

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Bela Vista, São Tomé / RN**

**Maylin Rodriguez Garcia**

**Pelotas, 2015**

**Maylin Rodriguez Garcia**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Bela Vista, São Tomé / RN**

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: Tatiana Afonso da Costa

Pelotas, 2015

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

G216m Garcia, Maylin Rodriguez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Bela Vista, São Tomé/RN / Maylin Rodriguez Garcia; Tatiana Afonso da Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Costa, Tatiana Afonso da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a meus pais e especialmente, ao meu esposo: sem vocês nada disso seria possível. Obrigado pelo apoio, carinho e compreensão. Essa vitória é nossa.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus por ter-me possibilitado estar firme durante toda essa trajetória.

Obrigado a todos que fizeram parte dessa minha longa e feliz trajetória.

Agradecimento especial para a orientadora Angélica Porto de Oliveira e orientadora Tatiana Afonso Da Costa pelo apoio e ajuda durante o curso.

## Resumo

GARCIA, Maylin Rodriguez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuário com HAS e/ou Usuário com DM na UBS Bela Vista, São Tomé / RN.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças com etiologia multifatorial que podem acarretar danos em órgãos-alvo como rins e cérebro, devendo ser prevenidas e/ou controladas já na Atenção Primária. A partir da análise situacional na UBS/ESF Bela Vista, São Tomé/RN se observou que havia uma necessidade de aumento da cobertura, o que, por sua vez, gerou a escolha deste foco de intervenção com duração de 16 semanas e baseada no Caderno de Atenção Básica sobre Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do Ministério da Saúde (MS). Para fins de acompanhamento da intervenção que ocorreu de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 utilizaram-se os instrumentos disponibilizados pelo curso como ficha espelho e planilha de coleta de dados. Foram planejadas ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, considerando-se que as principais deficiências encontradas na atenção aos usuários com HAS e/ou DM na unidade de saúde se relacionavam à qualidade do serviço de saúde. Estipularam-se como metas de coberturas 90% e 100% para as atividades do serviço de saúde da UBS. No final da intervenção cadastraram-se 332 (92,7%) usuários com HAS e 84 usuários com DM (94,4%), 305 usuários com HAS (91,9%) tiveram seus exames complementares em dia, 84 usuários com DM (100%) com exame clínico em dia e 328 (98,8%) dos usuários com HAS receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Baseado nestas considerações observa-se que a intervenção propiciou melhorias na cobertura e na qualidade do programa de atenção à saúde, bem como fomentou o trabalho em equipe, ampliando também a capacitação profissional de todos os integrantes da equipe. Assim, concluímos que a implementação de ações e estratégias com base nos protocolos do MS permitem uma qualificação da atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Mapa do Rio Grande do Norte, Microrregião IV.	12
Figura 2	Capacitação dos agentes de saúde na câmara Municipal de São Tomé	52
Figura 3	Capacitação dos agentes de saúde na comunidade de Bela Vista. São Tomé. RN. 2015	52
Figura 4	Capacitação dos agentes de saúde na comunidade de Bela Vista. São Tomé. RN. 2015	53
Figura 5	Grupo de usuários com HAS e/ou DM em palestra sobre alimentação saudável 1. São Tomé. RN. 2015	53
Figura 6	Palestra sobre Hipertensão e Diabetes na Unidade de saúde de Bela Vista. São Tomé. RN. 2015	53
Figura 7	Palestra sobre prática de exercícios físico 1. São Tomé. RN. 2015	53
Figura 8	Palestra sobre prática de exercícios físicos 2. São Tomé. RN. 2015	53
Figura 9	Grupo de usuários com HAS e/ou DM na caminhada pela saúde 1. São Tomé. RN. 2015	54
Figura 10	Grupo de usuários com HAS e/ou DM na caminhada pela saúde 2. São Tomé. RN. 2015	54
Figura 11	Palestra sobre Importância dos controles médicos. São Tomé. RN. 2015	54
Figura 12	Palestra sobre Dança terapia. São Tomé. RN. 2015	54
Figura 13	Palestra com gestantes sobre importância do controle pré-natal e a identificação de fatores de risco para hipertensão e diabetes durante a gestação. CRAIS de São Tomé. São Tomé. RN. 2015	54
Figura 14	Visitas domiciliares Comunidade de Bela Vista. São Tomé. RN. 2015	55
Figura 15	Visitas domiciliares Comunidade de Bela Vista. São Tomé. RN. 2015	55
Figura 16	Encontro com os gestores e líderes comunitários. Vila São Francisco. São Tomé. RN. 2015	56
Figura 17	Gráfico de cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na Unidade de Saúde. São Tomé. RN. 2015	58
Figura 18	Gráfico de cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na Unidade de Saúde. São Tomé. RN. 2015	59
Figura 19	Gráfico de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São Tomé. RN. 2015	60
Figura 20	Gráfico de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São Tomé. RN. 2015	60
Figura 21	Gráfico de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São Tomé. RN. 2015	61
Figura 22	Gráfico de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São Tomé. RN. 2015	62
Figura 23	Gráfico de usuários com HAS com prescrição de medicamentos	

	da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. São Tomé. RN. 2015	63
Figura 24	Gráfico de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. São Tomé. RN. 2015	63
Figura 25	Gráfico de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Tomé. RN. 2015	64
Figura 26	Gráfico de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São Tomé. RN. 2015	65
Figura 27	Gráfico de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento. São Tomé. RN. 2015	66
Figura 28	Gráfico de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento. São Tomé. RN. 2015	67
Figura 29	Gráfico de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular. São Tomé. RN. 2015	67
Figura 30	Gráfico de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular. São Tomé. RN. 2015	68
Figura 31	Gráfico de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável. São Tomé. RN. 2015	69
Figura 32	Gráfico de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular. São Tomé. RN. 2015	70
Figura 33	Gráfico de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo. São Tomé. RN. 2015	71
Figura 34	Gráfico de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal. São Tomé. RN. 2015	72

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção primária à saúde
CCI	Centro de convivência de idosos
DM	Diabetes mellitus
DST	Doenças de transmissão sexual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCG	Hormônio gonadotrofina coriônica
MS	Ministério da saúde
PAS	Pressão arterial sistêmica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	22
2 Análise Estratégica .....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral .....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	45
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	57
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão.....	73
5 Relatório da intervenção para gestores .....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências .....	81
Anexos .....	82

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Bela Vista, São Tomé/RN no período entre outubro 2014 e janeiro 2015.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso com algumas ilustrações de nossa prática.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte é o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção são apresentados os resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4 e debatidos tais resultados.

Nas quinta e sexta partes estão os relatórios da intervenção para o gestor e comunidade, respectivamente, nos quais são apresentados os aspectos da intervenção, os ganhos, as dificuldades e reflexões do processo.

Na última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho em uma unidade de saúde localizada no município São Tomé, Rio Grande do Norte. É uma Unidade Básica de Saúde composta por enfermeira, técnica de enfermagem, odontóloga, assistente de odontologia (modalidade de saúde bucal 1) e doutora de medicina (eu). Conformando também nossa equipe, quatro agentes comunitários de saúde que são o ponto mais importante entre a equipe e as comunidades. A equipe atende 685 famílias, e um total de 2210 usuários, não atendemos grupos especiais.

Estruturalmente a unidade de saúde precisa de algumas reparações que já estão identificadas e pendentes as soluções. Faltam alguns recursos para a atenção básica, como certos medicamentos, materiais usados no dia-a-dia, raios-x, mas já estamos fazendo um bom trabalho nas comunidades.

