

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

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

**Ernesto Garcia Peralta**

**Pelotas, 2015**

**Ernesto Garcia Peralta**

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

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

**Orientador: Linda Cristina Sangoi Haas**

**Pelotas, 2015**

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

P426m Peralta, Ernesto Garcia

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na  
UBS/ESF Novo Horizonte, Macapá/AP / Ernesto Garcia Peralta; Linda  
Cristina Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para minha mãe por sua ajuda durante toda a vida, para minha mulher por sua paciência e dedicação e para meus filhos porque é a fonte principal de minha inspiração como médico. Dedico o trabalho também, a todos os médicos que trabalham no Programa Mais Médico para Brasil, muito longe de suas famílias e que encontraram em o povo de Brasil um grão Família.

## **Agradecimentos**

Meus agradecimentos para minha orientadora do curso de especialização Linda Cristina Sangoi Haas.

Muito obrigado a todas as pessoas que fizeram possível o projeto e para todos os meus colegas de trabalho da UBS Novo Horizonte e aos usuários com Hipertensão e Diabetes.

Além disso, desejo agradecer aos profissionais da Universidade Federal de Pelotas, ao programa do governo Brasileiro pelo Ministério da Saúde, Mais Médicos para Brasil e aos companheiros de trabalho da secretária municipal de saúde da prefeitura de Macapá pela ajuda e a oportunidade de realizar o Projeto e o curso de Especialização em Saúde da Família.

## Resumo

PERALTA, Ernesto Garcia. **Melhoria da Atenção aos usuários de HAS e/ou DM na UBS/ESF Novo Horizonte, Macapá/AP**. 2015. 99 f. Trabalhos 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 Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são agravos crônicos não transmissíveis, tem uma alta prevalência, mortalidade e são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O controle adequado destes agravos é de vital importância, onde um equilíbrio entre prevenção e tratamento na atenção primária de saúde passa a ser um desafio diário para os profissionais dos serviços do programa Saúde da Família. Nosso trabalho foi o resultado de um diagnóstico inicial na atenção aos usuários com HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Horizonte do município de Macapá do estado Amapá (AP). A população adstrita da UBS é de 24.000 habitantes e o número dos usuários com HAS e DM cadastrados antes da intervenção era de 657 usuários com HAS (18 %) e 108 (12%) com DM. Planejamos uma intervenção para ser realizada no período de 16 semanas, de setembro de 2014 a janeiro de 2015, para qualificar atenção aos usuários com HAS e DM. Sendo desenvolvida com a participação das quatro equipes de saúde da Família (ESF), profissionais da UBS e a participação da comunidade e apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Macapá. Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Rastreamos os indivíduos com fatores de riscos em consulta e visitas domiciliares (VD), recadastramos- os em cada área de abrangência, realizamos a busca ativa dos faltosos. O exame físico e avaliação de risco cardiovascular foram realizados nos atendimentos clínicos dos usuários cadastrados. Os medicamentos foram fornecidos pela farmácia popular com gratuidade para o melhor controle dos usuários com HAS e DM, Também encaminhamos os usuários às consultas de odontologia e aos laboratórios para realização dos exames. Após a intervenção, melhoramos a quantidade e qualidade dos atendimentos, através da organização do serviço e dos registros em torno de 100%, conseguimos aumentar os cadastros e ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão em 27% (986) e dos com diabetes em 42,6% (383) e conseguimos cadastrar e fazer atendimento a 1150 usuários. Aumentamos as capacitações dos profissionais através da educação continuada e as atividades educativas de promoção de saúde da população em torno de 100%, melhorando a satisfação da população. A intervenção acrescentou o conhecimento destes agravos pela comunidade e fortaleceu vínculos com as ESF/UBS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e DM	62
Figura 2	Cobertura de usuários com DM do programa de HAS e DM	62
Figura 3	Proporção de usuários com HAS como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 4	Proporção de usuários com DM como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	65
Figura 5	Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	66
Figura 6	Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	66
Figura 7	Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 8	Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 9	Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 10	Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Figura 11	Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	72
Figura 12	Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	73
Figura 13	Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável	75
Figura 14	Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável	75
Figura 15	Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática de atividade física regular	76
Figura 16	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	76

Figura 17	Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	87
Figura 18	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	87



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção primária de saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino a Distância
EBC	Empresa Brasil de Comunicação
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (planilha eletrônica)
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão arterial
PCCU	Preventivo de Câncer do Colo do Útero
PMM	Prefeitura Municipal de Macapá

PMM	Programa Mais Médicos
RAS	Redes de atenção à saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Sistema Único de Saúde
VD	Visita domiciliar
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (exame de sangue para diagnosticar a sífilis)

## Sumário

1 Análise Situacional .....	15
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	17
2 Análise Estratégica.....	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.2.1 Objetivo geral .....	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	31
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Detalhamento das ações.....	34
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística .....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4. Avaliação da Intervenção .....	60
4.1 Resultados .....	60
4.2 Discussão.....	77
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	80
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
Referências .....	87
Apêndices .....	
Anexos .....	

## **Apresentação**

O Programa Mais Médico para Brasil (PMMB) facilitou a realização do curso de Especialização de Saúde da Família na modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS, através da Universidade Federal de Pelotas. O presente trabalho de conclusão foi realizado de acordo com o projeto pedagógico do curso.

Realizamos um diagnóstico dos principais ganhos e dificuldades da Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte, Macapá/AM. Estudamos temas de prática clínica, respondemos questionários de avaliação da atenção básica, úteis para conhecimento das debilidades e fortalecimento de nossa UBS (unidade 1- Análise Situacional). Planejamos uma intervenção na ação programática de agravos crônicos (HAS e DM) identificada com dificuldades na UBS (unidade 2- análise estratégica). Realizamos a intervenção no período de 16 semanas, de setembro de 2014 a janeiro de 2015, com o tema: melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, com população adstrita da UBS de 24.000 pessoas e população alvo estimada de 3.650 hipertensos e 900 diabéticos (Unidade 3- intervenção). Analisamos os resultados (unidade 4- avaliação da intervenção). Finalizamos o volume com uma reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A saúde da família é uma estratégia de caráter substitutivo da atenção básica tradicional, por uma atenção primária diferente. A equipe de saúde da família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral e continuada da saúde de uma população de até quatro mil pessoas residentes em seu território. O trabalho da equipe se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita (Atenção Básica UNA-SUS BRASIL, 2013).

Eu trabalho em uma UBS, no bairro Novo Horizonte, na periferia da cidade de Macapá/PA, ESF é 0.86. A população fica distante da UBS, com micro áreas com moradia de palafitas. Nós, realizamos consultas num consultório dentro da UBS, também realizamos VD e ações de educação em saúde em casas de usuários, nas ruas, igrejas. Realizamos consultas de puericultura, pré-natal, consultas pós-parto, saúde sexual e reprodutiva, consultas aos usuários Hipertensos e Diabéticos, idosos e a demanda espontânea, todas as semanas realizamos reuniões de equipe e entrega de produção semanal e mensal. Os agentes comunitários de saúde (ACS) estão realizando o recadastramento, onde a população cadastrada é de mais de 2280 pessoas.

Profissionais que trabalham na UBS:

Médicos Gerais. Especialistas em medicina geral integral. Especialista em Pediatria. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Ultrassonografia. Enfermeiras/os. Auxiliares de enfermagem. ACS. Farmacêuticos. Técnicas de microbiologias. Recepcionistas. Faxineiras. Segurança. Secretaria.

Diretor. Equipes de Saúde da Família (4). Equipe de Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF- 1): Psicologista, Nutricionista, Fonoaudiologia, Fisioterapia.

Estrutura física:

Sala de Espera Geral, Banheiros três. Área de serviços. Recepção/Arquivo. Secretaria. Direção. Sala de Curativo. Sala de injeção e nebulização. Sala de Triagem. Sala de Vacinação. Coleta de Malária. Farmácia e Consultórios (4).

Recursos Humanos que não temos em UBS:

Dentistas. Auxiliar de consultório dentário. Técnico em higiene dental. Assistente Social. Motorista.

Estrutura física que não temos em UBS:

Sala de esterilização. Coleta de exames. Consultório Odontológico. Banco de Urgências. Sala de internamento transitório. Área de Ambulância. Sala de Reuniões. Sala para os ACS.

Temos os recursos para fazer consulta, nem sempre temos todos os medicamentos da lista básica. Não temos transporte para fazer VD (área muito grande e população distante de UBS). A UBS não tem telefone fixo e serviço de internet.

Profissionais de ESF 0.86 Novo Horizonte: Sete ACS. Uma Enfermeira. Um Médico. Temos quatro técnicas de enfermagem, não temos dentista e técnico em higiene dental.

Temos um consultório para duas equipes e melhoramos as condições de assistência, fizemos sala situacional, mural de educação em saúde, brinquedos para as crianças e estamos organizando- os por ESF e micro área/ ACS, ainda não temos um arquivo para Fichas A e B de cadastramento e seguimento dos usuários e família de cada micro área de nossa área adstrita. O sistema de saúde de município funciona organizado por UBS/ESF, estamos fazendo uma reunião mensal, onde cada equipe mostra seus planejamentos, recadastramentos, produção de equipe, resultados e mudanças nos principais programas de saúde como: prevenção, promoção, controles de riscos, assistência e tratamento das doenças infecciosas, Hipertensão, idosos, acamados, deficientes, crianças, puérperas, gestantes e mulheres em idade fértil para melhor controle do risco reprodutivo e gravidez na adolescência. Também funciona a rede Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em coordenação com as UBS. Fazemos em coordenação ações integrais de saúde em escolas, igrejas, comunidades sem médico, áreas descobertas e também em parceria com outras

comunidades do município e estado distantes pelo rio Amazonas. A Equipe está motivada e comprometida na solução dos problemas de saúde da comunidade.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais, é a única cortada pela linha do Equador e que é localizada às margens do Rio Amazonas. Macapá pertence à mesorregião do Sul do Amapá e à microrregião homônima. É localizada no extremo norte do país, a 1.791 quilômetros de Brasília. Os dados de 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a população da cidade é de 437. 255 habitantes, sendo a 53ª cidade mais populosa do Brasil e a quinta cidade mais populosa do Norte. Atualmente, vive um momento de crescimento tanto econômico quanto populacional, o que vem mudando o seu cenário e atraindo investimentos externos para o estado. A toponímia é de origem tupi, como uma variação de "macapaba", que quer dizer lugar de muitas bacabas, uma palmeira nativa da região. Antes de ter o nome de "Macapá", o primeiro nome concedido oficialmente às terras da cidade foi Adiantado de Nueva Andaluzia, em 1544, por Carlos V de Espanha, numa concessão a Francisco de Orellana, navegador espanhol que esteve na região. Macapá, atualmente, conta com 59 bairros oficiais e cerca de seis conjuntos habitacionais. <http://www.encontramacapa.com.br/sobre-macapa/>

Segundo dados do IBGE (2010), o bairro mais populoso do município é o Buritizal (Zona Sul) com 25.651 habitantes, seguido do Novo Horizonte (Zona Norte) com 24.360 moradores. Dentre os quinze bairros mais populosos da capital, cinco estão na Zona Norte da cidade, oito na Zona Sul e dois na Zona Central. A cidade possui cinco bairros que são banhados pelo Rio Amazonas: Cidade Nova, Centro, Perpétuo Socorro, Santa Inês e Araxá. O menor bairro da cidade é o Boné Azul, localizado na Zona Norte. <http://www.amazoniahoje.com/109102-2>

Atenção Básica no município é desenvolvida com descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da

continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Equipar estas UBS dando infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio para o Brasil – Pois é único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Esses investimentos vêm do Ministério da Saúde (MS). Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País. [Revista Brasileira Saúde da Família Publicação do Ministério da Saúde AGÊNCIA BRASIL (2011)].

Em relação ao município temos 437.883 habitantes que são atendidos em 20 UBS, todas tradicionais e com ESF, funciona organizado por UBS e ESF. Neste momento o município consta com uma cobertura de ESF de 54.79%, depois da complementação do quinto ciclo do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). São 82 ESF, 68 urbanas e 14 rurais com oito equipes de NASF. Não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal, caso necessário, encaminhamos os usuários para CEO do Estado, que tem centro de atenção especializada em Macapá. O serviço hospitalar depende em sua totalidade da atenção e gestão estadual. Em relação aos serviços de exame complementares no município é realizado em quatro UBS. Também funciona o Serviço de SAMU em coordenação com as UBS.

Eu trabalho na UBS no Bairro Novo Horizonte, na periferia da cidade de Macapá/PA, somos quatro ESF, a que trabalho é denominada 0.86. A população adstrita da UBS é de 24.000 pessoas, fica distante da UBS e com moradias de palafitas. Realizamos consultas individuais, VD, ações de educação em saúde, atendimento programado e demanda espontânea. Os atendimentos são de puericultura, pré-natal e puérperas, riscos reprodutivos, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), idosos. As reuniões de equipe são semanais com entrega de produção semanal e/ou mensal, discutimos em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, do trabalho interdisciplinar integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Os ACS estão realizando recadastramento da população, temos mais de 2.280 pessoas, que depois do recadastramento irão ampliar a atenção e cobertura. Realizamos mensalmente reunião para planejamento,



avaliação, cadastramento, produção de equipe. Realizamos assistência nas comunidades (ribeirinhas) sem médicos distantes pelo rio Amazonas.

As principais dificuldades que inicialmente encontramos na UBS são:

- Deficiente estrutura e espaço físico;
- Deficiente na qualidade e atualização permanente dos registros;
- Baixos Indicadores de cobertura;
- Nem todos os ACS moram na área da abrangência de atuação

Profissionais que trabalham na UBS: Três Médicos Clínico Geral, três em médicos de medicina Geral Integral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, radiologista, oito enfermeiras/os, psicóloga, nutricionista, auxiliares de enfermagem, 29 ACS, dois farmacêuticos, seis técnicas de microbiologias, duas recepcionistas, faxineiras, três Segurança, secretaria, diretor, quatro ESF, equipe do NASF (psicologista, nutricionista, fonoatira, fisioterapia, enfermeira, assistente social). Faltam na UBS dentistas, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental, motorista.

Estrutura física: sala de espera geral, três banheiros, área de serviços, recepção/arquivo, secretária, direção. Sala de: curativo, de injeção, nebulização, de triagem, de vacinação, de coleta de Malária, farmácia, quatro consultórios. Faltam na UBS sala de esterilização, de coleta de exames, consultório odontológico, banco de urgências, sala de observação, área de ambulância, sala de reuniões.

Realizamos consultas, sala de espera, murais, brinquedos, mas não temos disponibilidade de todos os medicamentos da farmácia básica sugeridos pelos cadernos de atenção básica para demanda espontânea e atenção de alguns agravos. Não temos transporte para as VD (área muito grande e população distante de UBS), não há tem telefone fixo e serviço de internet.

A UBS tem quatro salas para as consultas dos profissionais integrantes das quatro equipes além dos outros profissionais. Mensalmente entregamos a produção das quatro ESF e da produção da UBS à secretaria de saúde. A UBS não tem serviço de odontologia e não tem laboratório clínico. Também não apresenta sala de esterilização com as condições preconizadas para material estéril. Os consultórios não tem privacidade suficiente. Atuamos em um local adaptado para funcionar como UBS. Dividimos um consultório com outra ESF. Melhoramos as condições realizando sala de espera, murais de educação em saúde, colocamos brinquedos para crianças e arquivamos os prontuários por Micro área e por ACS. Temos dois arquivos para os registros e seguimento por família de cada micro área de nossa área adstrita. As

reuniões da UBS são mensais, onde cada equipe apresenta seu planejamento, cadastramento, produção de equipe, resultado e mudanças nos principais programas de saúde. Realizamos coordenação de ações em saúde nas escolas, igrejas da comunidade e nas áreas descobertas.

