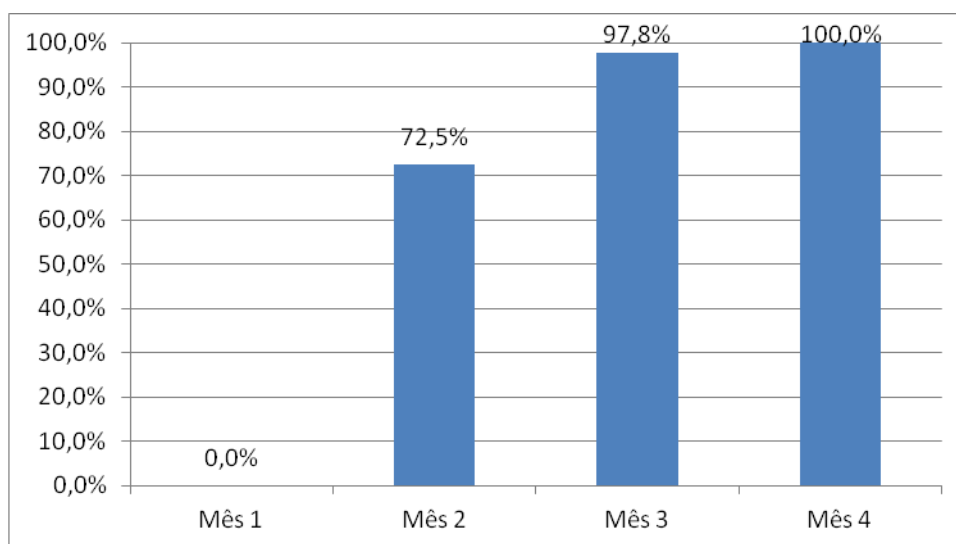


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

De maneira geral os indicadores de promoção de saúde não estavam muito baixos ao início, entretanto as orientações sobre alimentação saudável, prática regular de exercício físico, importância de evitar o tabagismo e saúde bucal são necessárias. Todos os temas foram discutidos inclusive para aqueles usuários que tinham registrados estes dados no prontuário médico. Em síntese, podemos afirmar que todos estavam acima de 60% em ambos os grupos de usuários no início da intervenção. Todos aumentaram sistematicamente, alcançando acima de 80% no segundo mês da intervenção e, finalmente todos foram cumpridos aos 100% já no terceiro mês da intervenção.

Alcançar 100% durante o terceiro mês não quer dizer que se deixou de trabalhar com o mesmo, mas sim a partir de então a tarefa continuou

desenvolvendo-se de maneira sistemática e à medida que se cadastravam os usuários lhes foram dadas as orientações. A seguir apresentamos os resultados destes indicadores:

No primeiro mês 62,9% dos usuários com HA receberam orientação nutricional, ou seja, 83 usuários. No segundo mês se conseguiu aumentar por volta de 81,5%, 190 usuários. Já no terceiro mês se conseguiu dar estas orientações a 100% (427) dos usuários. Ao quarto mês, 100% (515) dos usuários foram orientados (Figura 15). Todos os profissionais da equipe participaram nesta atividade, sendo ela realizada em todos os contatos com estes usuários, mas principalmente registrada pela enfermeira e a médica nas consultas.

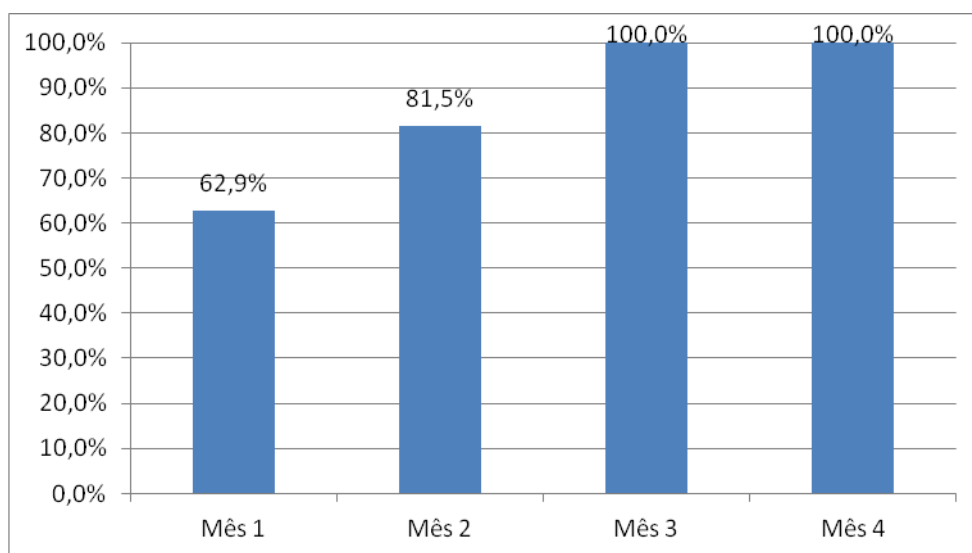


Figura 15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados 2015.