Contamos com um NASF que apoia o trabalho da equipe, conformado por uma ginecologista, um psiquiatra, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma licenciada em terapia ocupacional, um cardiologista e um ortopedista. Temos também um hospital municipal, onde podemos encaminhar as emergências, mantendo esse vínculo institucional. Contamos também com uma farmácia popular.

Fazemos atendimento diário onde cada pessoa da equipe trabalha com amor e respeito aos usuários. Planejamos todo o trabalho em função das necessidades da comunidade reservando sempre um espaço para aqueles usuários com doenças crônicas ou algumas incapacidades. As gestantes e os lactantes são avaliadas pela enfermeira e por mim alternando as consultas e conjuntamente em alguns casos. Utilizamos protocolos técnicos nos atendimentos tanto nas doenças agudas e crônicas como na atenção a gestantes e lactentes.

O trabalho na comunidade se faz por a enfermeira, a técnica de enfermagem, a doutora e os agentes comunitários, priorizamos os usuários idosos, acamados entre outros. O relacionamento da equipe com a comunidade é pouco, dificultando a participação dos usuários em algumas ações de saúde. As visitas domiciliares se planejam em conjunto com os agentes comunitários. Fazemos a visita de forma integral, onde observamos as condições de vida do usuário, a higiene, as condições econômicas, as doenças e os fatores de riscos dos membros da família completa. Aproveitamos a visita também com palestras acerca da doença

do usuário, o tratamento, a higiene alimentar, pessoal e do lar. O trabalho nas comunidades ainda está incipiente, já que, precisa de maior intervenção por nossa parte, temos feito palestras sob importantes temas de saúde, Hanseníase, tuberculose, câncer de pele, aleitamento materno exclusivo, etc.

Nossa equipe se reúne mensalmente e se debatem os resultados de trabalho do mês assim como as principais doenças atendidas durante esse período. Notando que a Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus e as Hiperlipidemias ocupam um lugar muito importante. Nessa reunião planejamos todo o trabalho do próximo mês escutando propostas de ações de saúde de cada membro da equipe. Além disso trocamos preocupações, incidências e algumas soluções aos problemas sugestivos do trabalho. Contamos também com Conselho Local e municipal de Saúde sendo muito fraco o funcionamento deles e pouca participação em ações de saúde municipais.

Pouco a pouco vamos identificando as principais doenças que afetam aos usuários de nossa população e pretendemos criar um espaço onde eles podam falar sob suas preocupações com relação à saúde da sua comunidade. Identificando previamente os líderes comunitários e propiciando uma comunicação direta entre eles e a equipe.

Com todos esses argumentos fazer um diagnóstico e análise da situação atual da saúde na comunidade, criar estratégias de intervenção comunitárias que propiciem uma mudança em quanto a fatores de risco, incidências e prevalência de aquelas doenças que mais afetam a nossos usuários. Ao final avaliar os resultados da intervenção.

Todo o trabalho deve estar regido pela necessidade social de ampliar a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos cidadãos, lembrando sempre que qualquer ação que fazemos em favor da saúde tem como resultado uma melhor qualidade de vida.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

São Tomé, município no estado do Rio Grande do Norte (Brasil), localizado na microrregião da Borborema Potiguar. Com uma área de extensão de 862,58 km<sup>2</sup>, equivalente a 1,65% da superfície estadual. Limitando ao norte com Caiçara do Rio do Vento, Lajes e Rui Barbosa e ao sul com lajes Pintadas, Campo Redondo e

Santa Cruz. Ao Leste com Barcelona, Rui Barbosa e Sítio Novo e oeste com Cerro Corá e Currais Novos. O número de habitantes do município é 11.187 dos quais 4886 habitantes moram nas zonas rurais.

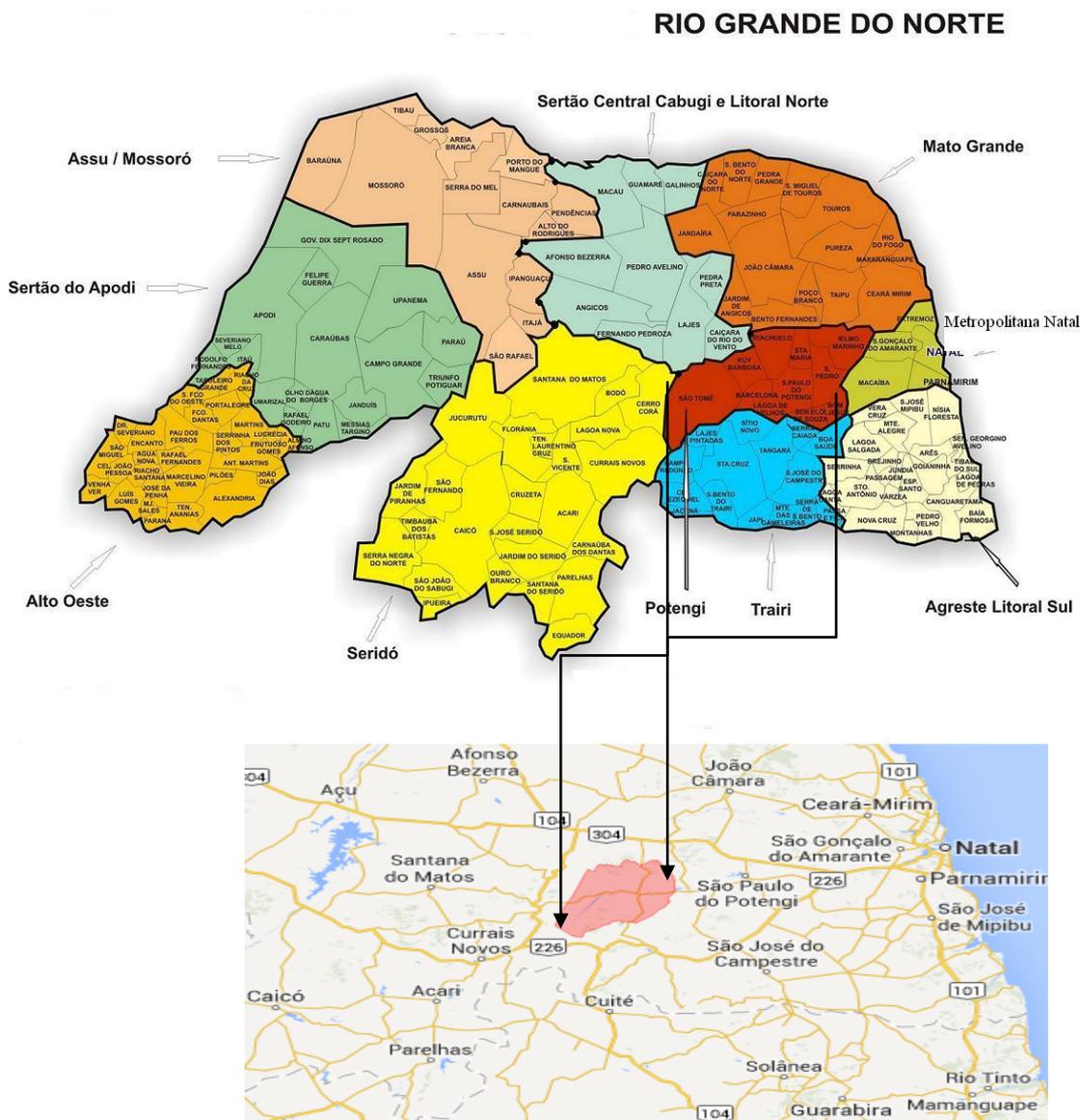


Figura 1: Mapa do Rio Grande do Norte, Microrregião IV.