A portaria 2488 dos 21 de outubro de 2011 aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades desenvolvidas por meio do exercício de prática de cuidados e gestão, democrática e participativa, com o trabalho em equipe dirigidas a populações e territórios definidos e assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologia de cuidado complexa e variada, de acordo às demandas e necessidades de maior frequência e relevância em cada território com critérios de riscos e vulnerabilidades, BRASIL PNAB (2011). Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, da equidade e da participação social.

A política nacional de atenção básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Esta portaria define a organização de redes de atenção à saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, define as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, secretarias estaduais, distrito federal, e secretarias municipais de saúde, além disso, fala sobre como é a infraestrutura e funcionamento da atenção básica necessária para realização de suas ações nos municípios e distrito federal. Também faz referência que as UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do departamento de atenção básica.

A portaria também fala sobre manutenção regular e dos equipamentos, existência e manutenção de insumos e medicamentos pactuados nacionalmente,

garantia pela gestão municipal de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população. Para garantir a integralidade do cuidado da população devem funcionar os fluxos definidos na RAS entre os diversos pontos de atenção, ter cadastro atualizado dos profissionais e equipes multiprofissionais completos. Esta portaria de maneira geral estabelece como é o processo de educação permanente das equipes da atenção básica, do processo do trabalho das equipes da atenção básica e das atribuições dos membros das equipes da atenção básica. BRASIL PNAB (2011)

Muito importante, são as atribuições comuns a todos os profissionais, para um bom desenvolvimento do trabalho, na equipe. Também muitas questões que envolvem o questionário falam sobre atribuições específicas do enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, ACS, dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal. Brasil PNAB (2011).

As quatro ESF e todos os profissionais da UBS participam na identificação das famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Estamos realizando o recadastramento das famílias e dos indivíduos para realizar análise da situação de saúde, melhorando os cuidados da população adstrita com ampliação do cadastramento, do número de atendimentos e melhorando a qualidade da atenção. Através das VD, consultas planejadas e por demanda espontânea além das atividades nos demais espaços comunitários (escolas, igrejas, entre outros). Realizamos ações de saúde de maneira integral conforme as necessidades. Nas reuniões de equipe, realizamos planejamento, avaliação das ações e trabalhos interdisciplinares integrando a áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. Dentro das atividades de educação permanente devemos melhorar a capacitação dos ACS, conhecer as atribuições específicas e comuns a todos os profissionais para melhorar os resultados. Em nosso atual diário temos muitos usuários que chegam por demanda espontânea a UBS com HAS e DM descompensados. A disponibilidade dos cadernos de Atenção Básica de HAS e DM (Portal do Departamento de Atenção Básica) e os cadernos de Acolhimento à demanda espontânea, são muito importantes para melhorar os conhecimentos e fazer um atendimento de qualidade a todos os usuários.

O fluxograma para organização do processo de trabalho das ESF na atenção primária para o atendimento da demanda espontânea não tem em todas as UBS. Este fluxograma deve ser adaptado à singularidade de cada UBS de modo a facilitar o atendimento às necessidades de saúde e importância do trabalho em equipe para o

acolhimento a demanda espontânea. O questionário da atenção de demanda espontânea e a leitura do documento de acolhimento do MS/2011 é de muita ajuda para orientar a assistência da equipe com o excesso de demanda espontânea e dos conselhos locais para efetivar a rede de atenção à saúde dos usuários de sua área adstrita. Na nossa UBS fazemos a primeira escuta do usuário para avaliar as necessidades de cuidados imediatos, identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas, prestando ou facilitando os primeiros cuidados, classificando o risco para definir as prioridades do cuidado, organizando o atendimento dos usuários no serviço.

O acolhimento melhora a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. A promoção da capacitação, neste tema promoverá mudanças para satisfação da população e gestores de Saúde no Município. Após o início do PMMB, por dados oferecidos pela secretaria municipal de saúde no informe anual, houve uma diminuição de casos de demanda espontânea, de emergências e urgências em Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento.

A saúde da criança deve ser tratada de maneira especial, para evitar a morbimortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil diminuiu nas últimas décadas no Brasil por vontade política do governo federal e pelas políticas e programas do MS com ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da ESF entre outros fatores. Desde a década de 1980 as atenções melhoraram com ampliação do acesso aos serviços de saúde, a desfragmentação da assistência e a mudança na forma do cuidado às gestantes e ao recém-nascido (RN). Em 1983, o programa de assistência integral a saúde da mulher foi lançada. Em 2000, o MS lançou o programa de humanização do Pré-natal e Nascimento para reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência. Em 2004, o MS da mulher elaborou o documento da política nacional de atenção à saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis. No contexto atual o MS organizou uma grande estratégia para qualificar as Redes de Atenção Materno infantil em todo o país com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da Rede Cegonha, implementada em parceria com estados e municípios que envolvem mudanças no modelo de cuidado a gravidez, ao parto/nascimento e a atenção integral a saúde da criança com foco nos primeiros dois anos, em especial o período neonatal. (Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004).

O MS recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na primeira semana, no primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nove meses e um ano), além de duas consultas no segundo ano de vida (18 e nos 24 meses) e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e das orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. (Portal do Departamento de Atenção Básica).

Em nossa UBS a atenção às crianças e adolescentes é realizada através de consultas de puericultura agendada, realizamos consultas por demanda espontânea e VD. Na sala de vacinação, organizamos de maneira geral para todo o Bairro, dificultando o registro adequado e a busca de faltosos a vacinação. Realizamos capacitação para os ACS e para as mães sobre o calendário de puericultura. Ainda chegam algumas crianças depois de sete dias para a revisão do RN.

Temos registro na base de dados da UBS com todas as crianças, os registros não são atualizados, ainda estamos fazendo recadastramento. Entendo que a caderneta é muito importante, auxiliando na promoção da saúde destas crianças. Temos estimado na ESF 63 (2,7 %) crianças menores de um ano, 127 (5,57 %), crianças menores de cinco anos e de 5-14 anos 680 (29,82%) crianças/adolescentes. A atenção às crianças e adolescentes são realizadas através de consultas de puericulturas agendadas na segunda feira, também realizamos consultas por demanda espontânea e VD, não adotamos nenhum protocolo de atuação. As quatro ESF, junto com os demais profissionais que trabalham conjuntamente na UBS não adotam nenhum protocolo de atuação.

Em relação ao pré-natal foi realizado um levantamento das informações do cadastro dos ACS atualizado no mês de maio, utilizou-se o número de gestante 45 (1,97 %). Todas as gestantes fazem acompanhamento do pré-natal e são acompanhadas na UBS na maioria das vezes. Realizam teste rápido de HIV e VDRL e as gestantes de alto risco são encaminhadas para o hospital da maternidade Mãe Lucia, realizamos o seguimento da mesma. Temos na comunidade (igrejas) grupo de gestantes.

Temos dificuldades com a realização das consultas pós-parto, não estamos conseguindo realizar a consulta no sétimo dia do RN, realizando-as tardiamente. Os aspectos mais importantes para contribuir e ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a pré-natal e puerpério seria uma conscientização das próprias gestantes quanto à importância do pré-natal e puerpério, assim como colaboração de toda equipe. Os ACS devem visitar suas 150 famílias mensalmente e visitar prioritariamente as gestantes da área orientando-as. A equipe deveria divulgar na sala de espera, igrejas, escola o atendimento e orientar as gestantes para o cumprimento do cronograma de consultas, a realização dos exames laboratoriais. As consultas de atenção pré-natal são realizadas pelos médicos e enfermeira das áreas adstritas da UBS. Algumas gestantes esquecem-se da consulta ou relatam que tiveram outro compromisso mais importante e não puderam remarcar o atendimento. A captação no primeiro trimestre não é realizada na maioria das gestantes, temos muitas captações tardias e grávidas adolescentes. Na quinta e sexta feira realizamos ultrassonografia (USG) obstetra na UBS, mais as vagas para as quatro equipes de saúde da família são poucas. Devemos melhorar os registros dos atendimentos, avaliar o estado geral da gestante, orientando-as quanto à importância dos retornos, coleta de exame e USG, motivando-as a participar do grupo de gestante. Na unidade são realizadas as consultas, VD e atividades de promoção de saúde, tentando cumprir com as orientações do MS, mais não temos definido um protocolo de atendimento da saúde a mulher de maneira conjunta. Cada equipe com ajuda dos ACS tem uma base de dados no pré-natal/puerpério e puericultura, mais a UBS não tem um registro geral de todo o Bairro. Deveremos organizar e melhorar os registros para um melhor controle da vacinação, podendo resgatar rapidamente os faltosos.

Um equilíbrio entre prevenção e tratamento passa a ser um desafio diário dos profissionais de saúde e dos serviços de APS. Caderno de Atenção Primária Rastreamento 29.

O controle dos fatores de risco é muito importante para evitar as doenças de câncer de mama e colo do útero, para realizar uma detecção precoce do câncer e evitar a mortalidade e incapacidades. Realizar a classificação de risco da mulher e selecionar o grupo de alto risco para realizar atendimento prioritário a esta mulher. Recomenda-se o rastreamento de câncer de mama bianual por meio de mamografia para mulheres entre 50-69 anos, antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada. O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais, apresenta prognóstico mais

favorável e a cura pode ser em torno de 100%. Em países onde implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução entre as mulheres de 50-69 anos com através do exame clínico das mamas e mamografia de acordo com a estratégia brasileira no documento de Brasil 2004 elaborado pelo INCA, em parceria com gestores do SUS.

O principal método para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau também conhecido como Prevenção de Câncer de Colo de Útero (PCCU) ou exame citopatológico (CP) do colo do útero, prioritariamente disponibilizado para as mulheres na faixa etária de 25- 64 anos definida como a população-alvo. Onde as lesões pré-maligna têm maior ocorrência, após os 65 anos deve-se suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais. Os resultados do exame Papanicolau e as condutas estão descritas na nomenclatura brasileira para Laudos cervicais e condutas preconizadas (INCA 2006). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivo no intervalo de um ano. No Brasil ainda é prática comum o exame anual. Nas quatro ESF realizamos os rastreamentos para câncer do colo do útero e câncer de mama. É disponibilizada a coleta realizada pela enfermeira diariamente. Os ACS estão recadastrando e a equipe iniciou o monitoramento, levantando o registro de mulheres com PCCU e seus resultados, para seguimento de acordo com as diretrizes do INCA, 2012, para captação das faltosas.

Em nossa UBS temos radiologista para USG de mamas, os agendamentos de mamografias são encaminhados para o hospital geral. Temos em nossa equipe 1.038 (45,5%) mulheres em idade fértil, com 635 (27,85%) mulheres de 25-64 anos e 131 (5,74%) mulheres de 59 -60. Ainda temos que trabalhar para melhorar a percepção de risco nas mulheres e orientar ao PCCU em tempo estabelecido, fazer registro adequado dos exames (mamografia e PCCU) pelas as equipes da UBS. Devido às dificuldades deveremos realizar a organização para melhorar a rotina dos mesmos, no controle, organização e resgatar das faltosas.

O cuidado integral com HAS, DM e suas complicações é um desafio para a ESF. A HAS é um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, é responsável por pelo menos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral, por 25 % das mortes por doença arterial coronária e 61 % de pessoas submetidas à diálise. O DM é um agravo comum

e de prevalência crescente que aumenta com idade, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade por insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. (Cadernos da Atenção Básica 36 e 37, BRASIL, 2013).

Na UBS trabalhamos para fazer uma boa atenção às pessoas com HAS e DM. Após o recadastramento aumentou o número dos indivíduos com HAS e DM, cerca de 657 usuários com HAS (18 %) e 108 (12%) com DM, sendo este cadastro muito pequeno para a população da UBS, que é de 24.000 habitantes. Os registros são insuficientes e desatualizados, não temos um registro e controle dos usuários com HAS e DM nas áreas de abrangência da UBS. Na reunião da equipe semanalmente realizamos planejamento para ações de saúde em áreas adstritas da UBS e áreas descobertas.

Realizamos consulta individual diariamente agendada e de demanda espontânea, VD e encaminhamos os usuários para a equipe de NASF (nutricionista, psicóloga), disponibilizada na quarta. Devemos aumentar as nossas ações a este grupo para realizar diagnóstico precoce e evitar complicações. É importante ter materiais de educação em saúde (folders, vídeos, cartazes) para divulgação a população em salas de espera, atividades de grupos, nas escolas, na comunidade. Necessitamos de esfigmomanômetros infantil e para adolescentes, de uma sala para a coleta de exames. Também precisamos de maior quantidade dos medicamentos da farmácia básica. Além disso, a UBS não tem o serviço odontológico. Todas as equipes realizam orientações para a população, com mudanças de hábitos saudáveis e novos estilos de vida. Há baixa cobertura, a quantidade de usuários que não são acompanhados, outros que não conhecem seu agravo ou não tem controle dos mesmos, sem uma percepção do risco. Todas estas dificuldades fazem desta ação programática um problema importante de saúde. O atendimento aos usuários é realizado pelas ESF, o acolhimento e triagem são realizados pelas técnicas de enfermagem, não adotamos nenhum protocolo de atuação, não há cadernos da atenção básica com a bibliografia atualizada na UBS. Todas estas dificuldades fazem desta ação programática um problema importante de saúde.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento com um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de do mundo.



[https://br.search.yahoo.com/search?p=AOrganizaçãopanamericanadeSaúde\(OPAS\)define+envelhecimento](https://br.search.yahoo.com/search?p=AOrganizaçãopanamericanadeSaúde(OPAS)define+envelhecimento)

Este envelhecimento é estimado para o ano 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. (Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e saúde da pessoa idosa Brasil 2013)

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir que possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, a longevidade é, sim, dúvida, um triunfo, mas muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante. Por não ter cura, essas condições crônicas frequentemente estão associadas e podem gerar incapacidade, afetar a funcionalidade das pessoas idosas impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente.

A função das políticas de saúde é contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, no Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa se facilitam instrumentos, ferramentas para os profissionais para que atendam essa população cada vez mais predominante no Brasil, além de oferecer uma abordagem integral na atenção do idoso.

Dentre de minha realidade na UBS onde trabalho o programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta por alcançar, pois o atendimento aos idosos por demanda espontânea acontece no mesmo dia que é feita a consulta das pessoas com HAS e DM, o qual limita a cobertura de atenção. Também não realizamos atendimento com abordagem integral, existem os protocolos, mas não são utilizados de forma correta, não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, impedindo desta forma conhecer a qualidade do atendimento, os riscos de cada usuário, os faltosos a consultas. Os registros dos idosos das ESF e da UBS não são atualizados, ainda os ACS estão realizando o cadastramento. As consultas agendadas e por demanda espontânea são realizadas diariamente em nossa UBS, mas nem todas as ESF tem planejado um dia para os idosos. Todas as equipes realizam VD aos idosos, mas como o bairro é muito populoso, sem transporte da UBS para as VD. Acreditamos serem realizados mais atendimentos médicos e de

enfermeira aos idosos na UBS do que se tem registro, fundamentalmente aqueles que demandam um cuidado diferenciado. Também realizamos atividades de educação em saúde com grupos de idosos e oferecemos orientações às famílias sobre os cuidados. Realizamos atividades educativas na UBS e na comunidade em parceria com a equipe de NASF e no dia de atendimento do programa. Pensamos que ainda temos que realizar maior quantidade de atendimento e com maior qualidade aos idosos, realizar um melhor registro, realizar mais VD aos mesmos, maior quantidade de atividades de promoção de saúde. Temos 306 (1,27 %) idosos após o cadastramento. Acreditamos na melhoria através da vontade conjunta das equipes da UBS, dos gestores da saúde.