Quanto ao DM, no primeiro mês 23 (71,9%) usuários receberam orientação nutricional e logo durante o segundo mês se conseguiu aumentar para 44 (86,3%) usuários. Já no terceiro mês se conseguiu dar estas orientações a 100%, que então eram 137. Ao quarto mês, continuou em 100% de cobertura e 147 usuários orientados (Figura 16).

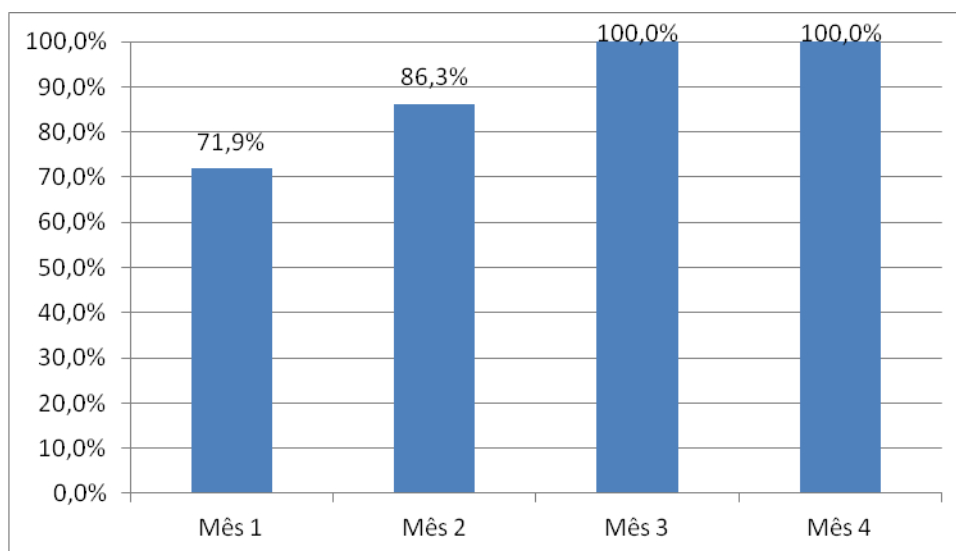


Figura 16. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 6.3 e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos

Quanto à orientação sobre a prática regular de atividade física, no primeiro mês 83 (62,9%) usuários com HAS foram alcançados. Durante o segundo mês se conseguiu aumentar por volta de 81,5%. Já no terceiro mês se conseguiu dar estas orientações a 100% dos usuários, que então eram 427 HAS. Ao quarto mês, continuou o indicador aos 100%, mas então já se deram estas orientações aos 515 usuários HAS (Figura 17).

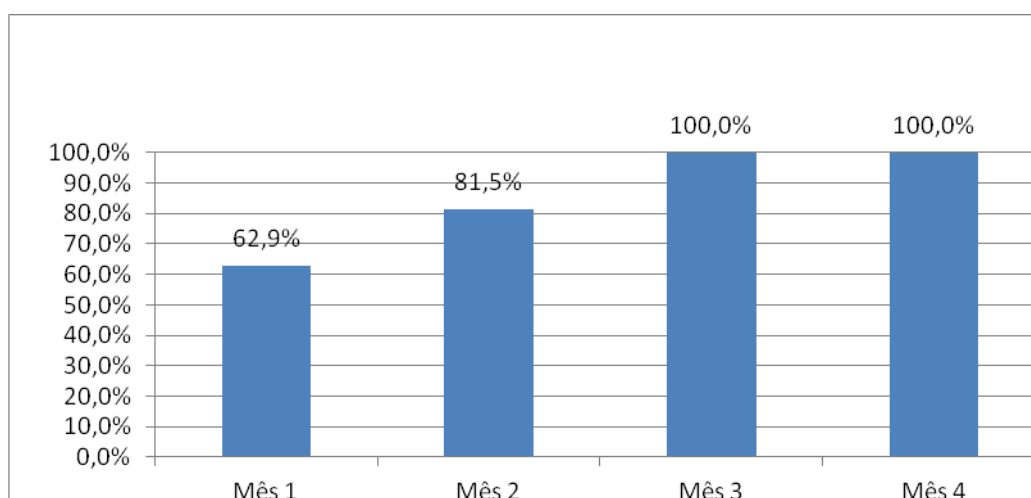


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Ao início tinham recebido estas orientações 71,9% (23) dos usuários com DM e logo durante o segundo mês se conseguiu aumentar para 86,3% (44) de cobertura. Já no terceiro mês se conseguiu dar estas orientações a 100% (137) dos usuários. Ao quarto mês foram 147 usuários orientados e 100% de cobertura (Figura 18).