O município possui atualmente nove Unidades Básicas de Saúde, dos quais dois ficam na zona urbana e as restantes na zona rural. Cinco equipes de Saúde da Família compostas por médicos, enfermeiras, técnicos/ auxiliares de enfermagem, Odontólogos, técnicos/ auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários. Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com as especialidades de Fisioterapia, Terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Educador físico, Nutrição,

Ginecologia, Psicologia e Psiquiatria. Com relação aos serviços especializados, contamos no município com serviços de Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia e Ultrassonografia.

Entre os programas de saúde que o município conta, estão: Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica PROVAB, MAIS MÉDICOS, BRASIL SORRIDENTE, SAÚDE DO HOMEM E REDE CEGONHA. Temos também processo de Vigilância Sanitária e Conselho Municipal de Saúde. O município conta com um Hospital de médio porte para a internação hospitalar e atendimento das urgências e emergência do município e disponibilidade de exames complementares hematológicos, químicos, de urinas e fezes fecais. Uma farmácia da UBS e três farmácias privadas, das quais dois contam com serviço de farmácia popular.

A Unidade de Saúde de Bela Vista (PSF 001) está localizada na zona urbana, conformada por uma Equipe de Saúde da família composta por um médico, uma enfermeira, uma Técnica / auxiliar de enfermagem, um Odontólogo, uma Técnica / auxiliar de consultório dentário, quatro Agentes Comunitários e, uma recepcionista. Mantém atendimento nas turmas manhã e tarde.

Com relação à área física não está de acordo com as normas do Ministério da Saúde (MS). Consta com um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários, onde podemos arquivar até 12000 prontuários, os quais são arquivados por agentes comunitários. Tem uma sala de espera onde podem aguardar mais de 15 usuários sentados em cadeiras inadequadas para esse fim. O local não tem salas de reuniões e educação em saúde, salas destinadas a almoxarifado, salas de vacina, salas de curativo e procedimentos, salas de nebulização, sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamentos. Além disso não contamos com sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos, sala para os Agentes Comunitários. Deficiência que podem ser modificadas enquanto finalize a restauração da unidade de saúde de saúde.

Nos consultórios, existem sinalizações visuais dos ambientes permitindo a comunicação através de textos. Mas não contamos com sinalizações visuais dos ambientes que permitam a comunicação através de figuras, nem sinalizações visuais que permitam a comunicação através de recursos auditivos e Braille. Questões que foram minimizadas através do acolhimento da técnica de enfermagem prestando uma atenção diferenciada com aqueles usuários deficientes e idosos.

A estrutura da unidade de saúde é inadequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiência. Existe degrau no acesso que dificulta o ingresso de deficientes no prédio e não existe rampa alternativa para garantir o acesso dessas pessoas. A porta do banheiro não permite o acesso de usuários de cadeiras de rodas e não possuem espaço suficiente para manobras de aproximação desses usuários. Também não contamos com cadeiras de rodas para estes usuários.

Além das deficiências estruturais também tem algumas questões relacionadas com atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família que precisam ser mudadas para melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

Não participamos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Não são desenvolvidas pelos profissionais da UBS no processo as identificações de grupos expostos a riscos, identificações de famílias expostas a riscos, Identificações de indivíduos expostos a riscos, Identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase), Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas), Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local), etc.

Em relação aos profissionais da UBS, também temos limitações, por exemplo, não fazemos nebulização, não aplicamos medicações injetáveis, não vacinamos nem fazemos fisioterapia por não contar com os materiais e os profissionais na equipe. Esses procedimentos não têm soluções pela intervenção da nossa equipe, precisa da competência da secretaria de saúde e seus gestores. A coordenadora e gestor do município falaram que foi aprovado um projeto para a compra de equipamentos e contratação de outros profissionais para trabalhar no município.

Não temos atividades de grupo na UBS, incluindo-se aos usuários com sofrimento psíquico, indicando isto que esse grupo vulnerável ainda fica sem atendimento integral nas comunidades e eles são os usuários que mais precisam de atendimento multiprofissional pelos riscos que têm como grupos sociais.

Os profissionais da UBS não participavam do gerenciamento dos insumos necessários para o seu adequado funcionamento, e acontecia que não forneciam os insumos necessários para o trabalho dia a dia, traduzindo num atendimento não

qualificado. Questão que melhorou muito com a ajuda do gestor e o prefeito que estão na procura constante de insumos e medicamentos para o município.

Realizamos reunião de equipe mensalmente incluindo o odontólogo e o técnico / auxiliar de consultório dentário possibilitando o planejamento de atividades integradas.

Com relação à distribuição da população por sexo e faixa etária, a estimativa está de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS em algumas faixas como, por exemplo, menores de 1 ano temos na área 37 usuários e a estimativa é 32, menores de 5 anos temos 59 e a estimativa é 64, Pessoas de 5 a 14 anos temos um número menor da estimativa referida. Quanto às pessoas de 15 a 59 anos, temos um total de 1512 e a estimativa é 1411 e as gestantes da área totalizam 26, similar à estimativa referida que é 32.

A minha UBS conta com recepcionista e o local não tem as condições ótimas para fazer o acolhimento. A sala é aberta onde estão todos os usuários aguardando ser escutados pelo recepcionista, e geralmente a comunicação do problema de saúde em frente dos outros usuários torna-se difícil. Acontecendo que em muitos casos o acolhimento é feito por o médico ou a enfermeira no consultório. Questão que afeta a triagem dos usuários e atrapela o fluxo normal do atendimento. Para minimizar o efeito procuramos que a Técnica de enfermagem receba os usuários, escute e direcione aos consultórios precisos, valorando a prioridade de cada usuário mediante uma conversa com respeito e favorecendo uma boa comunicação.

É frequente que os usuários se desloquem à unidade de saúde procurando pronto atendimento e quando chegam ao consultório só precisam de receituário médico ou avaliação de exames, isso acontece porque ainda não existe uma ótima relação entre os agentes comunitários e os usuários.

Para lidar com o excesso de demanda espontânea nossa equipe capacitou a todos os profissionais que fazem acolhimento com relação às verdadeiras demandas espontâneas e assim evitar problemas com o excesso. Além disso, deixamos um número de vagas para essas demandas.

A UBS tem um total de crianças menores de ano de 37 acompanhadas pela equipe. E um total de 139 crianças entre 0 e 72 meses. Temos o registro de todas as crianças na área. Arquivadas de forma Independiente segundo cada Agente Comunitário de Saúde. A enfermeira e a técnica de enfermagem revisam

semanalmente o caderno buscando as crianças que faltam à consulta e que precisam de vacinas, visitas domiciliares, avaliação por outras especialidades, etc.

Analisando os dados obtidos: do total de crianças, 97,3% estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. 2,7 % têm atraso da consulta agendada em mais de sete dias. 100% apresentam o Teste do pezinho até sete dias e a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. 100 % das crianças com Triagem auditiva. Além disso, 97,3 % das crianças possuem monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, 100% das crianças têm a vacinação em dia. Também se realizam avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Acontece, às vezes, que as crianças ficam aguardando pelo atendimento por muito tempo devido à demanda traduzindo um inadequado acompanhamento. A equipe prioriza o atendimento das crianças nos horários mais cedo, alternando com as gestantes planejadas, compartilhando as consultas entre a enfermeira e o médico. Também incrementamos a frequência das visitas domiciliares. Nos atendimentos, a equipe enfatiza alimentação saudável, a higiene do lar e pessoal, a importância do aleitamento materno exclusivo, a importância das vacinas e os exames laboratoriais. Concluimos a consulta com o planejamento em conjunto com a mãe da criança, do próximo atendimento e encaminhamos com outros especialistas de ser necessário.

O acolhimento às crianças se realiza de forma incompleta, as vezes temos muita demanda de usuários e esquecemos alguns elementos importantes do acolhimento. Os atendimentos se realizam seguindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Fazendo avaliações precisas no desenvolvimento psíquico e motor da criança e procuramos oferecer todas as informações necessárias aos pais.