As equipes estão motivadas, atravessamos obstáculos diariamente, mas apresentamos bons resultados através do esforço do dia a dia, realizando promoção de saúde, destacando os problemas na resolução dos casos. É uma ótima parceria entre equipe, satisfação da população para a melhora dos indicadores de saúde. A população está precisando de mais ESF, de um laboratório clínico, de um serviço odontológico e de uma UBS com qualidade na estrutura física e com privacidade. As ESF apresentam bons resultados, as equipes realizam um esforço para acompanhar as famílias, realizamos atividades de promoção de saúde e satisfação da população, melhorando os indicadores de saúde diariamente. Mas durante a realização desta Análise Situacional de Saúde devemos depois de analisar as ações programáticas, de demanda espontânea. Em todas as ações programáticas não temos o número real de usuários cadastrados, os registros são insuficientes e não são atualizados de maneira regular, temos áreas descobertas e o trabalho de organização e mapeamento das áreas do bairro devem melhorar. Não utilizamos nenhuma estimativa correta para o cálculo de indicadores, temos sub-registros. Não utilizamos os protocolos para uma atuação de maneira unida equilibrada e constante na rotina do serviço para todas as ações programáticas.

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

Ao realizar a leitura do texto inicial e comparar com a escrita do relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Situacional da Especialização em Saúde da Família houve a qualificação para conhecer, entender, avaliar o processo de trabalho da UBS e da situação de saúde da comunidade adstrita no serviço, percebendo os pontos positivos e os que devem ser melhorados pela equipe.

As principais dificuldades que inicialmente encontramos são:- Deficiente estrutura e espaço físico - Deficiente qualidade e atualização permanente dos registros - Baixos Indicadores de cobertura - Nem todos os ACS moram na área da abrangência de atuação.

A UBS em que estou inserido necessita de melhorar o número de ESF que trabalham na UBS, estes não estão adequados ao tamanho e da população da área adstrita. A falta de alguns profissionais como técnico de enfermagem e saúde bucal, odontólogo, pois sobrecarrega aos que estão trabalhando dificultando a prática de todas as adequações, das ações que analisamos durante a Unidade 1 do curso. Com a contratação de profissionais acredito que iremos conseguir cobrir satisfatoriamente a população. A falta do dentista prejudica muito a população que além de ficar sem atendimento se desloca para ser atendido em outra UBS e às vezes precisa esperar semanas, exceto nos casos de urgência.

Com o detalhamento realizado na Análise Situacional, abordou mais profundamente, estabelecendo a diferença com o relatório inicial. Considero que há muitos pontos a serem planejados para adequar a UBS aos requisitos básicos de acordo com os protocolos do MS, tanto para estrutura física quanto para os atendimentos das ações programáticas (saúde do idoso, da mulher, do homem, da criança). Temos que mencionar que todas as ações programáticas apresentam dificuldades, além dos esforços realizados diariamente pelos profissionais. É importante destacar que escolhemos como prioridade a ação programática sobre HAS e DM, pela alta taxa de mortalidade no Brasil e pelas complicações das mesmas, baixa cobertura, pouca quantidade de usuários cadastrados, das dificuldades na quantidade e qualidade integral dos atendimentos e que precisam de um maior conhecimentos de seus agravos, seus tratamento e como evitar as complicações.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para agravos decorrentes de arteriosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por agravo isquêmico cardíaco, cerebrovascular, vascular periférica e renal. A DM lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde na Atenção Básica com relação a estes dois agravos é a redução da morbimortalidade causada por elas, sendo primordial realizar estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas, MS (2013).

Os usuários com HAS e/ou DM pertencentes à UBS, segundo a estimativa dos indicadores ficando muito baixo o indicador de cobertura com população adstrita de 24.000 pessoas e população alvo estimada de 3.650 com HAS e 900 com DM, além disso, a cobertura dos usuários com HAS ficava em 27% (986) e dos com DM em 42,6% (383), dados que foram facilitados pelos gestores da unidade. O número de pessoas por ESF da UBS, de usuários com HAS e/ou DM que cada equipe acompanha, não está estratificada de maneira correta e com diferenças nos dados, falta de registros oferecidos por diferentes profissionais das ESF, dificuldades que motivaram nossa intervenção na escolha da ação programática com os usuários com HAS e/ou DM.

E considerando que é baixa a adesão dos usuários, na avaliação dos mesmos, iremos acrescentar qualidade na assistência, na avaliação do risco cardiovascular, solicitação de exames complementares e utilização dos medicamentos da farmácia popular. Sabemos da dificuldade de manter o estoque de medicamentos, obrigando os usuários a adquirirem seus medicamentos com custo, acarretando muitas vezes o abandono do tratamento. Não existe laboratório perto para realizar os exames o que obriga os usuários a pagar os exames em laboratórios privados ou fazer em outras UBS distantes de nossa área.

Nas ações de educação que são realizadas encontra-se, as conversas realizadas na UBS, nas VD e nos atendimentos individuais. AS orientações multiprofissionais e os conhecimentos fornecidos irão contribuir para o autocuidado bem como manterá o acompanhamento de acordo com o protocolo

Com a realização da intervenção objetivamos dar uma melhor atenção e acompanhamento aos usuários com HAS e/ou DM. Dentre as dificuldades, encontra-se a ausência de alguns medicamentos, não contamos com eletrocardiograma e glicômetro, há muitas consultas de demanda espontânea de outras áreas sem médicos, havendo uma sobrecarga no atendimento médico, orientamos a população para consultarem de forma periódica explicando a importância do acompanhamento, e garantindo a adesão ao programa.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Novo Horizonte, Macapá/AP.

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

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

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

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

## **2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.**

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

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

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

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

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

## **5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este é um projeto de intervenção que será realizado na UBS Novo Horizonte e será desenvolvido no período de 16 semanas, de setembro de 2014 a janeiro de 2015. Sendo preciso para desenvolver o projeto a participação das ESF da UBS e o apoio da gestão municipal e da secretaria de saúde. Participarão da intervenção todos os usuários estimados maiores de 20 anos ou mais com HAS é de 3.650 usuários. E para os usuários com DM, essa estimativa corresponde a 900 usuários. A atual cobertura da atenção aos usuários com DM é de 12% (108) e dos usuários com HAS são 18% (657).

Para desenvolver as ações previstas iremos realizar pesquisa ativa e rastreamento em atendimento individual e nas VD, mediante verificação da PA e controle de glicemia da população com fatores de riscos. Recadastro dos usuários com HAS e/ou DM em cada área de abrangência, atualizando todos os dados

necessários, tarefa já orientada aos ACS, enfermeiras, técnicos de enfermagem e médicos, com monitoramento mensal.

Identificando em pastas independentes os usuários com HAS e/ou DM por cada equipe e ACS. Revisaremos quinzenalmente os usuários faltosos às consultas, realizando busca ativa destes. Realizaremos exame físico e avaliação de risco cardiovascular a cada usuário em consulta. Agendaremos as consultas com a equipe de odontologia de forma programada. Planejaremos semanalmente atividades educativas de promoção de saúde na UBS, dando prioridade aos temas sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos, realizando capacitação e atualização da ESF sobre os temas de HAS e DM.

Utilizaremos como instrumentos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A ficha espelho será utilizada para o controle das ações realizadas individualmente, anotando todas as informações necessárias, além de constante monitoramento das informações contidas. A planilha de coleta de dados será utilizada para a coleta sistemática dos dados de todos os usuários, no período da intervenção. Ao final de cada mês, se fará a consolidação dos dados de todos, monitorando cada item do projeto.

Para auxílio na obtenção das informações necessárias utilizará o prontuário da família/ usuário. Além de informações coletadas pelos ACS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para o alcance dos objetivos propostos, seguidamente detalhamos as ações, segundo cada um deles, metas e o eixo correspondente.

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

#### **No eixo de monitoramento e avaliação:**

Realizaremos o monitoramento do cadastro de usuários com HAS e/ou DM quinzenalmente, nas reuniões da equipe.

Responsáveis serão os profissionais que realizam o acolhimento sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando, semanalmente.

#### **No eixo da Organização e gestão do serviço.**

Realizar-se-á a busca ativa dos mesmos nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas VD, garantindo, além disso, esfigmomanômetros,



estetoscópio e glicômetro para as ESF. Verificaremos a PA a todo usuário maior de 18 anos que comparece a UBS, independente do motivo.

Garantiremos o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa, responsabilizando a técnica enfermagem de cada ESF.

Realizaremos Hemoglicoteste (HGT) na UBS aos adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

Responsáveis serão os ACS, ou os profissionais da UBS nas VD sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

#### **No eixo Engajamento público:**

Informarmos a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, utilizando para isso a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos.

Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Utilizando para isso a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos.

Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

#### **No eixo da Qualificação da prática clínica:**

Capacitaremos os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS.

Capacitaremos as ESF da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Manteremos atualizados todos os cadastros.

Os ACS reforçarão o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM nas VD de todos os usuários que comparecerem à UBS. Será verificada sua PA e realizado o HGT.

A capacitação dos ACS será realizada pelas enfermeiras das ESF, as mesmas serão capacitadas pelos médicos das ESF. A verificação da PA e HGT serão realizadas pelas técnicas de enfermagem, pelas enfermeiras e pelos médicos.

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

**No eixo de monitoramento e avaliação.**

Monitoraremos a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e/ou DM assim como monitoraremos o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS.

Responsáveis serão os profissionais que realizam o acolhimento sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

#### **No eixo da Organização e gestão do serviço**

Definiremos as atribuições de cada profissional da ESF no exame clínico de usuários com HAS e/ou DM. Organizaremos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, utilizando as reuniões da ESF/UBS. Estabeleceremos periodicidade para as atualizações dos profissionais. Disporomos versão atualizada dos protocolos impressa na UBS.

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

Garantiremos com o gestor da UBS as vagas diárias para a realização dos exames complementares em outras UBS do município. Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

Responsável será a coordenação da UBS.

#### **No eixo do engajamento público:**

Orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e a DM sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente utilizando sala de espera na UBS; assim como os meios de comunicação que dispõe a comunidade. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

Responsável será a coordenação da UBS.

#### **No eixo da Qualificação da prática clínica:**

Capacitaremos as ESF para a realização de exame clínico apropriado.

Realizaremos atualizações dos profissionais no tratamento da HAS e DM sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Capacitaremos todas as ESF a utilizar os protocolos de atenção à DM e HAS sugeridos pelo MS. Monitoraremos os cadastros. Garantiremos os instrumentos de medição da PA e do HGT. Realizaremos ações de saúde envolvendo a comunidade. Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

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

**No eixo do monitoramento e avaliação**

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

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

**No eixo da Organização e gestão do serviço:**

Organizaremos as VD para buscar os faltosos nas reuniões da equipe e a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

**No eixo do Engajamento público:**

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouviremos a mesma sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e/ou DM. Esclareceremos aos usuários com HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

Responsável será a coordenação da UBS.

**No eixo da Qualificação da prática clínica:**

Treinaremos os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Informar os usuários expondo informativos no mural da UBS, capacitando a equipe, em especial os ACS a realizar atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade.

A capacitação dos ACS será realizada pelas enfermeiras das ESF, as ESF serão capacitadas pelos médicos das ESF.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações**No eixo do monitoramento e avaliação**

Monitoraremos a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS, responsabilizando cada membro da equipe.

**No eixo da Organização e gestão do serviço**

Manteremos as informações do SIAB atualizadas sob- responsabilidade dos ACS e enfermeiras. Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento para os dois agravos. Pactuaremos com as ESF o registro das informações, definindo o responsável pelo monitoramento registros.

Organizaremos 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 do agravo.

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

**No eixo do Engajamento público**

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

Estas ações de engajamento público será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

Responsável será a coordenação da UBS.

**No eixo da Qualificação da prática clínica**

Treinaremos as ESF no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM e para aprimorar os registros. Capacitaremos as ESF da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Estabeleceremos instrumentos de registro e acompanhamento. Realizaremos ações de orientações individual e coletiva.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

**Objetivo 5:** Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular**No eixo do monitoramento e avaliação**

Monitoraremos o número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando semanalmente.

#### **No eixo da Organização e gestão do serviço**

Priorizaremos o atendimento dos Usuários avaliados como de alto risco, organizando as agendas para o atendimento desta demanda.

Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando.

#### **No eixo do engajamento público**

Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecendo-os quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

#### **No eixo da Qualificação da prática clínica:**

Capacitaremos as ESF para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo. Capacitaremos as ESF para a importância do registro desta avaliação. E quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Realizando o acolhimento dos Usuários. Garantindo oferta de exames complementares, monitorando os resultados dos exames. Realizando atividades de educação em saúde.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

#### **No eixo do monitoramento e avaliação**

Monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com HAS e/ou DM com o dentista, da orientação nutricional aos mesmos, da orientação para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo.

Será responsabilidade de todos os profissionais sob a coordenação do diretor da UBS e do médico orientando.

#### **No eixo da Organização e gestão do serviço**

Demandaremos a junto ao gestor da UBS o agendamento de vagas para o atendimento odontológico em outras UBS, organizando a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Estabelecendo as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandando junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Responsáveis serão os profissionais e do médico orientando da UBS.

### **No eixo do engajamento público**

Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Orientando os usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientando os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Responsáveis serão os profissionais e do médico orientando da UBS.

### **No eixo da Qualificação da prática clínica**

Capacitaremos as ESF para a avaliação e tratamento bucal dos usuários com HAS e/ou DM. Sobre práticas de alimentação saudável. Sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas. Responsáveis será a coordenação da UBS, médico orientando e o odontólogo convidado nas reuniões de equipe na UBS.

Utilizaremos os indicadores da planilha OMIA expressados com numerador e denominador correspondentes que permitirá o monitoramento correto da meta proposta através da digitação dos cadastrados e das ações realizadas pelos profissionais. Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

## **2.3.2 Indicadores**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com HAS cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

**Indicador 2.7** Proporções de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.



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

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

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

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

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

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

### **3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.**

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

**Indicador 5.1** Proporções de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

#### No eixo do monitoramento e avaliação

Monitoraremos semanalmente a realização de consultas, os preenchimentos de maneira adequada da ficha de espelho e de todos os dados para melhorar os

indicadores que precisamos conhecer dos usuários com HAS e/ou DM e melhorar a qualidade da atenção. Vamos coletar os mesmos na planilha de coletas de dados fornecida pelo curso de especialização em Saúde da Família com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Será responsabilidade de todos os profissionais, diretor da UBS e dos médicos e enfermeiras das equipes.

### **No eixo da Organização e gestão do serviço**

Organizaremos as agendas e disponibilizaremos as vagas para o atendimento médico em nossa UBS e de odontologia em outras UBS, para possibilitar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Estabelecendo as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco dos Cadernos de Atenção Básica do ano 2013 para atenção aos usuários com HAS e/ou DM, MS (2013).

Responsáveis serão os profissionais das equipes, médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem e gestores da UBS.