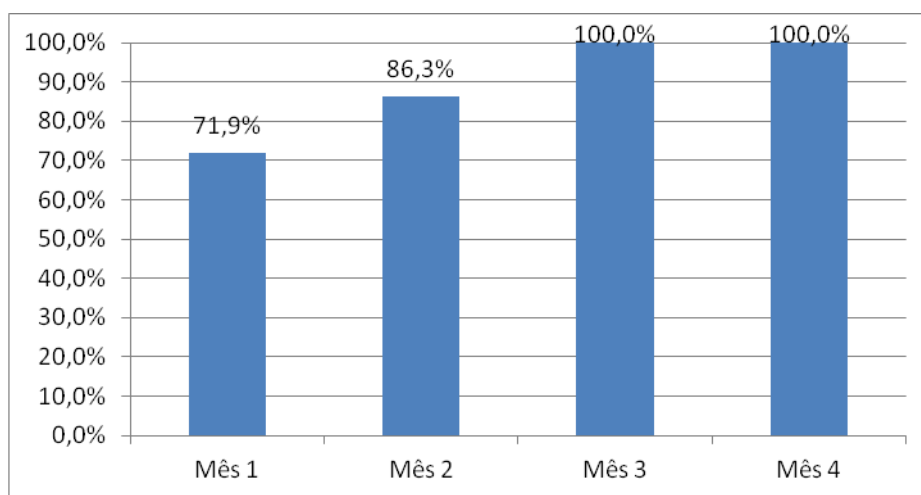


Figura 18. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados 2015.

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

Receberam orientações sobre o risco do tabagismo no primeiro mês 83 (62,9%) usuários HAS, no segundo mês foram 190 (81,5%) usuários, no terceiro e quarto mês atingimos 100% de cobertura, 427 e 515 respectivamente (Figura 19). Para atingir esta meta foram realizadas orientações durante as consultas individuais com a enfermeira e a médica da equipe de saúde.

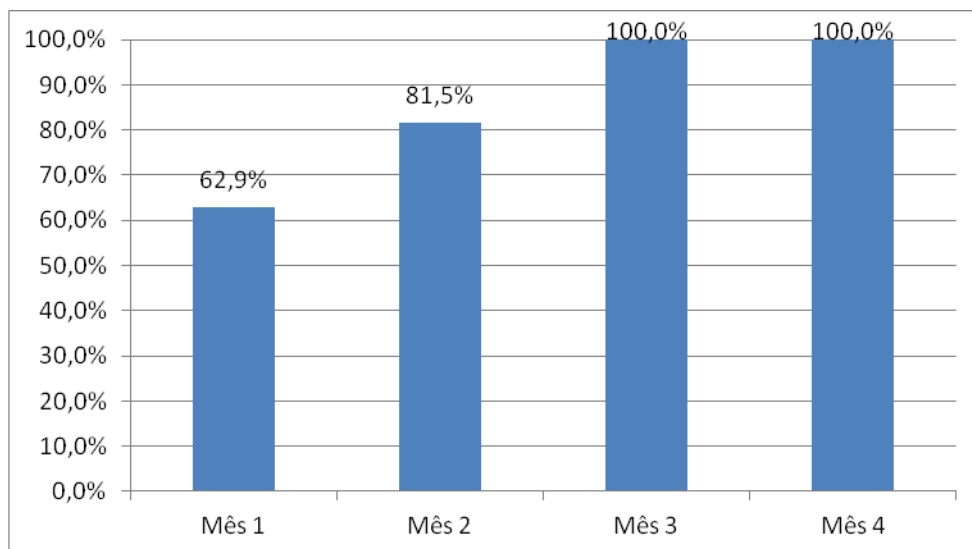


Figura 19. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Em relação aos usuários com DM que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês 23 (71,9%) usuários, no segundo mês 44 (86,3%), no terceiro e quarto mês 100% (137 e 147) dos usuários estavam com estas orientações em dia (Figura 20). Realizadas estas orientações durante as consultas individuais pela enfermeira e a médica.