Também nossa equipe precisa de uma melhor comunicação entre os pais/responsáveis e os agentes comunitários, porque às vezes esquecem a data dos atendimentos e os agentes também. Muitas vezes as crianças têm doenças agudas que são atendidas por outros médicos e a equipe só conhece dessa situação quando chega à outra consulta.

Fazemos atendimento a aquelas crianças com doenças agudas que moram fora da área de abrangência, usando os protocolos de atendimentos e

encaminhamos a aquelas crianças que precisam de atendimento especializados, pronto atendimento, pronto socorro e internação hospitalar.

Falta desenvolver mais atividades de promoção de saúde da criança. Trabalho nas escolas e os espaços comunitários. Temos registro de todas as gestantes cadastradas na área, procuramos semanalmente aquelas gestantes que faltam ao consultório assim como aquelas que precisam de vacinas, visitas domiciliares, avaliação por outras especialidades, etc.

A UBS tem um total de gestantes residentes na área e acompanhadas pela equipe de 26. Ocupando um 79% com relação ao indicador de cobertura. Indicando isto que devemos incrementar o trabalho na área apoiado pelos agentes de saúde com o objetivo de contatar aquelas gestantes que não estão fazendo acompanhamento com nossa equipe.

Analisando os dados obtidos: do total de gestantes, 100 % fizeram início da atenção ao pré-natal no 1º Trimestre, 100% têm as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde e tenham a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 96,2% estão com a vacina antitetânica e vacina contra hepatite B conforme protocolo. 100% das gestantes têm prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e orientação para aleitamento exclusivo. Além disso, 96,2 % das usuárias realizam exame ginecológico por trimestre e 92,3 % avaliação de saúde bucal.

Fizeram consultas de puerpério nos últimos 12 meses, 37 puérperas, mais do número estimado de partos para nossa área que é de 32 ocupando um 116%. Número que está maior que o total atual de gestantes na área. Esse total indica duas questões, a primeira: é efetivo o trabalho dos agentes comunitários na procura das gestantes na área? Ou existem fatores socioeconômicos que estão propiciando uma diminuição do número de gestantes na área. Então é importante aumentar o trabalho nas comunidades e propiciar uma melhor relação entre a população, os agentes comunitários e a equipe de saúde.

Do total de puérperas da área nos últimos 12 meses 96,6% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto. 100% destas tiveram a sua consulta puerperal registrada. Além disso 100% destas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo e orientação sobre planejamento familiar. Só 93,1 % tiveram as mamas examinadas. 100% tiveram o abdome examinado, seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas

quanto a intercorrências. Dos quais o exame das mamas é o indicador de qualidade que mais se afeto no período analisado. Nestes momentos nossa equipe procura realizar o exame de mama com regularidade seguindo o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para evitar que as gestantes fiquem aguardando muito para o atendimento, a equipe prioriza o atendimento destas usuárias, compartilhando as consultas das gestantes entre a enfermeira e o médico. Aumentamos a frequência das visitas domiciliares a essas usuárias.

Nas consultas, enfatizamos a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, a higiene do lar e pessoal, a importância do aleitamento materno exclusivo, a importância das vacinas e os exames laboratoriais. Além disso, planejamos em conjunto com a gestante a próxima consulta e encaminhamos com outros especialistas de ser necessário.

Falta maior integração da equipe para o atendimento das gestantes, maior seguimento do serviço de odontologia e apoio das especialidades de psicologia e nutrição. Devemos incrementar as ações com esse grupo de mulheres nas comunidades e reforçar o vínculo entre elas e os Agentes Comunitários. Incentivar mais o aleitamento materno e as demais orientações da gestação.

A UBS tem um Total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero de 513. Ocupando um 93% com relação ao indicador de cobertura. Indicando isto que devemos manter e incrementar o trabalho na área apoiado pelos agentes de saúde.

Do total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área, 89% têm Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. 8% têm exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso. 0,4% têm o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. 89 % das mulheres têm Avaliação de risco para câncer de colo de útero assim como Orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero. 89% têm Orientação sobre DSTs e exames coletados com amostras satisfatórias. Os dados anteriores indicam que um grande número de mulheres tem mais de 6 meses de atraso e, por conseguinte, estão sem avaliação do risco para essa doença. Essas mulheres precisam de atendimento diferenciado por parte da equipe, muitas delas por desconhecimento não fazem exame preventivo e outras têm medo do exame.

Realizamos uma palestra ampliada sobre câncer de colo do útero na qual explicamos também o procedimento do exame para tirar as dúvidas sobre isso. Além disso, temos que continuar trabalhando com os agentes comunitários no seguimento dessas usuárias.

A maior dificuldade é com relação ao tempo de demora dos resultados que as vezes é 3 e 4 meses propiciando isto que a equipe perda o contato com a usuária. Outra estratégia foi melhorar as condições da sala da toma de mostra para que as usuárias ficassem de forma confortável e sempre é feito o exame pela enfermeira licenciada da equipe. As usuárias com o exame alterado imediatamente são encaminhadas à ginecologista do núcleo de apoio e são acompanhadas diretamente por algum membro da equipe, se planejam visitas domiciliares, fazemos seguimento do tratamento e procuramos apoio por parte da Rede feminina regional se precisar.

Devemos incentivar mais o trabalho com esse grupo populacional. Ainda temos muitas mulheres que esquecem a importância dos exames preventivos periódicos e da necessidade de pesquisa em aquelas que têm fatores de riscos para essa doença. Ainda, contamos a Rede feminina regional de Luta contra o Câncer que apoia o trabalho com palestras, visitas domiciliares e fornecimento de alimentos para usuárias com menos recursos econômicos.

Temos um registro das usuárias do programa Câncer de Mama. Dos exames e as datas de solicitude dos que estão pendentes ainda. O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é 151 para um 92% com relação ao indicador de cobertura. 91 têm a mamografia feita seguindo o programa de controle de câncer de mama para um 60%. 51 mulheres têm Mamografia com mais de três meses em atraso, 112 mulheres com avaliação de risco para câncer de mama e 112 receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

A equipe enfatiza, no autoexame de mama, do seguimento com mamografia cada dois anos aquelas mulheres que estão no programa pela idade, etc. As consultas são feitas seguindo os protocolos de atendimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Fazemos as avaliações precisas e procuramos oferecer todas as informações necessárias às usuárias. Além disso, estão faltando muitas ações para melhorar o controle das usuárias nestes grupos vulneráveis.

A equipe está planejando a integração das ações de controle de peso incluindo a educadora física, só que contamos com uma profissional para todo o município. Ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool. Promover que os outros profissionais aproveitem seu contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama em sua UBS como Assistente Social, Nutricionista, psicóloga, etc. Que o rastreamento do câncer de mama da UBS seja mais organizado e que todos os profissionais utilizem o protocolo de controle do câncer de mama no atendimento dessas usuárias.

Temos um Livro de registro para o atendimento dessas usuárias e os exames de mamografia. Esta se precisando criar um grupo de profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama assim como avaliação e monitoramento das ações.

Temos 358 usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS resultando em 80,4% de cobertura, considerando-se que a estimativa de 445 indivíduos. 209 (46,9%) usuários com HAS receberam estratificação de risco cardiovascular. Nossa equipe tem planejado fazer visitas a usuários faltantes a consulta. Além disso, estamos reforçando o trabalho dos ACS na procura desses usuários. 257 (57,7%) dos usuários com HAS têm os exames complementares periódicos em dia. 193 (43,3%) têm orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Sabemos que a prevenção é muito importante no seguimento da hipertensão arterial por tanto se precisa de um controle total dos usuários usuário com HAS. Temos que realizar mais ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM, controle do peso corporal e estimular à prática regular da atividade física. Além disso, realizar mais atividades com grupos de adultos usuário com HAS mensalmente. Se está conversando com os gestores de saúde a aquisição de esfignomanômetro para verificar a pressão arterial nos domicílios.

Usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS são em número 89 (80,9%), tendo-se como estimativa 110 indivíduos. Acreditamos que deve haver maior número de usuários com DM considerando-se os subdiagnósticos. Em relação à qualidade do serviço de saúde, 53 (48,8%) têm atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 47 (42,7%) dos usuários têm exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da

sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. 33 (30%) dos usuários com avaliação de saúde bucal em dia.

Faz-se importante que todos profissionais utilizarem os protocolos para usuários com DM a fim de que a atenção seja integral e humanizada. Ademais, na UBS consta um arquivo para registro dos atendimentos de adultos, no entanto, não ocorrem atividades coletivas seja na própria unidade de saúde quanto em igrejas, escolas e outros espaços da comunidade.

Temos a dificuldade do atendimento e avaliação periódica destes usuários com as diferentes especialidades. Tendo em conta que é muito importante a avaliação por Oftalmologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cardiologia entre outros, para a pesquisa de complicações na evolução dos usuários usuário com DM.

Também precisamos da integração dos diferentes profissionais que oferecemos atendimento a esses usuários e que traduzem um seguimento incompleto dos mesmos.

A estimativa do número de idosos residentes na área, disponível na lista de denominadores do Caderno de Ações Programáticas é adequada a nossa realidade. A UBS tem um total de usuários Idosos na área e acompanhados pela equipe de 229. Ocupando um 96% com relação ao indicador de cobertura. Indicando isto que devemos manter o trabalho na área apoiado pelos agentes de saúde.

Do total de idosos, 100% têm Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 96% têm Avaliação Multidimensional Rápida e Acompanhamento em dia 72% têm Hipertensão arterial sistêmica e 21% Diabetes mellitus. 96 % dos idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade, Avaliação de saúde bucal em dia e investigação de indicadores de fragilização na velhice. 100% com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e Orientação para atividade física regular.

Nossa equipe procura brindar apoio multidisciplinar aos usuários que geralmente são os que mais demandam atenção médica e psicológica. Planejamos visitas domiciliares priorizando os idosos acamados o com doenças crônicas que não podem ser acompanhados pela equipe na unidade de saúde de saúde. Além disso procuramos visitar quase todos, pesquisando as condições de vida e econômicas desses usuários.

Aproveitamos os atendimentos para dar orientações sobre alimentação saudável, a higiene do lar e pessoal, a importância dos exercícios físicos, a

importância das vacinas e os exames laboratoriais, a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, tabagismo e alcoolismo. Concluímos a consulta com o planejamento da data da próxima consulta e encaminhamos com outros especialistas de ser necessário.

Oferecemos atendimento a aqueles idosos com doenças agudas que moram fora da área de abrangência, usando os protocolos de atendimentos e encaminhamos a atendimento especializado, pronto socorro e internação hospitalar.

Temos um espaço comunitário no município onde interagimos, todas as equipes do município com os idosos, damos palestras da doença, dos medicamentos, da alimentação saudável e a importância da prática de exercícios físicos segundo suas condições.

Para nossa equipe o maior desafio é melhorar a qualidade do atendimento médico e a qualidade de vida da população atendida. Muito temos logrado durante este período de trabalho mediante a conversa com os gestores, entre os membros da equipe e as parcerias com outras secretarias que nos ajudaram nas diferentes ações de saúde realizadas na área.

As características estruturais das UBS que estão muito distantes das realidades em nosso município foram os aspectos dos questionários e nos Cadernos das Ações Programáticas que mais nos surpreenderam. E os melhores recursos que nossa UBS apresenta são os profissionais com desejos de trabalhar com qualidade, amor lembrando sempre que qualquer ação que fazemos em favor da saúde tem como resultado uma melhor qualidade de vida.

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

O texto escrito, como tarefa, na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" descreveu a minha percepção inicial e sem aprofundamento. No texto inicial tínhamos uma visão global das condições e dos métodos de trabalho na UBS sem ter um pleno conhecimento desta. Com a análise situacional da UBS conseguimos conhecer o verdadeiro funcionamento da Unidade, da equipe e a interação da comunidade com esta. Identificamos deficiências tanto estruturais como organizativas, permitindo

identificar quais são solucionáveis pela equipe e quais precisam da intervenção do gestor municipal.

Além disso, nos permitiu determinar as principais doenças que estão afetando nossa população e, posteriormente, criar estratégias para melhorar as condições de saúde da comunidade. Sendo assim, traçamos metas para obter um atendimento mais qualificado respeitando os direitos dos usuários do SUS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial Sistêmica – (PAS). 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. A HAS é um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Além disso, é uma causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica, renal e outras (BRASIL, 2013a).

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde existe uma tendência ao aumento dos usuários com HAS e/ou DM principalmente nas idades adultas e idosas. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. (BRASIL, 2013a) O Pé diabético um dos transtornos que constituem uma quimera para a medicina é que deteriora a qualidade da vida dos usuários, assim como os transtornos visuais, renais e cardíacos (BRASIL, 2013b).

A UBS está localizada na zona urbana, constituída por uma Equipe de Saúde da família composta por um médico, uma enfermeira, uma Técnica / auxiliar

de enfermagem, um Odontólogo, uma Técnica / auxiliar de consultório dentário, quatro ACS e uma recepcionista. Mantém atendimento nas turmas manhã e tarde.

Com relação à área física, a unidade não está de acordo com as normas do MS. Consta com um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários, onde podemos arquivar até 12000 prontuários, os quais são arquivados por ACS. Tem uma sala de espera onde podem aguardar mais de 15 usuários sentados em cadeiras inadequadas para esse fim. O local não tem salas de reuniões e educação em saúde, salas destinadas a almoxarifado, salas de vacina, salas de curativo e procedimentos, salas de nebulização, sala para Farmácia e/ou armazenamento de medicamentos. Além disso, não contamos com sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos, sala para os ACS. A UBS tem uma população da área de abrangência de 2928 usuários distribuídos em um total de 685 famílias. Com uma distribuição por sexo e faixa etária com menores de 1 ano temos na área 37 usuários e a estimativa é 32, menores de 5 anos temos 59 e a estimativa é 64, Pessoas de 5 a 14 anos temos um número menor da estimativa referida. Pessoas de 15 a 59 anos, temos 2181.

Do total de usuários atendidos na UBS na área de abrangência, 358 são usuário com HAS acompanhados na UBS. Ocupando um 80% do indicador de cobertura da área que é 445 e o total de usuário com DM na área e acompanhados na UBS é 89 para um 80,9% com um indicador de cobertura de 110 usuários. Quinzenalmente realizamos uma reunião com os ACS para analisar a situação dos usuários com HAS e/ou DM a fim de identificar os casos novos de cada grupo, e as necessidades específicas dos mesmos.

Para o desenvolvimento da estratégia de intervenção contamos com a participação integral de toda a equipe. Temos estabelecido várias das ações que conduziram do desenvolvimento da estratégia. Além disso, existem algumas dificuldades que dependem da intervenção do gestor municipal como são o atendimento odontológico. Tendo em conta que o serviço de odontologia da UBS não é constante. Os equipamentos têm problemas técnicos e muitas vezes os profissionais não têm os instrumentais e os materiais do trabalho diário. Outras das dificuldades são os exames laboratoriais. O laboratório clínico do hospital não é suficiente para fornecer o serviço a todos os usuários do programa. Além disso, alguns dos resultados dos exames demoram muito afetando diretamente a avaliação

deles. Com a aplicação das ações planejadas para o desenvolvimento da estratégia eu acho que melhoraremos a quantidade e qualidade do atendimento propiciando uma diminuição dos indicadores de complicações e mortalidade nos usuários com HAS e/ou DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Bela Vista, São Tomé/RN.