### **No eixo do engajamento público**

Reforçaremos a parceria na comunidade e intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, junto aos gestores municipais e garantiremos a disponibilização do atendimento com dentista. Realizaremos atividades para orientar os usuários com HAS e/ou DM sobre seus agravos e prevenção das complicações fazendo a divulgação com materiais educativos providenciados pela secretaria de saúde de Macapá, vídeos educativos e palestras educativas com Power point elaborado pelos médicos das ESF para as capacitações utilizando os Cadernos da atenção Básica do MS (2013).

Responsáveis serão os médicos e gestores da UBS.

### **No eixo da Qualificação da prática clínica**

Capacitaremos as ESF sobre as Agravos Crônicos HAS e DM, além disso, sobre tratamento bucal do MS (2013)., práticas de alimentação saudável. Sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas, com a utilização de Materiais educativos, o computador da UBS e Vídeos.

Responsáveis, médicos e enfermeiras da UBS e o odontólogo convidado nas reuniões das equipes na UBS.

Durante a intervenção utilizaremos os indicadores da planilha OMIA expressados com numerador e denominador correspondentes que permitirá o monitoramento correto da meta proposta através da digitação dos cadastrados e das ações realizadas pelos profissionais. Responsáveis serão a coordenação da UBS e o médico orientando nas reuniões de equipe na UBS.

Para a realização da intervenção no protocolo de HAS e DM, adotaremos os manuais técnicos de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: HAS e de DM, MS 2013. Utilizaremos as fichas espelho (Anexo C) e a planilha de acompanhamento (Anexo C) destes agravos fornecidas pela UfpeL, utilizaremos uma ficha complementar (Apêndice A) para o acompanhamento, que inclui data da última consulta e avaliação odontológica e nutricional. Solicitaremos a impressão suficiente ao gestor de saúde e manter sua disponibilidade na UBS. Monitoraremos a intervenção semanalmente através da planilha de coleta de dados fornecida pela UFPEL (Anexo B).

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem e enfermeira localizará os prontuários dos usuários atendidos, iniciará o registro dos mesmos e preencherá as fichas de acompanhamento e de cadastros, se necessário, ao mesmo tempo se efetuará primeiro monitoramento, anexando-se consultas atrasadas, falta de exames complementares, avaliação do risco.

Todo usuário maior de 18 anos que comparecerá à UBS independente do motivo lhe será verificada a PA na sala de triagem pela técnica de enfermagem, que notificará a enfermeira se existir alteração da mesma.

A enfermeira realizará as indicações pertinentes, avaliará risco cardiovascular, solicitará exames e agendará a consulta para o médico, ficará reservada na agenda vagas disponíveis para estes usuários, se forem avaliados como risco cardiovascular alto será agendado para uma data inferior a 72 horas.

No caso de usuários com risco definido para DM será realizado HGT, se estiver acima de 220mg será avaliado no momento.

O atendimento poderá ser realizado em qualquer horário durante a semana, mas ficará estabelecido um dia específico de semana para acompanhamento de usuários com HAS e/ou DM, neste dia se avaliará IMC, medirá circunferência abdominal, HGT (será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem). Receberá atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos do atendimento.

Para garantir adesão dos usuários ao protocolo: Semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento que foi realizado pela técnica de enfermagem e quinzenalmente serão monitorados no registro dos usuários faltosos, assim como viabilizar situações de alerta, o qual será realizado em conjunto pelo ACS e técnica de enfermagem. Na reunião da equipe serão organizadas as VD a estes usuários, os que tiveram ausências repetitivas, e com risco cardiovascular elevado serão a prioridade para o médico e enfermagem. Serão agendadas as consultas para estes usuários de forma organizada nos dias de atendimento de forma prioritária para aqueles com alto risco cardiovascular ou descompensado.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos: Realizar-se-á avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano e o dentista definirá o acompanhamento tendo em conta as peculiaridades individuais de todos os usuários, estará disponibilizada a consulta duas vezes no mês em duas sessões de trabalho da odontologia em parceria com UBS mais próxima encaminhando os usuários ou agendada a consulta por ACS ou outros profissionais da equipe, além de que o próprio usuário poderá agendar sua consulta direto com a equipe de saúde bucal de UBS mais perto de nosso bairro. O atendimento ficará registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal.

Realizar-se-á palestras educativas de forma quinzenal com apoio do NASF e a nutricionista, na UBS antes do começo das consultas, incluirão os temas relacionados com alimentação saudável, importância da atividade física, e sobre os danos causados pelo hábito de fumar e beber excessivamente.

Nas consultas médicas e de enfermagem e nas VD realizadas pelos integrantes das ESF promoveremos estas orientações, também ficando registrada nos prontuários de cada usuário.

Para garantir o engajamento público nestas ações: Realizaremos divulgação do protocolo de HAS e MD repassado o atendimento realizado na UBS para estes usuários, fatores de risco do agravo, forma de acompanhamento destes usuários, detecção precoce, importância das consultas e suas periodicidades.

Para desenvolver esta ação, nos apoiaremos da rádio local do município, além dos carros de som, o que será coordenado pelo gestor de saúde do município e coordenador da atenção básica e materiais educativos e informativos para a população.

Realizaremos murais com a divulgação de dicas de prevenção destes agravos, além de outras informações relacionadas com o tema. Os materiais serão fornecidos pela secretaria de saúde.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe: Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual o protocolo de atendimento dos usuários com HAS e/ou DM, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe. Semanalmente um profissional da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e exporá o conteúdo aos outros profissionais da equipe, e facilitará também as trocas de experiências. Se houver necessidade do auditório e computador serão disponibilizados em nossa UBS. O caderno de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, neste momento é disponibilizado em versão digital.

### **Cronograma da intervenção**





### **3. Relatório da Intervenção**

Com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Novo Horizonte, Macapá/AP, desenvolvemos durante as 16 semanas uma intervenção, que realizou-se de outubro de 2014 a janeiro de 2015. Somos quatro ESF e uma equipe de NASF, sem atendimento odontológico, nem laboratório. Nossa população adstrita é de 24.000 habitantes, sendo estimados 3.650 usuários com HAS e 900 usuários com DM (VIGITEL, 2011). Antes da intervenção a cobertura era de 657 usuários com HAS (18 %) e 108 (12%) com DM, com sub-registros, a qualidade da assistência não era planejada e realizadas pelas equipes sem os princípios do SUS.

Durante a intervenção realizamos todas as ações de acordo com os objetivos e metas planejadas. A prefeitura de Macapá, através de sua secretaria de saúde realiza ações (consultas clínicas, imunizações, palestras, etc.) nos bairros com os profissionais de várias UBS, estas ações contribuíram com as ações planejadas da intervenção.

A seguir irei descrever as ações realizadas de acordo com o eixo pedagógico.

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

##### **Monitoramento e Avaliação**

Para ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM realizamos inicialmente o monitoramento do cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM quinzenalmente, nas reuniões da equipe, com os profissionais que realizam o acolhimento: enfermeiras, médicos das ESF em coordenação com diretor da UBS. Com o desenvolvimento da intervenção, no mês três e quatro, ao notarmos a necessidade de monitorar semanalmente iniciamos o mesmo, pelo aumento dos cadastros.

Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, monitoramos a realização do exame clínico para os usuários com HAS e/ou DM, assim

como monitoramos o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e seu retorno, a principal dificuldade foi a não realização de todos os exames requisitados, segundo o protocolo, pelos usuários. O Bairro é populoso, grande e não temos laboratório na UBS, sendo a maioria, encaminhados para outras UBS mais distantes ou para o hospital. Foi uma dificuldade, pois os mesmos não têm condições econômicas para custear os seus exames nos laboratórios privados.

Para melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa, monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de maneira semanal, os responsáveis foram à coordenação da UBS e os médicos, realizando orientação nas reuniões de equipe da UBS. Outro aspecto melhorado foram os registros das informações, onde pactuamos com as ESF o registro das informações, monitoramos a qualidade dos mesmos, responsabilizando cada profissional da ESF. Os responsáveis pelo monitoramento dos registros foram às enfermeiras e o gestor da UBS.

Para mapear os usuários com HAS e/ou DM do risco para doença cardiovascular, monitoramos semanalmente o número de usuários com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco anual, e priorizamos os atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco.

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

Na organização e gestão do serviço, definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com HAS e/ou DM. Organizamos e realizamos as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, utilizando as reuniões de equipe, com diretor da UBS e com os profissionais. As versões atualizadas dos protocolos foram disponibilizadas no computador da UBS e os responsáveis foram à coordenação da UBS e o médico orientando.

Algumas enfermeiras realizaram ações de saúde e VD para detecção da mobilidade oculta dos usuários, que somado à ajuda dos ACS e outros profissionais da UBS conseguimos ampliar a cobertura com maior número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

Realizamos durante a intervenção a coleta dos dados das ações realizadas para o cálculo dos indicadores. Realizamos a busca ativa dos usuários faltosos as consultas em suas casas, verificamos a PA a todo usuário maior de 18 anos atendidos

na UBS por qualquer causa e aproveitando todos os espaços da UBS e em VD nos moradores do Bairro assim como nas ações de saúde. A principal dificuldade foi a insuficiente disponibilidade de esfigmomanômetros, estetoscópios e glicômetro para as equipes.

Garantimos o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa, sendo responsabilidade das técnicas enfermagem das ESF. Após finalizar a intervenção, todas as ESF têm os registros atualizados de todos os cadastrados. Também realizamos o rastreamento de usuários com DM realizando HGT na UBS aos adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e outros fatores de risco. A verificação da PA e HGT foram realizadas, pelas técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicos.

Os ACS participaram dos cadastramentos dos usuários com HAS e/ou DM nas VD, captando-os para o cadastramento dos mesmos na UBS. Atualizamos as informações do SIAB, de responsabilidade dos ACS e enfermeiras, sendo preenchida planilha/registro específico de acompanhamento, para os dois agravos. Tivemos algumas dificuldades com os registros, mas com a ajuda de profissionais das ESF, moradores, secretaria e gestor da UBS, conseguimos uma quantidade importante de cadastros.

Também fizemos um mural da UBS com o cronograma das consultas para estes agravos e para organizar melhor a gestão dos serviços. Organizamos as VD para buscar os faltosos nas reuniões da equipe e a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Durante a intervenção garantimos com o gestor da UBS, vagas diárias para a realização dos exames complementares em outras UBS do município. Realizamos em parceria com a farmácia, o registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados por nossas ESF e aproveitamos esta informação para atualizar os dados dos usuários cadastrados na farmácia, como responsável ficou o coordenador da UBS.

Garantimos os instrumentos de medição da PA e da glicose capilar, no entanto, não foi possível ter a quantidade que precisávamos. Foram realizadas ações de saúde envolvendo a comunidade em escolas, igrejas, casas dos moradores e locais da comunidade. Onde realizamos rastreamento, palestras sobre os agravos, seus fatores de riscos, alimentação saudável, sobre a importância da prática das atividades físicas regulares, sobre saúde bucal, sobre a importância do tratamento medicamentoso e

não medicamentoso. Também nestas ações aproveitamos todos os espaços para as coletas de PCCU, imunização e realização de teste rápido de HIV e VDRL. Para medir a PA, verificar HGT a todas as pessoas de mais de 18 anos e com fatores de riscos.

Realizamos atendimento odontológico com o ônibus odontológico da secretaria de saúde. Aproveitamos o outubro de rosa, além de realizar palestras, PCCU, exame clínico das mamas, realizamos a verificação da PA das mulheres e seus familiares.

Organizamos as agendas para o atendimento desta demanda sendo o responsável a coordenação da UBS, os médicos da ESF e os médicos da UBS que não são ESF, mas realizam consultas na UBS a usuários com HAS e/ou DM.

As atividades de promoção de saúde de usuários com HAS e/ou DM foram realizadas nas consultas, na sala de espera da UBS, em VD, em ações de saúde. Receberam orientações nutricionais, atividade física regular, sobre riscos do tabagismo. Todos os usuários foram encaminhados para nutricionista, dentista e psicóloga. Foi realizada palestras também pela equipe de NASF. A agenda para o atendimento odontológico em outras UBS foi organizada a possibilitar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM e estabelecendo as prioridades de atendimento, considerando os usuários de maior risco. Todos foram encaminhados, mas a principal dificuldade foi que ainda não temos este serviço em nossa UBS e nem todos os usuários podem deslocar-se até as UBS parceiras.

### **Engajamento Público**

O Engajamento público foi realizado informando a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, utilizando para isso a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos e na UBS. Em ações de saúde, nos e os ACS, informamos as lideranças da comunidade, a importância do controle dos agravos crônicos, além de orientarmos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Estas ações de engajamento público foram responsabilidade de todos os profissionais em coordenação com diretor da UBS, dos médicos e das enfermeiras das ESF.

Para o melhor engajamento público orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Utilizamos a sala de espera na UBS e também aproveitamos as ações de saúde na comunidade e o trabalho junto da equipe de

NASF, onde realizamos muitas palestras; reuniões assim como entrevistas na rádio comunitária do Bairro que dispõe a comunidade. Orientaremos os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientamos os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos e suas alternativas, realizando o cadastramento na Farmácia Popular, na Avenida Fave.

Informamos a comunidade sobre a importância de realizar as consultas de acompanhamento e esclarecemos aos usuários com HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade das mesmas.

Os usuários foram informados quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular. A importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Outro ganho de nossa intervenção foi à busca de parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Os ACS e o gestor da UBS mobilizaram a comunidade para realizar as ações de saúde integral.

Estas ações de engajamento público foram realizadas por todos os profissionais da UBS e o responsável foi à coordenação da UBS.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Para realizar uma melhor qualificação da prática clínica realizamos capacitações aos ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS e capacitamos as ESF da UBS para a correta verificação da PA, da realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e pessoas com fatores de riscos e familiares de usuários com HAS e/ou DM.

A capacitação dos ACS foi realizada pelas enfermeiras, para as ESF a capacitação foi realizada pelos médicos. Realizamos a capacitação em Power Point sobre HAS e DM, baseados nos cadernos de atenção básica do MS. Os participantes gostaram das capacitações, depois das mesmas conseguimos motivar os profissionais para incrementar rastreamento e cadastramento.

Reproduzimos o projeto, os cadernos da atenção básica de HAS e DM do MS e dos cadernos dos ACS, arquivando-os nos computadores da UBS para acesso de todos os profissionais, para atualizações, dúvida e capacitações.

No eixo da qualificação da prática clínica realizamos capacitações às equipes para a realização de exame clínico apropriado, realizamos atualizações dos

profissionais no tratamento da HAS e da DM. Também capacitamos todas as ESF a utilizar os protocolos de atenção à DM e HAS do MS.

Para melhor qualificação da prática clínica capacitamos os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM, quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Informamos os usuários no mural informativo na UBS. Capacitamos as ESF e os ACS para realizar atividades de educação em saúde, na UBS e na comunidade. Estas capacitações foram realizadas pelas enfermeiras coordenadoras das ESF.

Todos foram treinados para o preenchimento dos registros necessário para acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM. Inicialmente tivemos algumas dificuldades de adesão, faltosos nas consultas, etc. Mas depois, foi melhorando e todos os dados da ficha espelho foram registrados e transcritos para a planilha de coleta de dados semanalmente, onde depois de digitar os dados, a ficha voltava para as ESF para seguir o registro/acompanhamento dos usuários nas próximas consultas.