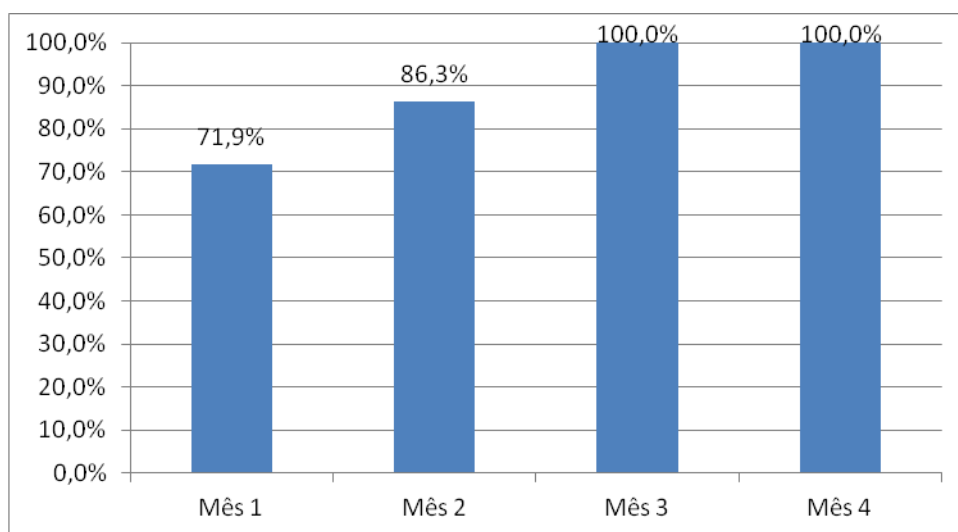


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

As orientações sobre higiene bucal também foram realizadas para todos os usuários HAS, no primeiro mês foram 83 (62,9%) usuários orientados, no segundo

mês 190 (81,5%) e no terceiro e quarto mês 100% destes usuários estavam com esta orientação em dia (Figura 21). Para atingir esta meta foi realizado pela enfermeira e a médica esta orientação.

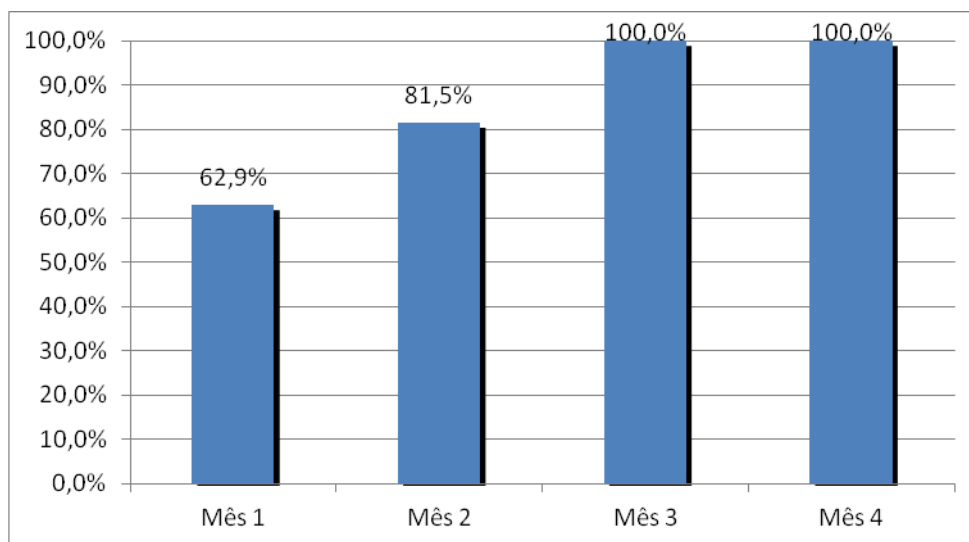


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

Ao início tinham recebido estas orientações 71,9% (23) dos usuários e logo durante o segundo mês se conseguiu aumentar para 86,3% (44). Já no terceiro mês se conseguiu dar estas orientações a 100% dos usuários, que então eram 137. Ao quarto mês, continuou o indicador em 100% e 147 usuários DM orientados (Figura 22).