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

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Metas:

1.1 Cadastrar 90% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 90% usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos usuários com HAS às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos usuário com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre usuário com HAS e/ou DM.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

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

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Bela Vista, em São Tomé/RN. Participarão da intervenção 16 profissionais.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Incrementar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM

#### **Monitoramento e Avaliação**

Atualizar o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM que nos permitam monitorar quinzenalmente a cobertura destes usuários com acompanhamento na unidade, sendo o médico da equipe responsável pela ação.

- Monitorar o cadastro de usuários com HAS quinzenalmente, nas reuniões da equipe.
- Monitorar o cadastro de usuários com DM quinzenalmente, nas reuniões da equipe.

## **Organização e Gestão do Serviço**

Realizar a pesquisa ativa nas comunidades por parte dos ACS durante a visita domiciliar no trabalho diário. Assim como nas consultas na UBS. Será verificada a pressão arterial em todo usuário maior de 18 anos sendo a técnica de enfermagem a protagonista principal nesta ação e a assistente de odontologia. Além disso, todos aqueles usuários que apresentarem pressão arterial elevada serão submetidos ao hemoglicoteste para descartar DM.

- Fazendo busca ativa dos mesmos nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares nos horários estabelecidos.
- Verificar a pressão arterial para todo usuário maior de 18 anos que comparecer na UBS, por qualquer causa.
- Garantir o registro dos usuários com HAS cadastrados no Programa, responsabilizando para ele um integrante da equipe.
- Garantir o registro dos usuários com DM cadastrados no Programa, responsabilizando para ele um integrante da equipe.
- Realizar hemoglicoteste na unidade de saúde em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

## **Engajamento Público**

Estimular a participação da comunidade através das palestras sobre a importância do acompanhamento periódico dos usuários com HAS e/ou DM na unidade de saúde e assim com o comprometimento de todos poderem trabalhar com este grupo de usuários. Estabelecer através das palestras que a comunidade conheça a existência do programa de atenção a esses usuários para que vivenciem a Atenção Primária como porta de entrada do SUS.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, utilizando a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg utilizando-se a rádio local, carros de sons da comunidade e outros espaços públicos.

## **Qualificação da Prática Clínica**

Planejar diferentes temas de capacitação em atenção aos usuários com HAS e/ou DM incluindo a verificação de pressão arterial e hemoglicoteste por meio de conversas e trocas de experiências. Oferecer aos ACS diferentes modos de atuação na busca ativa daqueles usuários que não fazem acompanhamento em nosso serviço, aproveitando as visitas domiciliares.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS de toda área de abrangência da unidade de saúde mediante intercâmbio de informações, palestras e outros.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com DM de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

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

## **Monitoramento e Avaliação**

Planejar em conjunto com a enfermeira a realização do exame clínico completo dos usuários com HAS e/ou DM, sendo essa a profissional que realizará o monitoramento da ficha espelho acerca da realização ou não do exame. O exame clínico será realizado pelo médico e a enfermeira da equipe com a ajuda dos outros integrantes. Será verificado na ficha espelho se foram solicitados exames laboratoriais para todos os usuários conforme o protocolo, sendo que, o médico fará mensalmente o monitoramento dessa ficha.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com DM.
- Monitorar o número de usuários com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de usuários com DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

### **Organização e Gestão Do Serviço**

Durante a reunião da equipe se distribuirá a atribuição de cada membro no exame clínico dos usuários com HAS e/ou DM, sendo o médico responsável pela distribuição. Assim como a capacitação periódica dos profissionais neste espaço priorizando aquelas temáticas nas quais existe maior dificuldade na atuação. Estará disponibilizado na UBS todo o material impresso com os protocolos de atuação no atendimento aos usuários com HAS e/ou DM. Realizaremos uma reunião com a coordenadora do Programa Saúde da Família no município para garantir vagas diárias no laboratório do Hospital municipal com o objetivo de dinamizar a realização desses exames segundo protocolos estabelecidos.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando as reuniões da equipe
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde.
- Garantir com o gestor municipal as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município tendo em conta os protocolos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **Engajamento Público**

Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações nos usuários com DM e/ou HAS através de palestras com uma duração de uma hora no centro

conviver conduzido pelo médico e enfermeira junto aos usuários e familiares e também com a ajuda dos ACS. Serão utilizados os meios de comunicação já mencionados para divulgação das palestras.

- Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

### **Qualificação Da Prática Clínica**

Oferecer aos membros da equipe o conhecimento necessário para fazer o atendimento qualificado e completo a cada usuário realizando atualizações dos profissionais no tratamento e seguimento adequado destes usuários na cobertura da reunião da equipe de saúde mensal. Assim como a identificação de sistemas de alerta durante o exame e orientação sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA sob responsabilidade do médico.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

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

### **Monitoramento e Avaliação**

Fazer uma atualização do cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM que nos permitam monitorar ao menos uma vez por mês a cobertura destes usuários

com acompanhamento na unidade. Verificar os prontuários e as fichas espelhos. Responsável a técnica de enfermagem.

- Monitorar a periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

### **Organização e Gestão Do Serviço**

Incrementaremos as visitas domiciliares dos ACS para procurar usuários com HAS e/ou DM faltosos à consulta. Quinzenalmente será realizada uma reunião com esses trabalhadores para analisar os indicadores desses usuários por cada setor e identificar os casos novos de cada grupo. O acolhimento será feito pela técnica de enfermagem, orientando aos usuários sob o atendimento médico que acontecerá no dia assim como o deslocamento destes para as consultas de odontologia, medicina e da enfermeira.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, nas reuniões da equipe
- Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os usuários com DM provenientes das buscas domiciliares.

### **Engajamento Público**

Orientar a participação da comunidade, através das palestras que serão realizadas no centro conviver pelo médico e enfermeira da UBS, reforçando a importância do acompanhamento periódico dos usuários com HAS e/ou DM na unidade de saúde, e assim com o comprometimento de todos.

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

## **Qualificação Da Prática Clínica**

Oferecer aos ACS diferentes modos de atuação na busca ativa daqueles usuários que não fazem acompanhamento ou são faltosos às consultas, em nosso serviço, aproveitando a visita domiciliar para estabelecer o vínculo e agendar o atendimento na UBS.

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

### Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

#### **Monitoramento e Avaliação**

Verificar semanalmente o registro adequado do caderno de agendamento das consultas dos usuários com HAS e/ou DM da área e verificar se em cada atendimento foi realizado o preenchimento da ficha espelho e o arquivamento da mesma no fichário. O monitoramento dos registros será realizado pelo médico da equipe semanalmente, para evitar que se percam informações importantes no acompanhamento dos usuários.

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

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

Na reunião da equipe será pactuado o registro das informações e o monitoramento dos registros que será realizado pelo médico da equipe semanalmente, para evitar que se perda informações importantes no acompanhamento dos usuários.

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

### **Engajamento Público**

Os usuários serão orientados através das visitas domiciliares sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário sob responsabilidade dos ACS.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Todos os profissionais de saúde serão capacitados na primeira semana da intervenção pelo médico da equipe, com relação ao correto preenchimento das fichas a utilizar durante a intervenção.

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

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

### **Monitoramento e Avaliação**

O médico da equipe avaliará mensalmente a quantidade de usuários com HAS e/ou DM com estratificação de risco no ano, mediante a revisão dos prontuários e fichas espelhos.

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

## **Organização e Gestão do Serviço**

Agendaremos semanalmente 3-5 consultas para usuários com HAS e/ou DM avaliados de alto risco e serão priorizados no dia da consulta médica. Responsável o médico da equipe.