Capacitamos as equipes para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Todas as ações foram desenvolvidas em sua totalidade, apesar das dificuldades. As ações que tivemos dificuldade de realizar foram as seguintes: Inicialmente nem todas as ESF entregaram as fichas espelho preenchidas para realizar uma coleta de dados com a qualidade que o projeto necessitava. Aspecto que depois foi melhorando com motivação, dialogando individualmente. Também apresentamos dificuldades com os recursos materiais como a reprodução das fichas espelho, com os esfigmomanômetros, estetoscópios, glicômetro. Dificuldades que durante a intervenção foram melhorando gradativamente pela ajuda da secretaria municipal de saúde e a cooperação dos profissionais e dos usuários da comunidade. Nem todos os profissionais participaram das capacitações, no entanto, a maioria recebeu as atualizações e tem a possibilidade das informações no computador da UBS. Nem todos os usuários realizaram os exames complementares de acordo com o protocolo, aspecto que teve melhora ao realizar os encaminhamentos para as UBS

mais perto da nossa UBS. O mesmo que foi realizado para organizar a agenda para a avaliação odontológica.

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

Para realizar a coleta de dados com qualidade e importante para nossa intervenção, realizamos a digitação dos dados dos usuários, obtidos das fichas de espelho, dos prontuários e dos cadastros realizados pelos profissionais das ESF. Além disso, as ações e cálculos realizados pela planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso de especialização em saúde da família. Ajudaram na atualização semanal dos dados, realizando o cálculo dos indicadores, semanalmente e mensalmente, monitorando e atualizando as ESF com todos os gráficos e tabelas automaticamente. Na realização das avaliações das ações/registros das informações. Monitoramos a qualidade dos mesmos, preenchendo a planilha/registro específico de acompanhamento para os dois agravos.

Tivemos algumas dificuldades com reprodução das fichas espelho, com ajuda dos profissionais das ESF, usuários, secretaria e gestor da UBS, conseguimos uma quantidade importante. Pactuamos com as equipes para os registros terem qualidade necessária na coleta de dados. As responsáveis pelo monitoramento dos registros foram às enfermeiras e o gestor da UBS. Todos os profissionais foram treinados para o preenchimento dos registros necessário para acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, na realização da coleta de dados. Inicialmente tivemos algumas dificuldades, mas foi melhorando e todos os dados da ficha espelho foram transcritos para a planilha de coleta de dados semanalmente, após a ficha voltava para as ESF para continuidade do acompanhamento dos usuários. As principais dificuldades foram que inicialmente nem todas as ESF entregaram as fichas espelho preenchidas em tempo correto, de maneira semanal, aspecto que melhorou no final.

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

Nestes quatro meses de intervenção realizamos muitas ações de promoção de saúde e atividades de capacitação. A cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM foi de 27% dos usuários com HAS e 42,6% para com DM. Tivemos



participação importante dos ACS na busca ativa dos faltosos. A maioria dos registros das fichas de acompanhamento foi adequada.

No final tivemos maior adesão dos profissionais à intervenção. A secretaria de saúde/atenção básica apoiou o projeto, requisitou para a gestão, quantidade de esfigmomanômetros e HGT suficiente para o atendimento. Houve envolvimento também do gestor da UBS

As atividades de promoção à saúde foram realizadas nas consultas, nas VD. Relato que nesta população adstrita nunca antes da intervenção um médico realizou VD aos usuários em suas casas. Estas VD foram realizadas aos usuários que moram em áreas de ressacas ou chamadas palafitas, onde a maioria precisa de nossos serviços e as condições higiênicas sanitárias são precárias, sendo uma experiência interessante. Também realizamos as atividades de promoção de saúde em ações de saúde em igrejas, escolas, casas de moradores e locais da comunidade.

Além das dificuldades, ficamos mais fortalecidos na UBS, o fortalecimento foi das ESF, dos usuários. Ainda temos que continuar trabalhando, mais foi uma experiência agradável. Eu penso que depois de quatro meses de intervenção conseguimos melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Novo Horizonte e continuaremos qualificando ainda mais.

Os profissionais da UBS se qualificaram, motivaram e unificaram as ações da intervenção, a mesma já esta incorporada a rotina.

Na nossa UBS temos o orientado Ernesto Rodrigues, também médico cubano, desenvolvendo a ação programática do idoso. Após a conclusão das duas intervenções, iremos discutir com as equipes da UBS, qual a ação programática que iremos realizar.

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

O projeto de intervenção foi realizado na UBS Novo Horizonte e desenvolvido no período de quatro meses, teve a participação das quatro equipes de saúde, apoio da gestão da UBS e da secretaria de saúde da prefeitura da Macapá. A seguir irei citar as metas com o indicador correspondente, avaliando o desempenho das ações durante a intervenção realizada.

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

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

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

**Indicador 1.1 e 1.2:** Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS.

A cobertura da atenção aos usuários com HAS antes do início da intervenção era de 18% (657) usuários com HAS e de 12% (108) usuários com DM cadastrados. Entres os objetivos da intervenção, melhorar e ampliar o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM de nossa população adstrita. As coberturas nos dois primeiros meses foram de 2% (79) e 5% (179) usuários com HAS e 3% (24) e 9% (79) usuários com DM. Ao iniciar nem todos os profissionais ficaram envolvidos com a intervenção, aspecto que depois foi melhorando e motivaram uma melhoria deste indicador de maneira importante nos terceiro e quarto meses até alcançar 27% (986) e 13% (462) de usuários com HAS e 24% (217) e 43% (383) de usuários com DM. Ao finalizar a intervenção com o desenvolvimento das ações realizadas intensamente e com um

número maior de ações de saúde (na comunidade, em igrejas, escolas), incrementamos as VD, a busca ativa dos faltosos, como também às ações de saúde realizando o rastreamento na população com riscos. Aproveitamos todos os espaços na UBS, nas consultas com participação ativa de todas as ESF conseguimos aumentar a captação. (Figura 1 e 2).

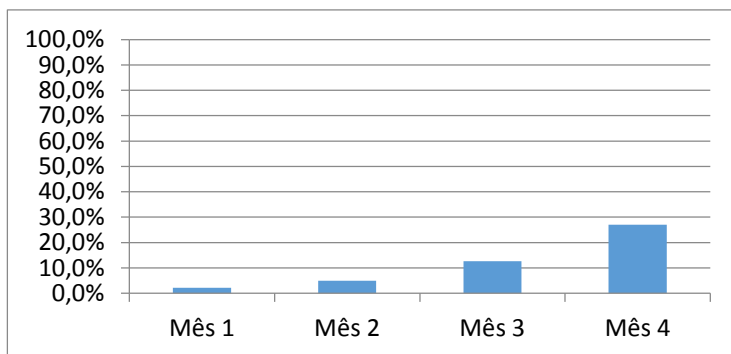


Figura 1 Cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e DM.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

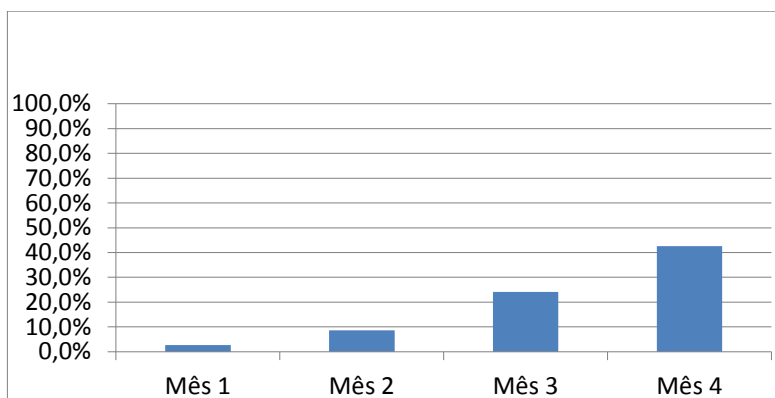


Figura 2 Cobertura de usuários com DM do programa de HAS e DM.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Os resultados foram melhorando, havendo maior motivação dos profissionais com as capacitações, maior apoio da comunidade e estabilidade no fornecimento dos medicamentos da farmácia da UBS e da farmácia Popular com apoio dos gestores da UBS e secretaria municipal de saúde. Com os resultados obtidos conseguimos ampliar a cobertura e organizar o cadastramento dos usuários da UBS, mas penso que o importante é continuar com rotina diária, dos cadastramentos dentro e fora da UBS para captar os usuários com HAS e/ou DM que ainda não foram cadastrados. Devemos perseguir a meta de cadastrar 100% da população alvo da área adstrita.

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

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

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

**Indicador 2.1 e 2.2:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Antes da intervenção o exame clínico realizado por todos os profissionais da UBS não tinha uma mesma forma ou padrão de identificação, avaliando integralmente e definindo os riscos dos usuários com HAS e/ou DM. Colocamos em pratica desde o início da intervenção, havendo aceitação pelos profissionais com a ajuda de nosso gestor. A proporção de usuários com HAS e/ou DM com exame clinico em dia de acordo com o protocolo de forma apropriada, foi de 100 % (79, 179, 462, 986) dos usuários com HAS e de 100% (21, 66, 205, 371) dos com DM. Os resultados alcançados também foram conseguidos através das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS motivando-os. Sendo importante para os usuários e pela definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico. Com os resultados alcançados o mais importante é que o trabalho continue na rotina do serviço em nossa unidade para que possamos realizar exame clinico e continuar melhorando a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.

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

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

**Indicador 2.3 e 2.4:** Número total de usuários com HAS e/ou DM com exames complementares em dia.

A proporção de usuários com HAS e/ou DM com os exames complementares em 97% (371) usuários com DM ao finalizar a intervenção. Mas iniciamos a intervenção no primeiro mês com 62% (135) usuários com e 88% (21) usuários com DM. No segundo e terceiro mês cadastramos e acompanhamos 90% (418) usuários com HAS e 94% (205) usuários com DM respectivamente.

A maioria tiveram todos os exames indicados em dia segundo o protocolo, mas a principal dificuldade foi que nossa UBS não tem laboratório clinico e não nem todos os usuários podem pagar para os laboratórios privados. Encaminhamos os usuários

para as UBS mais perto de nossa UBS e para hospital, além disso, no município nós só encaminhamos para UBS com laboratório distintos, outros realizam de forma particular os exames, permitindo que todos os usuários não tenham a possibilidades de sua realização. Além das dificuldades para conseguir agendar vagas para a realização dos disponibilizados, ficando difícil avaliar os retornos, mas na intervenção, a maioria dos usuários com HAS e/ou DM que fizeram atendimento, foram requisitado os exames complementares, conforme o protocolo. O trabalho educativo das ESF, divulgando a importância e necessidade da realização dos exames, nas ações de saúde das comunidades, em consultas e palestras o qual sensibilizamos a população sobre a importância de fazer os mesmos. Os usuários pendentes continuam em acompanhamento. Um Bairro populoso precisa de laboratório clínico e outros exames de qualidade e que possa satisfazer a demanda que atualmente tem os moradores da zona norte de Macapá ou a construção de centros diagnósticos com uma tecnologia necessária para a prevenção, controle e tratamento de destes agravos e de outras doenças e seus eventos. (Figura 3 e 4).

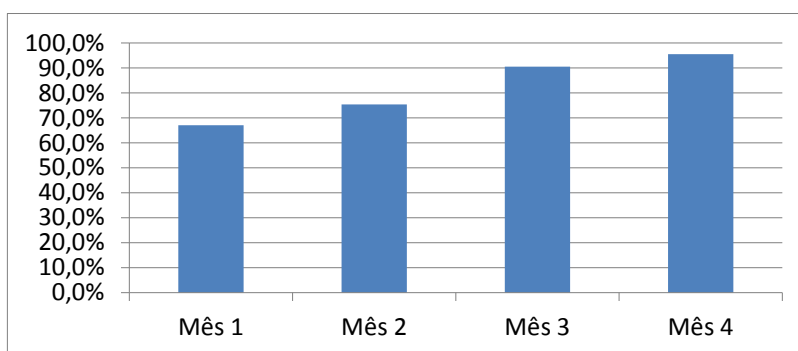


Figura 3 Proporção de usuários com HAS como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

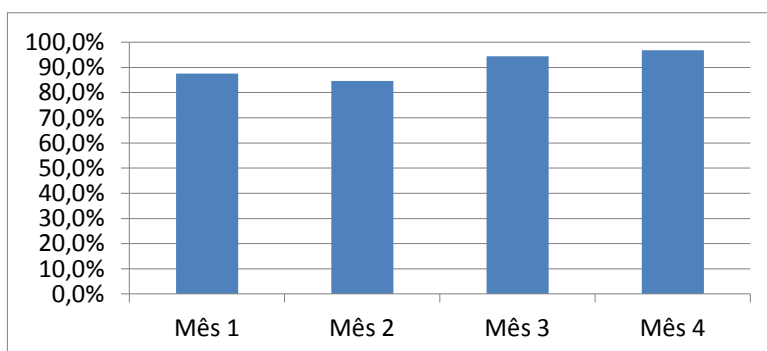


Figura 4 Gráfico da proporção de usuários com DM como os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

**Indicador 2.5 e 2.6:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Ao finalizar o quarto mês a proporção de usuários com HAS e/ou DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 99% (977) usuários com HAS e de 99% (380) usuários com DM, avaliamos que este resultado foi possível pela disponibilidade estável dos medicamentos durante os quatro meses da intervenção. Em alguns momentos em que a farmácia da UBS tinha falta de alguns medicamentos como hipoglicemiantes ou anti- hipertensivos, os usuários foram encaminhados para a farmácia da Avenida Fave, que é conveniada com a farmácia Popular referência na cidade de Macapá. Os usuários foram cadastrados e todos os meses foram fornecidos os medicamentos. Apenas dez usuários utilizam medicamentos, necessários para o controle, que não são da farmácia popular, tendo que comprar os mesmos, resultando de maior adesão dos usuários a consultas/intervenção bem como em outras atividades na comunidade.

Muito importante também foi o trabalho educativo realizado com os usuários sobre o conhecimento dos agravos, adesão ao tratamento medicamentoso, da ingestão permanente dos mesmos. A maioria dos usuários, ao retornarem à consulta, estavam com a PA e HGT normais, tratamentos adequados conforme os protocolos do MS. Na Farmácia da UBS temos registrado os usuários com HAS e/ou DM para controle dos medicamentos utilizados e organização. Pensamos que além dos resultados alcançados a população alvo necessita de manutenção dos remédios gratuitos, ampliando a quantidade dos medicamentos.

A evolução deste indicador no primeiro mês foi de 91% (71) usuários com HAS e 91% (21) usuários com DM, no segundo mês de 95% (170) usuários com HAS e 97% (75) usuários com DM. No terceiro mês com 99% (977) usuários com HAS e 99% (214) usuários com DM. (Figura 5 e 6).