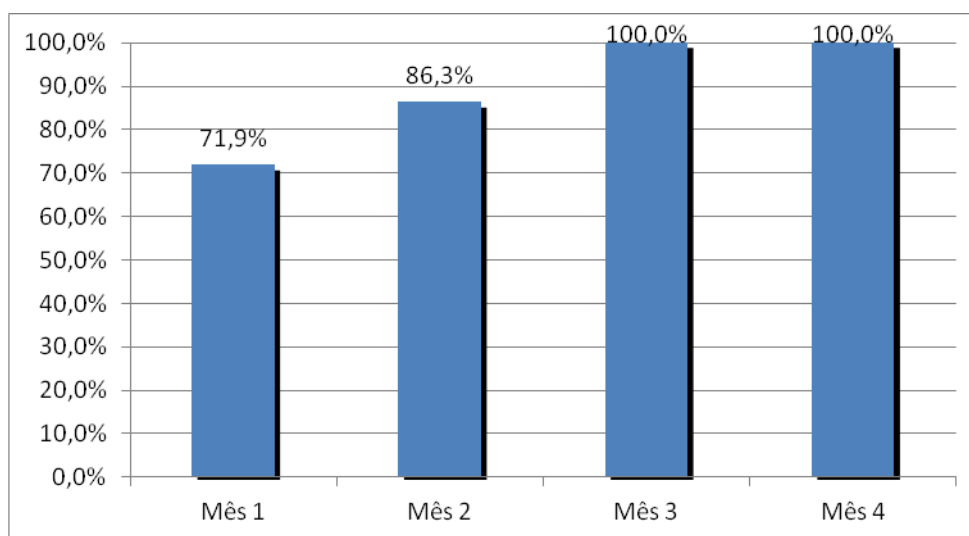


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Cid Santana, Mazagão/AP.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados UNASUS/UFPel, 2015.

4.2 Discussão

Em nossa UBS, Doutor Cid Santana, conseguimos propiciar uma maior cobertura na atenção aos usuários com HAS e DM atingindo 80% e 100% em todos os indicadores de qualidade. Como resultado positivo, garantimos a incorporação dos registros do Programa de atenção à saúde dos HAS e DM na rotina de nosso serviço, antes não existentes. Conseguimos desenvolver uma atenção de maior qualidade, principalmente depois das capacitações da equipe de saúde, garantindo uma melhor classificação dos riscos a estes grupos. Melhoramos o conhecimento sobre as doenças crônicas e estilo de vida saudável destes usuários por meio de orientações gerais na intervenção.

Para nossa equipe de saúde o desenvolvimento desta intervenção foi muito enriquecedor já que, apesar de nos exigir um maior esforço na hora de realizar todas as atividades, o trabalho fluiu em um ambiente integrado, harmonioso, e favoreceu a união entre a médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACSs, e incluído o pessoal da recepção. A intervenção contribuiu para aumentar o nível de conhecimentos sobre estas doenças crônicas de todos os membros da Equipe de Saúde, bem como, introduziu uma nova metodologia de trabalho a qual poderá ser usada para as demais ações programáticas em execução pela equipe no território.

A intervenção foi importante para nosso serviço já que conseguimos incorporar novos instrumentos de trabalho, que facilitaram um melhor desenvolvimento na hora de realizar o registro, os agendamentos e a avaliação de riscos. Proporcionamos sugestões na hora de organizar os prontuários e fichas espelhos destes usuários cadastrados no Programa. Obtivemos uma melhor organização no fluxograma por nossos serviços, já que antes todas as atividades eram concentradas na médica e não dava cobertura para avaliar tantas pessoas. A intervenção reviveu as atribuições da Equipe viabilizando a atenção de um maior número de pessoas. Conseguiu-se realizar uma otimização da agenda para cobrir efetivamente a atenção à demanda espontânea.

Apesar dos esforços de nossa equipe, e apesar de obter um aumento considerável na cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, ainda temos muitos sem cobertura. Além disso, não é perceptível ainda pela Comunidade

o impacto da Intervenção. Os usuários cadastrados no programa se encontraram muito satisfeitos com o estudo e sentem melhorias de seu estado de saúde.

Se fôssemos realizar a Intervenção neste momento, acredito que nos encontraríamos com as mesmas dificuldades na logística, com pouco espaço de tempo para as capacitações e também com os mesmos problemas de articulação com a comunidade. Acreditamos que estas dificuldades não se poderiam evitar. Agora já estamos finalizando a intervenção, percebemos uma equipe integrada e estamos preparados para superar as dificuldades encontradas. Possivelmente faria uma ação mais forte junto a comunidade para que toda a comunidade fosse informada antecipadamente da ação para que pudéssemos ampliar a cobertura, garantindo desta forma a integralidade da atenção para todos os moradores da nossa comunidade.