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

## **Engajamento Público**

Orientar cada usuário sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, mediante a entrevista individual nas consultas médicas sob responsabilidade do médico e da enfermeira. Orientar aos usuários e a comunidade através das palestras que serão realizadas no centro CCI conviver pelo médico e enfermeira da UBS, sobre a importância do controle de fatores de risco modificáveis.

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

## **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar durante a reunião da equipe todos os profissionais com relação à estratificação de risco segundo o escore de Framingham de acordo com o protocolo.

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

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

## **Monitoramento e Avaliação**

Verificar em cada atendimento que se repassem as orientações sobre nutrição saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo aos usuários com DM e/ou HAS, assim como, a realização de consultas periódicas anuais com o dentista sob responsabilidade dos profissionais médico e enfermeira.

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

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

- Organizar com os profissionais de odontologia o agendamento da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário com HAS e/ou DM.

Assim como, priorizar o atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Organizar no local de acolhimento da UBS práticas coletivas e fornecer orientações de atividade física. Responsável a técnica de enfermagem.

- Organizar a agenda odontológica para os usuários com HAS.
- Organizar a agenda odontológica para os usuários com DM.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

### **Engajamento Público**

Estabelecer através das palestras planejadas que a comunidade conheça a existência do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Orientar a participação da comunidade, através das palestras sobre a importância do acompanhamento periódico, a importância da alimentação saudável, da prática de

atividade física regular e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Realizar reunião com líderes formais das comunidades, procurando parceria e reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde sob responsabilidade dos ACS.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista
- Orientar aos usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar aos usuários com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os usuários com HAS tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os usuários com DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar durante a reunião da equipe a todos os profissionais para a avaliação e tratamento bucal dos usuários usuário com HAS e/ou DM, assim como sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com DM.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

### **2.3.2 Indicadores**

Relativo ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

**Indicador 1.2.** Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 90% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Relativo ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de 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 unidade de saúde.

**Indicador 2.4.** Proporção de usuários com DM com os 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 unidade de saúde.

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

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

**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 unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

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

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Inicialmente ocorrerá uma reunião de equipe para apresentação do projeto de intervenção em que todos serão informados respeito do foco de intervenção, seus objetivos, metas, assim como ações para monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Posteriormente para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a equipe vai adotar o Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Brasil, 2003a) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (Brasil, 2003b).

Utilizaremos a ficha prontuário preenchida no atendimento periódico dos usuários e a ficha espelho disponíveis no município. As fichas anteriores não têm a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame físico dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés, exames complementares periódicos e dados relativos a classificação de risco dos usuários. Então, para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, os profissionais da equipe vão elaborar uma ficha complementar, registrando nela os dados antes mencionados. Estimamos alcançar

com a intervenção 90% dos usuários com HAS da área acompanhados pela equipe de saúde e 90% dos usuários com DM no período analisado. Os profissionais da equipe farão contato com o gestor municipal e coordenador da estratégia de Saúde da Família para dispor das fichas espelho que serão anexadas às fichas espelho de cada usuário (ANEXO C).

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B).

Com relação à organização do registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro dos usuários com HAS e/ou DM identificando aqueles que foram atendidas pela equipe nos últimos três meses para acompanhamento e controle. Posteriormente se localizarão os prontuários desses usuários e a profissional transcreverá todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando anotações sobre consultas agendadas em atraso, exames clínicos e laboratoriais atrasados, assim como estratificação de risco e vacinas em atraso.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo: serão capacitados os ACS para o cadastramento de usuário com HAS e/ou DM, para a identificação dos fatores de risco de HAS e/ou DM nos usuários de toda área de abrangência da unidade de saúde

Com a finalidade de padronizar as medidas a equipe da unidade de saúde será capacitada para a aferição dos níveis pressóricos e hemoglicoteste, preenchimento dos registros, técnica de realização de exame clínico e estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Além disso, capacitar a equipe para o controle de fatores de risco modificáveis, avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e/ou DM, alimentação saudável, atividade física regular, tabagismo e metodologias de educação em saúde.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, se começará a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe

estudará uma parte do caderno e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Sendo responsável o médico e a enfermeira da equipe. Assim como protocolos para encaminhamento especializado, solicitação de exames, educação em saúde, e atualizações terapêuticas.

Com a finalidade de monitorar a cobertura dos usuários cadastrados no programa será estabelecido um contato quinzenal com os ACS para identificar os usuários novos cadastrados na área com HAS e/ou DM bem como os faltosos. Será realizada atualização das informações do SIAB. Além disso serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos e monitoramento dos exames laboratoriais e clínicos.

Quinzenalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários no arquivo das fichas, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os usuários com HAS e/ou DM em atraso, estimando-se 5 por semana totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca já agendará para um horário de sua conveniência. Além disso, o ACS procurará informações sobre o uso ou não do tratamento médico orientado pela equipe, da prática de exercícios físicos, de uma alimentação saudável, dos exames complementares e de hábitos nocivos. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica além das respostas das fichas complementares. Responsável o médico da equipe.

Para viabilizar a ação de acolhimento e acompanhamentos dos usuários serão utilizados os prontuários e as fichas espelhos disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

O acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe começando com a escuta inicial pela técnica de enfermagem na recepção dos usuários da UBS. Usuários com HAS e/ou DM com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Usuários que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, para o próximo atendimento. Os usuários que vierem à consulta planejada sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Será realizado para cada usuário cadastrado a cada 3 meses novas avaliações, orientações e agendamentos.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nos usuários com HAS e/ou DM não haverá necessidade de alterar a organização da agenda, sendo priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários proveniente da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semanas sendo responsável a enfermeira. Além disso, será agendado junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista para esses usuários, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade e a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Garantir material adequado para a medida da PAS (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Garantir o cartão a todos os usuários HAS e/ou DM cadastrados no Programa (ANEXO D).

A equipe se reunirá com o gestor municipal e a coordenadora na secretaria de saúde para identificar as necessidades tanto materiais quanto dos profissionais e dessa forma procurar a garantia dos recursos necessários para o desenvolvimento da estratégia de saúde. Sendo responsável o médico.

Para viabilizar a ação de sensibilizar à comunidade e usuários será divulgada junto à comunidade a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como os dias e horários de prioridade e outras informações importante como, por exemplo, mensuração da PAS, rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientação sobre os fatores de risco, sintomas e complicações. Bem como a necessidade de realização de exames complementares, acesso aos resultados, acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas à medicação. Aproveitar-se-á a oportunidade para ouvir a comunidade em atividades coletivas e consultas individuais bem como na sala de espera da UBS.

Com a finalidade de buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersectorialidade nas ações de promoção da saúde será mobilizada a comunidade para solicitar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

A equipe fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência para divulgação do programa esclarecendo a importância da realização dos controles dos usuários com HAS e/ou DM. Rastrear os usuários maiores de 18 anos por meio da verificação da

pressão arterial e hemoglicoteste com intuito de diagnosticar precocemente tais doenças.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional sem exclusão dos demais como gestantes e crianças. Oferecendo informação à comunidade e aos usuários referentes ao atendimento, as vantagens, os riscos e as necessidades. Além disso, ofereceremos com parceria dos ACS orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e efeitos do tabaco, álcool e outras drogas. Sendo responsáveis os ACS e supervisionados pelo médico e a enfermeira.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A equipe começou as ações com uma panorâmica do trabalho a realizar, da importância da intervenção e das vantagens no final da mesma. Fizemos reciclagem dos conhecimentos relacionados com a intervenção a realizar e exploramos as expectativas dos profissionais. Organizamos e distribuímos as funções dos profissionais com o objetivo de obter uma maior controle a fim de alcançar todos os objetivos e as metas planejadas. Aproveitamos esse primeiro encontro para identificar se todos os profissionais sentiam a mesma satisfação que eu nesta intervenção. Trabalho que melhorará a saúde de grupo da população muito vulnerável e com risco de complicações.