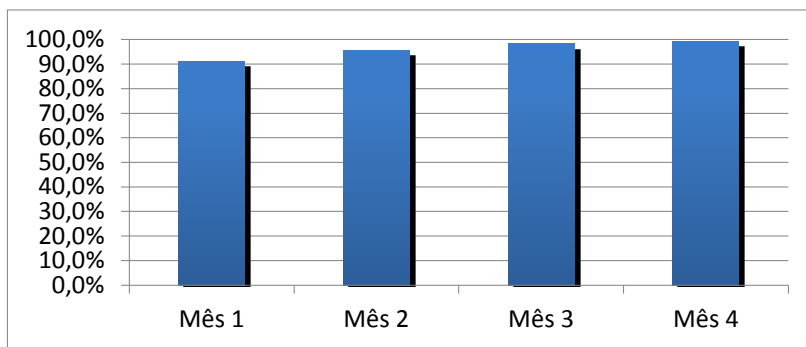


Figura 5 Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

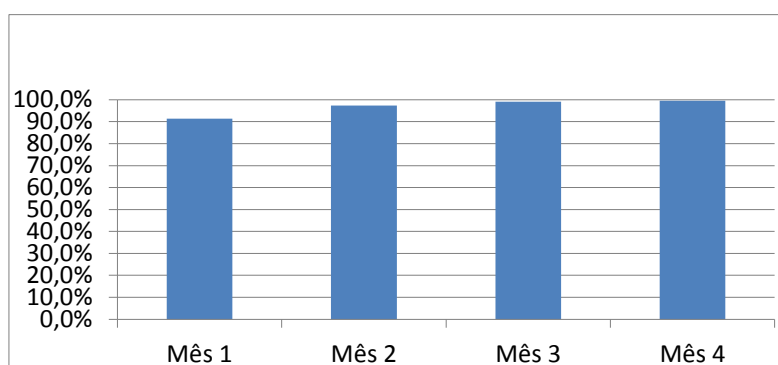


Figura 6 Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

**Indicador 2.7 e 2.8:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação à proporção de usuários com HAS e/ou DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico tivemos no primeiro mês de 63% (50) e 71% (17), no segundo mês de 81% (145) e 90% (70), no terceiro mês 93% (428) e 96% (209), finalizando com 97% (952) usuários com HAS e de 98% (375) usuários com DM. Os resultados alcançados foram pelas capacitações das ESF, pelos encaminhamentos realizados e do trabalho de parceria das UBS mais perto de nossa UBS, além da realização na comunidade de ações de saúde com consultório odontológico móvel da secretaria de saúde, o que ajudou neste indicador. É

importante mencionar que nossa UBS não tem este serviço de odontologia e esta foi uma grande dificuldade para cumprir este indicador. Avaliamos que um Bairro com mais de 24.000 pessoas necessita de um serviço de odontologia, de maneira estável pela importância da saúde bucal de todas as pessoas. (Figura 7 e 8).

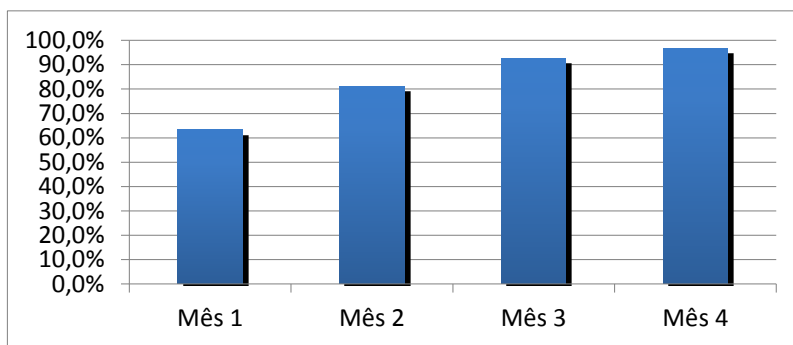


Figura 7 Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

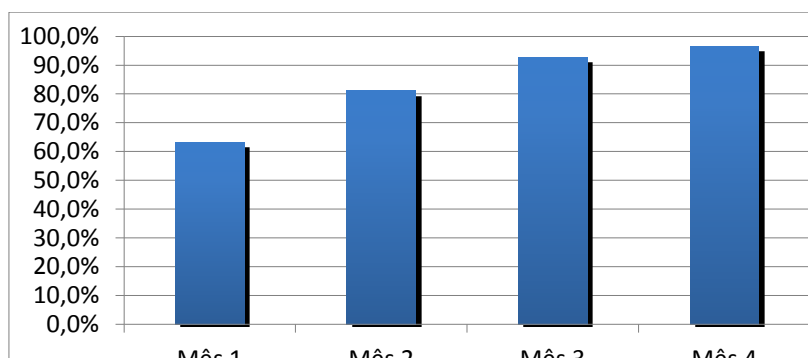


Figura 8 Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

### 3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

**Indicador 3.1 e 3.2:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Para melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa foi realizada a busca ativa dos usuários faltosos as consultas com a periodicidade recomendada. Tivemos em todos os meses 100% busca ativa dos faltosos as



consultas clínicas 8, 18, 18, 46 usuários com HAS e de 5, 10, 10, 41 usuários com DM. Os resultados foram alcançados pela organização do trabalho das ESF, pelo monitoramento semanal deste indicador, pelo incremento das VD pelos ACS, Técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos. Muito importante ressaltar o trabalho das enfermeiras coordenadoras das ESF pelo controle do trabalho e das VD realizadas pelos profissionais, tendo aceitação pela população, além das capacitações, palestras para os usuários com HAS e/ou DM sobre a importância das consultas de acompanhamento para o melhor controle.

As VD foram uma maneira legal de trabalhar a inter-relação com a população e vivenciar os problemas de saúde das comunidades, especialmente dos usuários faltosos. A importância é que os mesmos precisaram do acompanhamento, do controle da PA e glicemia por realizarem tratamentos irregulares, a maioria com alto risco cardiovascular e pouco conhecimento dos agravos. Aspectos que melhoraram depois do resgate dos mesmos, aderindo ao tratamento. Participaram das palestras melhoraram o conhecimento.

Realizamos consultas planejadas e agendadas por todas as ESF e dos médicos que trabalham na UBS, realizando atendimento aos usuários com HAS e/ou DM semanalmente, garantindo a atenção dos usuários agendados, por demanda espontânea ou que foram resgatados durante a busca ativa.

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

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

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

**Indicador 4.1 e 4.2:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações e manter a ficha de acompanhamento de todos os usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS, alcançamos ao finalizar a intervenção, uma proporção de 100% (983) usuários com HAS e de 100% (383) usuários com DM. Inicialmente tivemos dificuldade, pois a maioria dos profissionais tinham resistência à intervenção e não realizavam o

preenchimento da ficha espelho. Falamos com os mesmos individualmente e solicitamos a ajuda dos profissionais, estabelecemos uma rotina, que após o preenchimento entregariam as mesmas para nós, que digitalizaríamos os dados necessários para a planilha de coleta de dados. Após devolveríamos para as ESF. No início estas fichas ficavam organizadas em pastas das ESF. Ao reavaliarmos concluímos que ficariam junto aos prontuários dos usuários para agilizar as consultas e fazer um melhor acompanhamento de retorno.

Logo com os avanços da intervenção, com as capacitações dos profissionais foi aperfeiçoando-se, e incrementando-se o registro, o preenchimento adequado dos mesmos, tendo a participação de todos os profissionais. Os ACS e técnicas de enfermagem ajudaram com o preenchimento dos dados gerais dos usuários e os médicos e enfermeiros preencheram os dados ou informações clínicas, como os medicamentos, exames laboratoriais, IMC, avaliação do risco cardiovascular, exame físico, exame dos pés, orientações (nutricionais, antitabagismos, atividade física regular e odontológica), reagendamos a próxima consulta.

Ao finalizar a intervenção conseguimos registrar adequadamente as informações, tivemos muitas ideias durante a intervenção que podem ser recomendações para outros estudos, melhorando a atenção aos usuários com HAS e/ou DM no Brasil, utilizando as informações registradas na ficha de acompanhamento, confeccionando uma caderneta dos usuários com HAS e/ou DM, onde além das informações de identificação, estar registrado as avaliações, acompanhamentos, facilitando aos usuários o acesso às informações.

A evolução destes indicadores foi no primeiro mês de 99% (78) usuários com HAS e de 96% (23) usuários com DM, segundo mês 98% (176) usuários com HAS e no terceiro mês com 99% (459) usuários com HAS. A evolução dos registros dos usuários com DM no segundo e terceiro mês foram de 100%, (78 e 217) respectivamente. Alcançamos ao finalizar a intervenção, uma proporção de 100% (983) usuários com HAS e de 100% (383) usuários com DM (Figura 9 e 10).

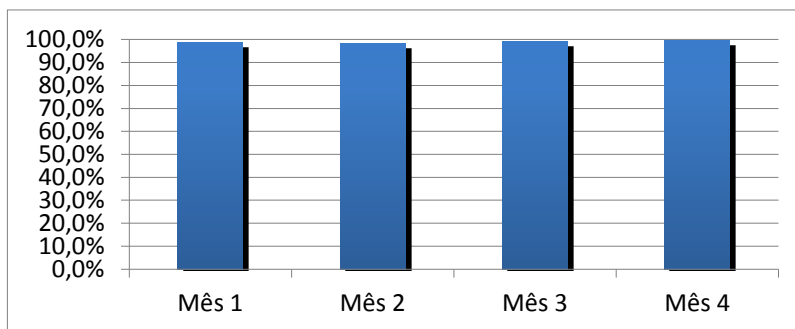


Figura 9. Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

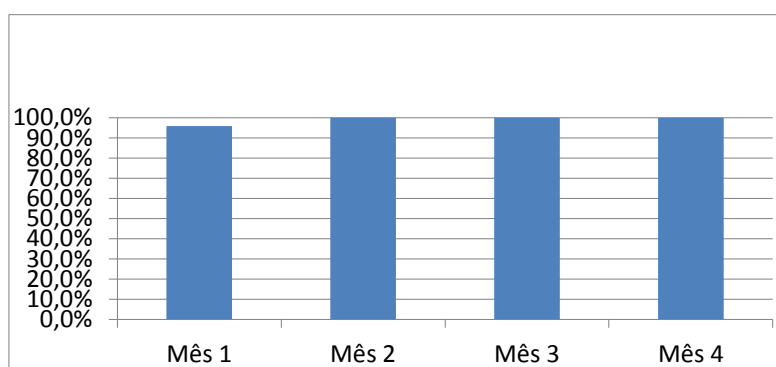


Figura 10 Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

## 5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

**Indicador 5.1 e 5.2:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com estratificação de risco cardiovascular

O mapeamento dos usuários com HAS e/ou DM de risco cardiovascular realizado com estratificação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo em todos os usuários cadastrados foi realizado na UBS. A estratificação de risco cardiovascular iniciou com 90% (71) usuários com HAS e 87% (21) usuários com DM, no segundo e terceiro mês com 90% (162), 96% (445) usuários com HAS e (99% (77), 99% (216) usuários com DM, respectivamente. Finalizando a intervenção com 98 % (969) de usuários com HAS e de 100% (382)

usuários com DM, desde o início os profissionais realizaram a estratificação de risco e mapearam os mesmos.

Na estratificação do risco cardiovascular são necessários, além do exame físico, os resultados dos exames complementares, que nem sempre foi possível, pela falta de laboratório clínico e de recursos em nossa UBS, além de ressaltar que antes da intervenção nem era realizada esta avaliação. Os resultados foram obtidos pelas capacitações realizadas que tiveram muita aceitação pelos profissionais da UBS, melhorando o conhecimento dos mesmos sobre a classificação do risco cardiovascular.

Também pelas ações do monitoramento semanal do número de usuários com HAS e/ou DM com realização de estratificação de risco durante a intervenção. Com os ACS e técnicos de enfermagem pactuamos a prioridade do atendimento aos usuários avaliados como de alto risco, para priorizar as vagas e organizar semanalmente as agendas de atendimento em consultas médicas. Orientamos aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Em nossa intervenção todo usuário maior de 18 anos que compareceu à UBS independente do motivo foi verificada a PA, peso e altura na sala de triagem. O acolhimento inicial foi realizado pelas técnicas de enfermagem. Para poder fazer avaliação do risco cardiovascular e avaliar o IMC, as alterações evidentes foram notificadas de maneira imediata as enfermeiras que realizaram as indicações pertinentes (avaliaram risco cardiovascular, solicitação de exames complementares, etc.). Os usuários foram atendidos de maneira imediata ou agendaram a consulta para o médico, após a avaliação realizada. Definimos reserva na agenda de vagas para estes usuários avaliados. Com risco cardiovascular alto, em uma data inferior a 72 horas, aconteceu que nem sempre os usuários retornaram antes das 72 horas ou ainda não tinham realizado seus exames complementares. Foi um trabalho realizado pelas ESF para conseguir o mapeamento de risco para doença cardiovascular.

No caso de usuários com risco definido para DM foram realizadas HGT, os que ficaram acima de 220mg, eram avaliados e tratados no momento por médicos da UBS, sendo às vezes necessário encaminhar o usuário para a unidade de pronto atendimento (UPA da Zona Norte) e outros para o Pronto Socorro com as ambulâncias do SAMU. Notamos que com o desenvolvimento da intervenção estas ocorrências foram diminuindo, houve um maior controle dos usuários com HAS e/ou DM. O HGT

foi realizado pelas técnicas de enfermagem na sala de triagem e os usuários com critérios de risco, receberam atendimentos pelas enfermeiras e médicos, cumprindo os protocolos do atendimento, também nas ações de saúde e nas VD. Foram realizados HGT e medições da PA para rastreamento, controle e avaliação do risco cardiovascular.

Tivemos muita aceitação pela comunidade e uma melhor atenção aos moradores do Bairro. Aconteceu que nem todas as ESF tinham a quantidade necessária de esfigmomanômetros e fitas suficientes para a PA e HGT em relação à demanda de moradores do Bairro.

Avaliamos que é muito importante incorporar a rotina do serviço de saúde à avaliação do risco cardiovascular, estabelecendo as prioridades de atendimentos dos usuários que tem maior probabilidade de complicações por agravos cardiovasculares. É necessário o fornecimento de um número maior de aparelhos as ESF e a realização de capacitações nas reuniões na UBS (Figura 11 e 12).

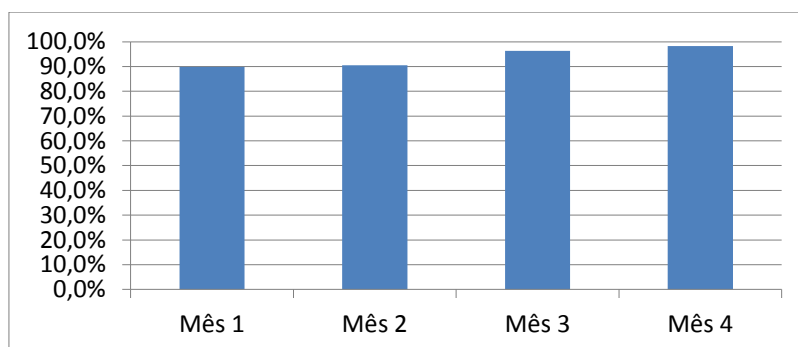


Figura 11 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

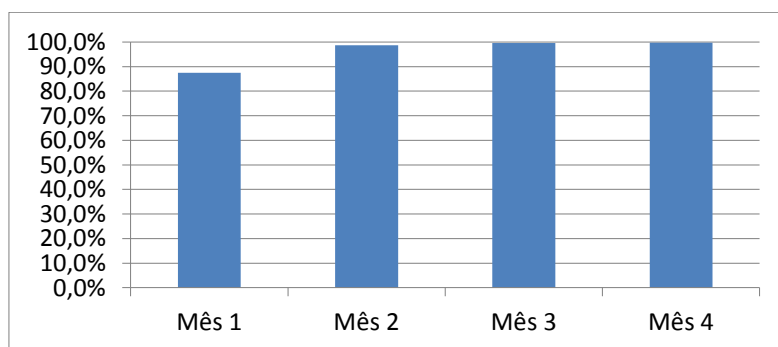


Figura 12. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo seis:** Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM.

Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos e garantir as orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal, realizamos a quantificação e proporção de usuários com HAS e/ou DM que receberam estas orientações.