A intervenção já foi incorporada na rotina de nosso serviço. Estamos superando algumas das dificuldades encontradas e melhorando na incorporação de temas relacionados ao programa de atenção à Hipertensão e Diabetes às reuniões da Equipe de saúde, as capacitações, e motivação dos profissionais no desenvolvimento desta ação programática; porque não basta sozinho criar registros, ficha espelhos, organizar os prontuários ou criar instrumentos para a avaliação destes usuários, se os profissionais da UBS não continuam superando-se, têm interesse, ou simplesmente não lhe dão continuidade ao Programa, que já foi incorporado em nosso serviço.

Nos próximos meses, uma vez que seja regularizada a situação de todos nossos ACSs, pretendemos continuar aumentando a cobertura de atenção aos usuários desta ação programática ao máximo.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

À Secretaria Municipal de Saúde,

Durante 16 semanas realizamos um Projeto de Intervenção sobre a Ação Programática Hipertensão e Diabetes, com o objetivo de ampliar a cobertura da atenção aos usuários com estas doenças, um sucesso nunca antes feito em nossa UBS Dr. Cid Santana nem no Município de Mazagão.

Sabíamos que seria um desafio alcançarmos nossos objetivos, mas, por meio deste relatório iremos relatar os aspectos mais significativos de nossa Intervenção, fazendo um resumo das ações que conseguimos desenvolver e como foram planejadas e as dificuldades na realização. Sendo importante também destacar que apesar de todas as dificuldades não houve ações que não conseguíssemos desenvolver. É importante enfatizar que esta intervenção melhorou o estado de saúde da comunidade e especificamente dos usuários portadores de Hipertensão e diabetes mellitus, em vários aspectos:

Segue a lista das principais ações desenvolvidas:

- Aumentamos a cobertura de atenção, alcançando 80% em ambos os grupos.
- Alcançamos 100% todos os indicadores de qualidade e promoção de saúde propostos em nossa intervenção.
- Implementamos um registro para cadastrar os usuários hipertensos e/ou diabéticos já existentes além dos casos novos de nossa área.
- Organizaram-se os prontuários médicos do Programa de Atenção à Hipertensão arterial e diabetes mellitus, facilitando encontrar os mesmos na hora da consulta.
- Capacitamos à Equipe de Saúde sobre temas relacionados ao Programa e sobre preencher os registros para cadastrar os usuários.
- Obteve-se um aumento na qualidade da atenção, e melhor seguimento destas doenças.
- Conseguimos incorporar o Programa de forma bem-sucedida em nossa UBS.

Durante nossa intervenção encontramos as seguintes dificuldades:

- Monitoramento dos usuários do programa de hipertensão e diabetes: não existiam registros dos usuários com estas doenças crônicas, não existiam fichas espelhos nem organização dos prontuários médicos.
- Capacitações da Equipe de Saúde: As dificuldades nestas ações não estiveram relacionadas com a destreza na hora de tomar a pressão arterial ou interpretação do hemoglicoteste, mas sim na hora de preencher os registros para o Cadastramento dos usuários no

Programa. Outras das dificuldades estiveram relacionadas ao curto período de tempo com que se contou para a capacitação dos membros da Equipe, já que alguns dos temas se repartiram e/ou se consolidaram na medida em que avançava o projeto.

- **Monitorização e Cadastramento:** A primeira dificuldade na monitorização da qualidade dos registros foi que os mesmos não eram completos, já que a maioria dos usuários não contava com um bom seguimento de suas doenças. A maioria não tinha exames complementares realizados, entretanto, o difícil na hora de monitorar esta atividade foi que apesar de solicitá-los corretamente muitos não contavam com os recursos para realizar-se estes exames em tempo, e só foi possível atualizar os dados quase ao final do projeto. Ao procurar os faltosos às consultas, as dificuldades mais frequentes estiveram relacionadas com alguns que moravam em áreas muito distantes e em outros casos os endereços dados não eram exatos, dificultando-se muito encontrar os mesmos. Em relação à logística apresentamos problemas ao início da intervenção, já que não nos foram dados a tempo os recursos solicitados para a mesma, e então para garantir que os novos usuários cadastrados no programa tivessem ficha espelho e outros instrumentos para a avaliação tiveram que usar recursos próprios.