De forma geral os resultados obtidos relacionados com a promoção de saúde, apresentaram um comportamento que foi melhorando durante a intervenção, chegando aproximadamente à meta proposta ao final. No primeiro mês não foram alcançados os indicadores propostos, pois nem todas as equipes realizaram as ações de promoção de saúde. Realizamos atividades de educação e capacitação sistematicamente, mas nem todos os profissionais da UBS participaram, nem todas as ESF entregaram as fichas espelho preenchidas de maneira adequada, nem todos os profissionais das ESF ficaram envolvidos e motivados com o projeto, mas aos poucos foram aderindo à intervenção, o cronograma foi cumprido. Realizamos as ações de saúde em igrejas, escolas e locais da comunidade. As palestras na UBS foram muito importantes para atingir os resultados positivos deste objetivo no término da intervenção.

Para promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM foram realizadas avaliações odontológicas, palestras educativas com apoio dos profissionais da equipe de NASF e a nutricionista e psicóloga da UBS. Realizamos palestras sobre alimentação saudável, importância da atividade física, e sobre os danos causados pelo hábito de fumar e beber excessivamente.

Nas consultas médicas, de enfermagem e nas VD realizadas pelos integrantes das ESF foram realizadas estas orientações. Também foi realizada a divulgação dos protocolos de HAS e DM, fatores de risco do agravo, forma de acompanhamento destes usuários, detecção precoce, importância das consultas, suas periodicidades.

A rádio local do Bairro com ajuda de ACS fez a divulgação da intervenção, juntamente com as orientações de promoção de saúde. Os carros de som com ajuda dos usuários da comunidade divulgavam as ações de saúde. Foram entregues materiais educativos e informativos para a população. Realizamos murais com a divulgação da prevenção destes agravos, com o mapa das áreas de abrangência de cada ESF e uma foto dos membros das equipes com cores. Fizemos a orientação para a população dos ACS que trabalham em diferentes micros áreas do bairro, para que a população conheça quem são seus ACS.

Para a realização das atividades de promoção de saúde buscamos parceria com a secretaria de saúde e prefeitura de Macapá, realizamos ações de saúde planejadas. Aproveitamos as mesmas para a realização de nossa intervenção com ajuda de outros colegas do PMMB e de outros profissionais das UBS do município, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizamos a comunidade para que junto aos gestores municipais promovam o atendimento odontológico. Orientamos os usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular e os usuários tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Muito importante mencionar que as ações de saúde acontecem de maneira integral e estável a mais de um ano em diferentes Bairros da cidade promovidos pela secretaria e pela prefeitura de Macapá, tendo aceitação pela população, pela quantidade e qualidade das consultas realizadas (médicas, de enfermagem, coleta de PCCU, com nutricionistas, psicólogas, dentistas, realização de testes rápidos de HIV e VDRL, palestras, vídeos educativos).

Ao finalizar a intervenção a maioria dos usuários com HAS e/ou DM receberam as orientações, melhorando os conhecimentos dos agravos, mas avaliamos que ainda temos que continuar a intervenção. As UBS tendo mais recursos materiais para realizar ações de promoção, mais vídeos educativos na rotina diária das UBS. Divulgar ações e orientações nas rádios, jornais, televisão.

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

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

**Indicador: 6.1 e 6.2:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em quanto à proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável temos que mencionar que durante o primeiro mês da intervenção, receberam as orientações nutricionais 63% (50) usuários com HAS e 71% (17) usuários com DM. No segundo e terceiro mês com 97% (174) e 99% (457) usuários com HAS e 99% (77) e 99% (216) usuários com DM respectivamente.

Finalizamos a intervenção um 99% (981) usuários com HAS e um 100% (382) usuários com DM. (Figura 13 e 14).

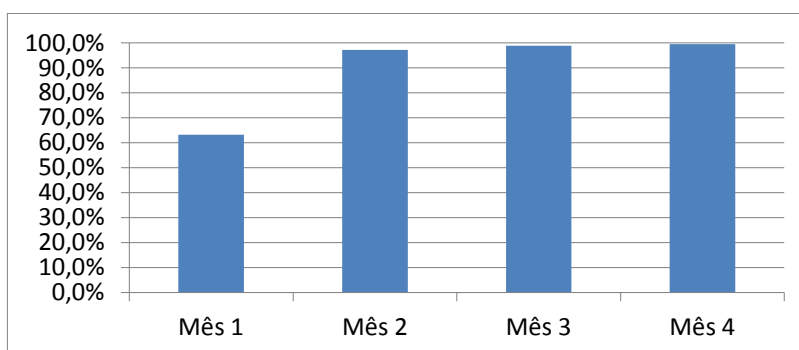


Figura 13 Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

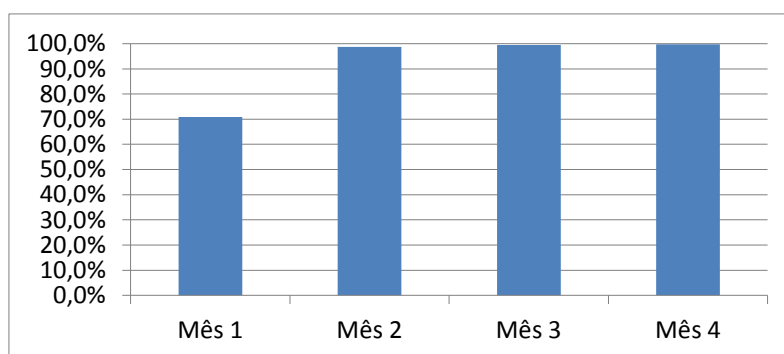


Figura 14 Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

**Indicador: 6.3 e 6.4:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Tivemos ao termino da intervenção 99% (972) usuários com HAS e 99% (381) usuários com DM, receberam as orientações sobre a prática de atividade física regular. (Figura 15 e 16). Tivemos no primeiro mês, devido à falta motivação, conhecimentos um baixo número dos cadastrados registrado adequadamente. As orientações referentes a estes indicadores, após o monitoramento e avaliação, foi melhorado o



registro das ações referentes às atividades físicas dos usuários, comportando no primeiro, segundo e terceiro 10% (8), 92% (165), 97% (448) usuários com HAS e 17% (4), 97% (76), 99% (215) usuários com DM respectivamente.

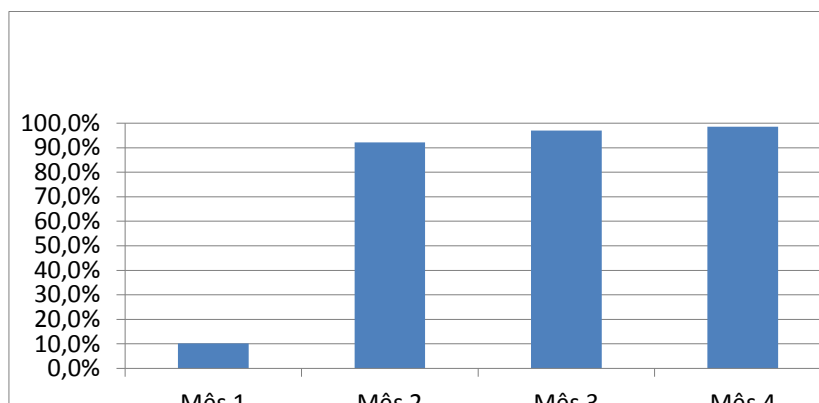


Figura 15 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

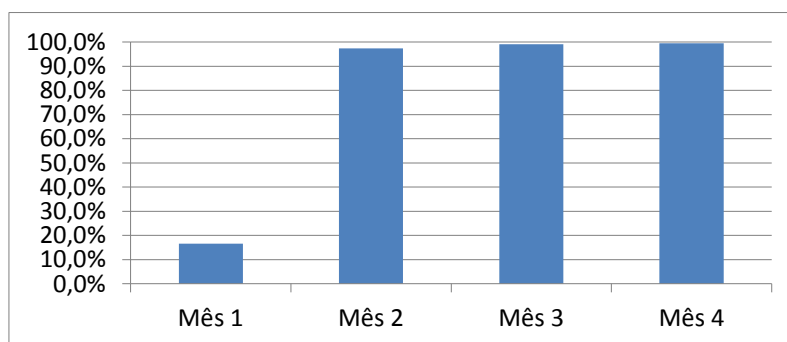


Figura 16 Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

**Indicador 6.5 e 6.6:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientações sobre os riscos do tabagismo foi realizada em 100% (972) usuários com HAS e 99% (381) usuários com DM ao finalizar a intervenção (Figura 17 e 18). O comportamento no

primeiro, segundo e terceiro 11% (9), 92% (165), 97% (448) usuários com HAS e 17% (4), 97% (76), 99% (215) usuários com DM respectivamente.

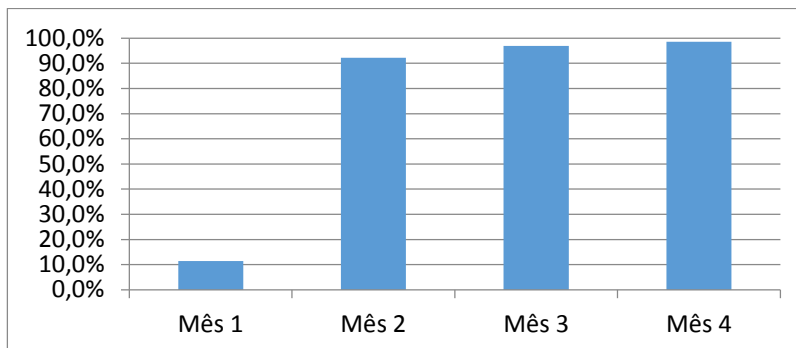


Figura 17 Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

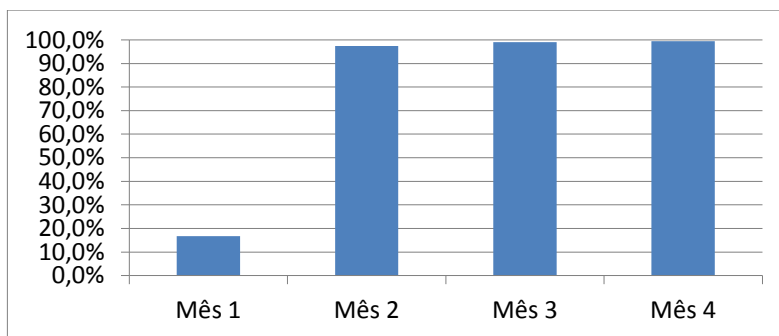


Figura 18 Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

**Indicador 6.7e 6.8:** Proporção de usuários com HAS e/ou DM com orientação sobre higiene bucal.

A proporção de usuários com HAS e/ou DM que receberam as orientações sobre higiene bucal alcançamos 96% (76), 100% (179, 462, e 986) usuários com HAS e 100% (24, 78, 217, 383) usuários com DM. Inicialmente nem todos os profissionais se envolveram, nem todos participaram no preenchimento adequado das informações e nas capacitações.

## 4.2 Discussão

Depois de avaliar os objetivos, as metas com os indicadores correspondentes e avaliando o desempenho das ações de acordo com os resultados durante a intervenção realizada, realizaremos a discussão dos resultados alcançados com a intervenção, a importância da intervenção para as equipes, para o serviço, para a comunidade, o que faríamos diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento e quais são os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço.

Brasil é único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Esses investimentos vêm da gestão federal através do MS. Essa missão faz parte da estratégia de Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País. (Revista Brasileira Saúde da Família Publicação do Ministério da Saúde AGÊNCIA BRASIL, 2011). A HAS é responsável por 40 % das mortes por acidente vascular cerebral e 25 % das mortes por doença arterial coronária e 61 % de pessoas submetidas à diálise e causa direta de cardiopatia hipertensiva. É fator de risco de arteriosclerose e trombose, se manifestam por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, e a DM lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação sendo responsável pelo aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares (Cadernos da Atenção Básica 36 e 37, BRASIL, 2013).

A intervenção realizada permitiu-nos qualificar a assistência com os usuários com HAS e/ou DM. A cobertura do programa foi aumentada em relação ao cadastro existente antes da intervenção, ampliando a cobertura, organizando o cadastramento dos usuários na UBS. O exame clínico apropriado através dos protocolos foi uniformizado para identificar, avaliar integralmente e definir os riscos dos usuários com HAS e/ou DM de maneira integral nas ESF. Ao finalizar podemos avaliar que os resultados foram favoráveis e positivos, onde foram melhorados os registros e aumentaram os atendimentos com qualidade. Nos quatro meses da intervenção aumentamos as atividades de promoção de saúde, com maior satisfação da população.

Toda a UBS através das ESF organizou-se na assistência aos usuários com HAS e/ou DM, aumentamos os registros e a cobertura, melhoramos os planejamentos

e realizamos maior quantidade de atividades de educação em saúde, aumentando as ações nas igrejas, escolas. Realizamos maior quantidade de VD com qualidade, o que ajudou na realização de outras ações como puericultura, pré-natal e puerpério, idosos e saúde da mulher. Os profissionais das ESF aumentaram os conhecimentos sobre HAS e DM pelas capacitações realizadas, incrementou o acolhimento, o rastreamento, o controle e seguimento dos usuários com HAS e/ou DM das áreas de abrangência.

---

Nossa intervenção melhorou o acolhimento e acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, ao chegaram a nossa UBS agilizando a atenção aos de risco elevado. Os agendamentos foram realizados de maneira adequada, ficando agendado o retorno, elevando a satisfação dos usuários. Também definimos o papel de cada profissional. A coleta de dados permitiu registrar os usuários com HAS e/ou DM, cadastrando-os e tendo um melhor controle dos usuários no serviço. A intervenção melhorou a organização do serviço o que também permitiu avaliar uma maior quantidade de usuários. Isto é, o serviço ficou organizado e os profissionais capacitados para esta ação programática.

A comunidade com a intervenção melhorou o conhecimento dos agravos: HAS e DM, com as orientações realizadas. Resultando num adequado e qualificado acolhimento em nossa UBS. Tiveram a oportunidade de obter maior quantidade de vagas, melhorar a organização do serviço e das ESF, em relação ao atendimento destes usuários, agendando o retorno ao finalizar as consultas. Tiveram maior atenção dos profissionais das equipes, presentes mais perto de suas casas, com as ações integrais de saúde e com as VD. Ainda temos que continuar com a sensibilização dos usuários que não conhecem o porquê das prioridades, assim como, fazer com que as comunidades sejam parceiras na solução dos seus problemas de saúde. A intervenção teve diferentes setores da comunidade participando na realização das atividades de educação em saúde, ajudando aos integrantes das equipes nos acompanhamentos e acolhimentos para os moradores do Bairro.

A maioria dos usuários com HAS e/ou DM que retornaram as consultavam estavam com a PA e glicemia normal, contentes com o controle do agravo e com a possibilidade de obter os medicamentos gratuitos na farmácia da UBS ou da farmácia popular de referência.

Para ao realizar a intervenção novamente, gostaria de registrar o nome dos medicamentos prescritos na ficha de espelho, na planilha de coleta de dados, com a finalidade de gerar gráficos com o nome dos medicamentos mais utilizados. Se a

intervenção fosse neste momento, insistiria com a gestão na construção e ou aparelhamento de um laboratório de tecnologia necessário para a prevenção, controle e tratamento para diagnóstico de agravos e suas complicações na região norte de Macapá.

Pensamos que além dos resultados alcançados a população necessita de fornecimento contínuo dos medicamentos priorizados pelos protocolos e distribuídos gratuitamente pelo governo, ampliando a quantidade dos mesmos e sugerindo outros medicamentos necessários para o tratamento de ambas os agravos. O Bairro necessita de um serviço de odontologia pela importância da saúde bucal da comunidade e da importância deste cuidado aos usuários com HAS e/ou DM.