Apesar de alcançar todas as ações propostas, e resolver as dificuldades mencionadas, acreditamos que alguns aspectos ainda devem ser melhorados para continuar com o trabalho nesta ação programática tais como: a incorporação de temas em todas as reuniões da UBS, e mais capacitações e motivação dos profissionais. Portanto, por meio da intervenção a comunidade ganhou em cobertura e qualidade da atenção à saúde das pessoas portadoras de Hipertensão e diabetes. Propiciou um aumento do nível de conhecimento de todos os membros da Equipe de Saúde, e obteve melhor desempenho na realização do trabalho dos membros da Equipe.

6 Relatório da intervenção para comunidade

Comunidade,

No período de 16 semanas, a equipe de saúde da UBS Dr. Cid Santana, realizou um Projeto de Intervenção, envolvendo as pessoas portadores de Hipertensão e diabetes, com o objetivo de melhorar o atendimento. Foi uma experiência nunca antes feita em nossa UBS e no nosso Município de Mazagão. É importante enfatizar que a intervenção melhorou o estado de saúde da comunidade e especificamente das pessoas portadores de Hipertensão e diabetes mellitus, em vários aspectos:

- Atendemos mais pessoas com essas doenças, alcançando 80% da nossa população, pois, atendemos durante a intervenção 515 pessoas portadores de Hipertensão e 147 portadores de Diabetes;
- Implementamos um registro para cadastrar as pessoas portadores de Hipertensão e/ou diabetes, além dos casos novos de nossa área;
- Organizamos os prontuários médicos, para facilitar o uso dos mesmos na hora da consulta;
- Capacitamos à Equipe de Saúde sobre temas relacionados ao Programa de atenção à hipertensão e diabetes, e preenchimento dos registros para o cadastro dos usuários;
- Aumentamos a qualidade da atenção a estes usuários, e agora realizamos melhor seguimento destas doenças;
- Conseguimos incorporar o Programa de forma bem-sucedida em nossa UBS.

Resumindo, podemos afirmar que a comunidade ganhou em cobertura e qualidade da atenção com foco nos usuários portadores de Hipertensão e/ou

diabetes. Propiciou um aumento do nível de conhecimento de todos os membros da Equipe de Saúde, e obteve melhor desempenho na realização do trabalho. A participação da comunidade e lideranças foi um aspecto fundamental no desenvolvimento da intervenção, principalmente na busca ativa dos pacientes faltosos a consulta e o apoio na hora de difundir as informações referentes á promoção desta ação programática. Agora, para dá continuidade às ações, contamos com o apoio de toda a população para que a equipe possa continuar oferecendo serviços de qualidade, coordenando ações com a comunidade para que seja mantida esta parceria.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No que diz respeito ao curso, à medida que foram passando as semanas e fomos trabalhando no projeto, nossas expectativas foram aumentando para favorecer o desenvolvimento do mesmo. A equipe se integrou mais às atividades diárias, ganhamos experiência no trabalho de equipe, os usuários se sentiram que formavam parte de algo importante e ajudaram no seu desenvolvimento.

Este curso significa muito para o trabalho de nossa unidade já que nunca se realizou uma intervenção deste tipo, não existiam muitas coisas que eram vitais para o desenvolvimento de um bom serviço de saúde. Programaram-se instrumentos de trabalho que a partir deste momento vão servir de muita ajuda a todos, como os registros dos usuários e a organização dos prontuários.

Entra algumas das contribuições do curso no meu processo de aprendizagem posso lhes mencionar a realização de casos clínicos, praticas clínicas, Teste de Qualificação Cognitiva e principalmente no desenvolvimento da intervenção de saúde onde alguns dos registros ou instrumentos não foram subministrados pelo curso e a criação deles requereu fazer pesquisas de vários temas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

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, 2013. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apêndices

Apêndice A - Instrumento para Avaliação de Risco Cardiovascular em 10 anos

Frontal:

UBS Doutor Cid Santana. Mazagão. AP. Programa Hiperdia:
Avaliação de Risco Cardiovascular em 10 anos segundo Escore de Framingham.



Nome Completo: _____, Sexo: __ M/ __ F. Idade: ____ anos.

Circule o número de pontos correspondente a cada parâmetro:

Idade:		
Idade	Homens	Mulheres
20-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Pressão Arterial:			
PAS	PAD	Homens	Mulheres
<120	<80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
> ou = 160	> ou = 100	3	3
Quando PAS e PAD discordarem, use o mais alto.			

Diabetes Mellitus:		
D. Mellitus	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0

Fumo:		
Fumo	Homens	Mulheres
Sim	2	2
Não	0	0

Calcule a soma dos pontos do Escore:

Assinatura do

Profissional:

Colesterol Total:		
Colesterol Total	Homens	Mulheres
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
> ou = 280	3	3

Colesterol HDL:		
HDL-C	Homens	Mulheres
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
> ou = 60	-1	-3

Risco Cardiovascular segundo Escore.