As VD aos usuários foram um sucesso, mas devemos incrementar as atividades das mesmas. Ao finalizar a intervenção realizamos o registro adequado das informações, mas avaliamos que durante a intervenção surgiram muitas ideias que podem ser recomendações para estudos e conseqüentemente melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM no Brasil, utilizando as mesmas informações que estão nas fichas de acompanhamento, utilizando a Caderneta dos usuários com HAS e/ou DM. Onde além das informações de identificação, avaliação e acompanhamento, também podem ter informações sobre seus agravos, com o prontuário integral de acompanhamento. Gostaria de sugerir para os ACS que auxiliem na captação, orientações destes agravos e numa maior quantidade de materiais e vídeos educativos para as ESF. Gostaria que houvesse maior envolvimento das rádios locais, dos jornais, da televisão com o projeto e participassem na divulgação preventiva sobre a HAS e DM fornecendo um maior conhecimento da população, evitando internações, morbi- mortalidade, complicações e sequelas por estes agravos.

Os próximos passos são continuar com a captação, realização da coleta de dados para ampliar a cobertura ao programa. Manter a solicitação a nossa secretaria de saúde para a entrega de maior quantidade de esfigmomanômetros e glicômetros às ESF e garantir o rastreamento, chegando à meta de 100 % da cobertura do programa. Garantir a realização da medição da PA e do HGT durante a triagem. Ampliar sistematicamente as atividades de promoção de saúde em todos os espaços de trabalho, dentro e fora da UBS, sendo necessário manter as capacitações dos profissionais das ESF, aperfeiçoando estratégias para garantir avaliação odontológica e exames laboratoriais dos usuários com HAS e/ou DM de nosso Bairro Novo Horizonte. Dentre os próximos passos também encontra se espalhar a experiência da

intervenção a outras ações programáticas com a participação dos gestores e todos os profissionais da UBS e das ESF.

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

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil, a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial. A diabetes mellitus lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares pelo qual acreditamos que o controle adequado destas doenças é de vital importância. O programa Mais Médico para Brasil facilitou-nos a realização do curso de Especialização de Saúde da Família, através da Universidade Federal de Pelotas. Durante o curso realizamos um diagnóstico dos principais ganhos e dificuldades da Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Horizonte com a elaboração de uma análise situacional, onde escolhemos ação programática prioritária de atenção básica para trabalhar com os usuários com hipertensão e diabetes de nosso Bairro que tem uma população adstrita de 24 000 pessoas.

Realizamos o projeto para melhorar atenção destes usuários com a realização de uma intervenção no período de 16 semanas, de setembro de 2014 a janeiro de 2015, sendo necessário para desenvolver o projeto, contar com a participação das quatro equipes de saúde da Família, profissionais da UBS, gestores e com participação da comunidade. Antes de iniciar a intervenção a cobertura da atenção aos usuários com diabetes ficava em 12% (108) e dos usuários com hipertensão em 18% (657). A estimativa de usuários com hipertensão com 20 anos ou mais na área de atuação da equipe é de 3650 usuários e para os usuários com diabetes, essa estimativa corresponde a 900 usuários. Os registros das equipes e da unidade apresentaram dificuldades e eram deficientes na análise situacional. O que motivou trabalhar para melhorar o cadastramento, quantidade e qualidade dos atendimentos.

Para realizar a intervenção foram desenvolvidas várias ações como pesquisa ativa e rastreamento em consulta e nas visitas domiciliares, mediante a verificação da pressão arterial a todos os usuários maior de 18 anos e controle de glicemia dos usuários diabéticos e da população com fatores de riscos. Durante a triagem os

usuários que tiveram a pressão arterial maior de 130/85 realizamos glicemia. Melhoramos o acolhimento e organizamos os retornos. O exame físico foi qualificado de acordo com as orientações do protocolo do Ministério da Saúde adotado pela unidade. Melhorou a qualidade das consultas, foi realizada a avaliação de risco cardiovascular e o índice de massa corporal em consulta, onde conseguimos organizar as agendas e garantir os retornos. Os usuários com alto risco cardiovascular foi agendado o retorno até 72 horas, para melhor avaliação e seguimento. Foi realizado o recadastro dos usuários com hipertensão e diabetes em cada área de abrangência com a participação dos ACS, Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem e Médicos. Monitoramos a intervenção semanalmente e mensalmente. Realizamos busca ativa dos faltosos a consultas através das visitas domiciliares. Os medicamentos foram oferecidos pela farmácia da unidade e/ou farmácia popular de referência do município de Macapá e realizado o registro na farmácia da unidade com os dados dos usuários que receberam os mesmos. Também organizamos as agendas e encaminhamos os usuários às consultas de odontologia e laboratórios de forma programada para as unidades de saúde mais perto de nossa UBS e do município, pois não temos este profissional na UBS.

Inicialmente nem todos os profissionais ficaram motivados e envolvidos com o projeto, nem todos participaram das capacitações, aspectos que melhoraram com o avanço da intervenção. Foram realizadas semanalmente atividades educativas de promoção de saúde na UBS, dando prioridade aos temas sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos e hábito de fumar, além disso, realizamos capacitações e atualização das equipes de saúde da família sobre os temas de hipertensão arterial e diabetes, o que melhorou o conhecimento dos agravos pelos profissionais de acordo com os cadernos de atenção básica e protocolos de atendimento. Estes estão disponibilizados juntamente com o projeto no computador da unidade para todos os profissionais. Utilizamos como instrumentos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso. A ficha espelho foi utilizada para o controle das ações realizadas individualmente para o controle do agravo, registrando todas as informações necessárias e fazendo o monitoramento semanal das informações. A planilha de coleta de dados foi utilizada para a coleta sistemática dos dados de todos os usuários, no período da intervenção. Ao final de cada mês, foi realizada a consolidação dos dados de todos, monitorando cada item do projeto, gerando os gráficos dos resultados da intervenção e a melhoria dos principais

indicadores. É importante relatar para vocês que apresentamos dificuldades com as folhas, os aparelhos de verificar a pressão arterial e medir a glicemia, as fitas, além das dificuldades iniciais de conseguir vídeos e materiais de educação em saúde para facilitar as capacitações e as palestras. Aspectos que melhoraram com o avanço da intervenção e ajuda dos gestores da unidade e da secretaria de saúde, usuários da comunidade e trabalhadores da UBS.

Após 16 semanas de trabalho conseguimos com a realização da intervenção, conseguimos cadastrar 1150 usuários, destes 986 (27%) apresentavam hipertensão e 383 (42,6%) diabetes. Apesar dos resultados obtidos, acreditamos ser importante a incorporação da intervenção a rotina do serviço, ainda não estamos satisfeitos porque poderemos ampliar e qualificar ainda mais. Nosso maior desafio é alcançar a cobertura de 100%. Precisamos melhorar o atendimento odontológico e a realização dos exames laboratoriais dentro do Bairro. As equipes precisam de uma maior quantidade de esfigmomanômetros e glicômetros para rastreamento e controle destes agravos. Também tivemos dificuldades apresentadas para realizar a impressão das fichas espelho, necessária para o registro dos dados e de materiais necessários para realizar as atividades de educação e promoção de saúde. Todas as dificuldades apresentadas e os recursos que relatamos são importantes para garantir a continuidade da intervenção e aperfeiçoar o processo de trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos e espalhar a experiência do projeto a outras ações programáticas.

Desejamos agradecer aos gestores da UBS, a Secretaria Municipal da Prefeitura de Macapá e as unidades básicas pela parceria nas ações desenvolvidas, pela parceria nas atividades odontológicas e na realização dos exames de laboratório nas ações desenvolvidas, na organização das mesmas e na melhoria das condições para garantir a melhoria da assistência.

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

Estimada Comunidade,

A hipertensão arterial e diabetes mellitus são duas doenças muito frequentes em todo o mundo, no Brasil e também em nosso Bairro Novo Horizonte. O número dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados antes da intervenção era de 657 usuários com HAS (18 %) e 108 (12%) com DM, sendo este



cadastro muito pequeno para a população da UBS, que é de 24.000 habitantes. Depois da intervenção, melhoramos a quantidade e qualidade dos atendimentos, através da organização do serviço e dos registros, conseguimos aumentar os cadastros e ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão em 27% (986) e dos com diabetes em 42,6% (383). Ambas são doenças crônicas que acomete os indivíduos por toda sua vida, caracterizam-se, a primeira por pressão arterial alta e a outra por alta dose de açúcar no sangue. Ambas as doenças são causas de mortalidade e incapacidades.

Antes de iniciar o projeto realizamos um diagnóstico dos principais problemas de saúde e encontramos muitas pessoas que não faziam os tratamentos de maneira regular, outros que tinham as doenças e não estavam acompanhados, cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, além disso, muitos não conheciam que apresentavam as doenças e o atendimento não tinha uma avaliação integral. Realizamos um projeto com a Universidade Federal de Pelotas e elaboramos um plano de atividades para melhorar a qualidade de atenção a todos os moradores do Bairro que apresentaram estas doenças ou com risco das mesmas. O trabalho foi realizado com a participação das quatro equipes de saúde da família da unidade Básica de saúde de Novo Horizonte. Agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos e gestores da unidade e da secretaria de saúde de Macapá, participaram no desenvolvimento das atividades.

Em nossa unidade foram realizadas atividades de capacitação para os profissionais sobre a hipertensão arterial e diabetes. Antes das consultas foi realizada a triagem para medir a pressão arterial, altura, peso e glicemia. Foram classificados os usuários que tinham maior risco cardiovascular priorizamos os atendimentos e evitamos complicações. Todos os dados dos usuários foram registrados em uma ficha de acompanhamento e numa base de dados em um computador. Avaliamos a melhora da organização e o registro de todos os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados. O exame físico, exame dos pés, as orientações sobre alimentação saudável, hábito de fumar e atividade física regular, foram realizadas a todos os usuários, também todos foram encaminhados para realizar exames de laboratório e avaliação pelos dentistas, para as unidades de saúde mais perto de nossa unidade. Durante nosso trabalho realizamos visitas domiciliares aos usuários com hipertensão e diabetes e realizamos rastreamento pelas casas das pessoas com maior risco de apresentar estas doenças.

Realizamos muitas atividades de promoção de saúde com ações integrais em escolas do bairro e igrejas, com parceria de pessoas da comunidade, onde realizamos palestras, conversas e consultas para todos os moradores. Com todas estas atividades conseguimos realizar atendimento a uma maior quantidade de pessoas, melhorando a qualidade da atenção e satisfação da população com nosso atendimento qualificado.

Também é importante falar para vocês que os usuários que retornaram para as consultas tinham a pressão e a glicose controlada e os medicamentos foram garantidos gratuitamente pela Farmácia da unidade ou pela farmácia popular de referência do município. Ainda temos que continuar trabalhando para ampliar o cadastramento, realizar atendimento e o controle dos mesmos, cadastrando os novos diagnosticados ou sem um adequado controle das doenças. Desejamos agradecer e ressaltar a participação de muitos usuários com hipertensão e diabetes e familiares na realização das atividades desenvolvidas durante a intervenção, foi de grande ajuda sua colaboração na impressão das fichas de espelho, na elaboração de materiais de educação em saúde, nos murais com os cronogramas das consultas. Sua parceria com os carros de som e acompanhamento durante as visitas domiciliares no Bairro. Queremos ressaltar a ajuda das igrejas, das comunidades e gestores das escolas durante a realização das ações de saúde e a participação dos profissionais, gestores da unidade e da secretaria de saúde. Pensamos continuar trabalhando e precisamos da ajuda de vocês para a melhoria da atenção dos usuários com hipertensão e diabetes evitando a mortalidade por estas doenças e suas complicações.

## **5. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem**

O curso de especialização em saúde da família superou minhas expectativas, penso que foi muito interessante, com um desenho eletrônico ótimo, todas as unidades foram organizadas de uma maneira integral, as orientadoras trabalharam com paciência e de maneira profissional, ajudou-me muito na superação do idioma português. Também na atualização dos protocolos no Brasil, tendo à possibilidade de acesso a bibliografia atualizada. Gostei do acolhimento por todos os profissionais do curso e da interação e troca de experiências conhecendo muito melhor a Política Nacional de Atenção Básica do Brasil. Estudamos temas interessantes, sendo também interessantes e didáticos os questionários desenhados pelo curso, de muita utilidade para conhecer as debilidades e fortalecimento de nossa UBS, direcionando a realização do Relatório da Análise Situacional, trabalhando no aprimoramento

daquelas ações programáticas prioritárias identificadas com dificuldades. As principais dificuldades foram em relação ao tempo de estudo, na realidade, necessitando de uma carga horária maior das oito horas semanais. Sugiro a complementação nos questionários o enfoque epidemiológico de risco com as doenças infecciosas para a elaboração do relatório da análises situacional. Podia ser escolhido como tema, um problema epidemiológico ambiental dentro das ações programáticas. Acho importante que o curso tenha uma versão eletrônica para os gestores das UBS, municipais e estaduais, porque tem ferramentas importantes para a organização dos serviços e melhorar a satisfação da população e dos indicadores de saúde.

Considero que o curso está corretamente desenhado para melhorar nossa realidade, na atenção primária de saúde, tendo ferramentas muito importantes. Fiquei motivado, foi ótima a forma de aprendizagem a distância da Universidade Federal de Pelotas, agradeço a todos os profissionais que fizeram possível o curso, superou minhas expectativas, melhorou minhas capacidades técnicas, metodológicas para planejar ações, desenvolver habilidades, organizar as informações, e chegar a realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu empreender estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde na UBS.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica\_36 DM e Caderno\_37 HAS 2013. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs))
4. BRASIL. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa 2013 (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)).
5. BRASIL. Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa 2013 (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)).
6. BRASIL Caderno de Atenção Básica: Saúde da Mulher. Saúde da criança 2013 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/).
7. MIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maios 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (caderno de atenção básica, n.19).

9 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part. 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados de 2013 do IBGE. Disponível <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17/03/2015.

11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: [www.pesquisaibge.gov.br](http://www.pesquisaibge.gov.br) Acesso em 06/10/2014. Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a 2010

12. < <http://www.saude.mt.gov.br/atenção-a-saúde/arquivo/3153/manuais> > .30 julho.2013).

13 BRASIL. PNAB Política Nacional de Atenção Básica Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) , portaria 2488 dos 21 de outubro de 2011.

14. CAMPBELL et al., 2003; DROUIN et al., 2006; ONYSKO et al., 2006; BONDS et al., 2009.

15. Revista Brasileira Saúde da Família Publicação do Ministério da Saúde AGÊNCIA BRASIL, 2011.  
<http://pt.slideshare.net/MinSaude/revista-brasileira-saudefamilia>

16. <http://www.encontramacapa.com.br/sobre-macapa/>

17. <http://www.amazoniahoje.com/109102-2/>

## Apêndice

### Apêndice A - Ficha espelho complementar

Data	Profissional do atendimento	Busca dos usuários faltosos	Busca ativa de hipertensos e diabéticos novos	Orientações sobre saúde bucal	Atendimento odontológico	Observações

### Apêndice B - Fotos da cidade Macapá e da Intervenção







Visitas Domiciliares



Visitas Domiciliares



Visitas Domiciliares



Visitas Domiciliares



Visitas Domiciliares



Visitas Domiciliares



Ação de Saúde



Ação de Saúde



Ação de Saúde



Ação de Saúde



Palestras educativas



Consultas na Comunidade



Consultas de hipertensos e diabéticos realizados na UBS.





Capacitação de HAS e DM na UBS aos Profissionais.




Capacitação de HAS e DM na UBS com Gestor e equipe de NASF.



Reunião e capacitações para os profissionais da UBS.



## **Anexos**

**Anexo A- Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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









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

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