Homens	Baixo					Médio				Alto						
Escore	<-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	>=14
Risco em 10 anos	2%	3%	3%	4%	5%	7%	8%	10%	13%	16%	20%	25%	31%	37%	45%	>=50%

Mulheres	Baixo					Médio					Alto									
Escore	<-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	>=17
Risco em 10 anos	1%	2%	3%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	10%	11%	13%	15%	18%	20%	24%	24%	24%	24%	>=27%

Dorso:

Que é a Avaliação do Risco Cardiovascular (RCV)?

A Avaliação do RCV é um cálculo que permite identificar os indivíduos que devem ser aconselhados e que devem receber tratamento para prevenir a doença cardiovascular, bem como estabelecer o nível de agressividade da terapêutica.

Quais são os Fatores de Risco mais frequentes?

- Idade.
- Tabagismo.
- Dislipidemias: triglicérides \geq 150 mg/dl; LDL colesterol $>$ 100 mg/dl; HDL $<$ 40 mg/dl.
- Diabetes mellitus o paciente pré-diabético.
- Hipertensão Arterial, história familiar prematura de doença cardiovascular, história de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, e história familiar de hipertensão arterial em hipertensos limitrofes.

Por que é Importante a Realização da Avaliação do RCV?

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela morte de um em cada três adultos. As mulheres contam com a proteção dos hormônios sexuais femininos só até a menopausa, depois desse momento, nelas, o RCV é igual ao dos homens. A avaliação cardíaca precoce e repetida com regularidade pode retardar e evitar a ocorrência de doenças do coração nos dois sexos.

Como baixar seu Risco Cardiovascular?

Algumas das medidas gerais para manter um RCV Baixo são: Ter uma dieta balanceada, sem alto consumo de sal, controle das doenças crônicas como a HÁ e a DM, evitar o sedentarismo, o hábito de fumar e o estresse entre outras.

Assista a Consulta com seu Médico Geral ou Cardiologista para um melhor controle do RCV.

Apêndice B – Ficha de Cadastramento do Programa

UBS Doutor Cid Santana. Mazagão. AP.

Ficha de Cadastramento. Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos:

- **Nome Completo:** _____
Sexo: __ M / __ F. **Data de Nascimento:** ___ / ___ / _____. **Idade:** ____ anos.
Cartão de SUS: _____
Endereço: _____ **Telefone:** _____
Necessita Cuidador: __ Sim / __ Não. **Nome:** _____
- **Hipertensão:** __ Sim / __ Não. **Há:** __ anos. **Diabetes:** __ Sim / __ Não. **Há:** __ anos.
- **Tabagismo:** __ Sim / __ Não. **Quantos cigarros por dia:** _____.
- **A. Nutricional:** **Peso:** ___ kg. **Estatura:** ____ cm. **Perim. Braquial:** ___ cm. **IMC:** _____.
- **Últimos Complementares:** **Data deles:** ___ / ___ / _____.
 - Glicemia de jejum: _____.
 - Colesterol Total: _____.
 - Fração LDL-Colest: _____.
 - Creatinina: _____.
 - Urina: Leucócitos / Bactérias: __. Proteínas: __. Corpos Cetônicos: __. Cristais: __.
 - Microalbuminúria: _____.
 - TSH: _____.
 - Hemoglobina: _____. Hto: __%. VCM: _____. HCM: _____. HCM: _____. Plaquetas: _____.
 - Hb Glicosilada: _____.
 - Triacilglicerídeos: _____.
 - Fração HDL-Colest: _____.
 - Potássio: _____.
 - Proteinúria de 24h: _____.
 - ECG Realizado: __ Sim / __ Não.
- **Pressão Arterial:** _____ / _____ mmHg. **Tem Doença Cardiovascular:** __ Sim / __ Não.
- **Marque com uma (x) si alguma vez recebeu orientação sobre estes tópicos:**
 - Nutricional: _____. - Atividade Física: _____. - Tabagismo: _____. - Higiene Bucal: _____.
- Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico: __ Sim / __ Não.
- **Usa Medicamentos no Tratamento Atual:** __ Sim / __ Não. Quais?

Data: ___ / ___ / _____.

Profissional: _____.

Nota: Os itens em vermelho são obrigatórios para o cálculo do RCV Global.

Dra. Dayamí Llanes Pulido.

Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

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

Assinatura do declarante