Contatamos com o gestor municipal e a coordenadora do Programa de Saúde da Família (PSF) procurando apoio para o desenvolvimento das ações recebendo os materiais necessários para o desenvolvimento da intervenção.

Capacitamos os profissionais da UBS de acordo com os protocolos. Treinamos a equipe para identificação dos principais fatores de risco e das complicações de HAS e a DM. Assim como educação em saúde, a realização do hemoglicoteste, a realização de exame clínico apropriado e a orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA.

Essas ações foram cumpridas integralmente sem dificuldades, o que permitiu identificar alguns erros cometidos no atendimento por desconhecimento dos protocolos estabelecidos pelo MS. Ou seja, mediante tais ações houve uma reorganização da ação programática, com influência positiva sobre a mentalidade e o desempenho profissionais bem como no acolhimento.

Realizamos a capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários com HAS e/ou DM faltosos assim como aqueles que não fizeram acompanhamento na UBS e a realização das ações de promoção à saúde (figuras 2, 3 e 4). Tais ações foram cumpridas integralmente sem dificuldades, visto que, os ACS mostraram interesse genuíno nas capacitações.



Figura 2: Capacitação dos agentes de saúde na Câmara Municipal de São Tomé



Figura 3: Capacitação dos agentes de saúde na comunidade de Bela Vista



Figura 4: Capacitação dos agentes de saúde na comunidade de Bela Vista

Além das ações mencionadas implantamos as ficha-espelho e organizamos um registro específico para armazenamento. Entretanto, é importante comentar que nem todos os profissionais se engajaram na intervenção alegando “tratar-se de um trabalho da universidade” desconhecendo que todo o processo de reorganização teve como base o MS e que a intenção é que a intervenção não seja pontual e sim incorporada à prática.

Conseguimos que o laboratório clínico do hospital municipal disponibilizasse vagas para o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM que precisavam do

serviço e agendamos as datas dos encontros e palestras com os usuários e a comunidade, conjuntamente com o responsável do centro Conviver de Idosos (CCI) do município.

Nos atendimentos esclarecemos as dúvidas dos usuários sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. Também organizamos a agenda de saúde bucal para os usuários com HAS e/ou DM.

Durante as semanas realizamos palestras sobre alimentação saudável (figura 5), doenças HAS e DM (figura 6) prática de exercícios físicos (figuras 7, 8), e caminhadas (figuras 9, 10) com os usuários que foram momentos muito emotivos pela interação e pelo tom acolhedor entre os membros e os usuários.



Figura 5: Palestra sobre alimentação saudável. Centro Do conviver de São Tomé



Figura 6: Palestra sobre Hipertensão e Diabetes na Unidade de saúde de Bela Vista



Figura 7: Palestra sobre prática de exercícios físicos. 1



Figura 8: Palestra sobre prática de exercícios físicos. 2



Figura 9: Grupo de usuários com HAS e/ou DM na caminhada pela saúde 1.



Figura 10: Grupo de usuários com HAS e/ou DM na caminhada pela saúde 2.

Também ocorreram palestras sobre o uso de fármacos e o controle médico (figura 11), o uso da dança como terapia (figura 12) e junto ao grupo de gestantes alertando sobre a Diabetes gestacional e a Hipertensão no ciclo gravídico-puerperal (figura 13).



Figura 11: Palestra sobre importância do controle médico.



Figura 12: Palestra sobre Dança terapia.



Figura 13: Palestra com gestantes sobre importância do controle pré-natal e a identificação de fatores de risco para hipertensão e diabetes durante a gestação. CRAIS de São Tomé.

Essas ações planejadas foram cumpridas integralmente com algumas dificuldades, pois, em duas ocasiões houve troca de local; ademais, os instrumentos audiovisuais não tinham boa qualidade; todavia, foi possível realizar as palestras e as dinâmicas.

Durante toda a intervenção continuamos com a procura de usuários faltosos às consultas e também para aqueles que não faziam atendimento na UBS. Realizamos visitas domiciliares junto aos ACS para usuários sem condições de deslocamento e também para aqueles usuários que não frequentassem a UBS realizou-se consulta médica no domicílio (figuras 15, 16).



Figura 15: Visitas domiciliares.  
Comunidade de Bela Vista



Figura 16: Visitas domiciliares.  
Comunidade de Bela Vista

Contatamos líderes e membros comunitários para falar sobre a importância da atenção aos usuários solicitando apoio para a captação e demais estratégias

implementadas (figura 17). A busca ativa ocorreu aos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas e para os que não faziam acompanhamento na UBS.



Figura 16: Encontro com os gestores e líderes comunitários. Vila São Francisco.

Aproveitamos os espaços das reuniões da equipe que estavam planejadas e monitoramos a cobertura dos atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM acerca dos controles periódicos e os tratamentos como pontos fundamentais como a busca ativa de usuários faltosos à consulta.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações planejadas que não foram realizadas estão o último encontro com os líderes comunitários para falar sobre a importância da atenção aos usuários solicitando apoio para a captação desses e para as demais estratégias que serão implementadas. As justificativas foram com o local da atividade e a coincidência com o período de férias de dois ACS da área.

A dificuldade que mais afetou na primeira etapa foi o tema do atendimento de odontologia já que nosso odontólogo, mesmo agendando consultas para esses usuários tinha muita demanda de outros usuários, o que interferiu na atenção. Como estratégia de resolução, passamos a agendar as consultas um dia da semana, o que melhorou parcialmente a atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Mais, infelizmente, a cadeira odontológica quebrou, interferindo na atenção aos usuários, o que motivou a busca de uma solução que foi contatar outro serviço de odontologia alocado em outra UBS do município. Tal estratégia possibilitou o alcance de 98% dos usuários avaliados e atendidos na Saúde Bucal.

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

As maiores dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados estão relacionadas com o preenchimento dos resultados dos exames cujo retorno demorava. O preenchimento das fichas espelho dos usuários com HAS e/ou DM foi realizado sem maiores dificuldades, pois, a equipe foi capacitada no início da intervenção e com o monitoramento semanal foi possível identificar falhas no preenchimento para corrigi-las o mais depressa possível. Também a avaliação dos resultados através da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso possibilitou a equipe acompanhar a evolução do trabalho e priorizar os indicadores que apresentou maiores dificuldades.

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

Com relação à análise da incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço, destacando que no início foi difícil porque requeria mudar um comportamento habitual adquirido há muitos anos. Não só pelos profissionais da equipe, mas sim, pelos usuários que reclamavam pela demora nas consultas e pela preferência aos usuários com HAS e/ou DM no acolhimento e atendimento. Assim, as ações foram incorporadas na rotina da UBS e já pensamos em novas ações programáticas.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na USF Bela Vista, São Tomé/RN com duração de 16 semanas. Utilizamos como dados de referencia os fornecidos pela planilha de coleta de dados (vigitel).

Objetivo1: Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês da intervenção cadastraram-se 125 usuários com HAS (34,9%), no segundo mês já ampliamos o número de usuários cadastrados para 205 (57,3%), no terceiro mês 236 (65,9%) e no último mês 332 usuários, alcançando uma cobertura de 92,7%. Assim, consideramos impactante o aumento gradual de cobertura, considerando-se que ainda precisamos buscar usuários que não tenham sequer conhecimento da própria doença e de maior apoio dos líderes comunitários como intermediadores das atividades realizadas na UBS (figura 17).

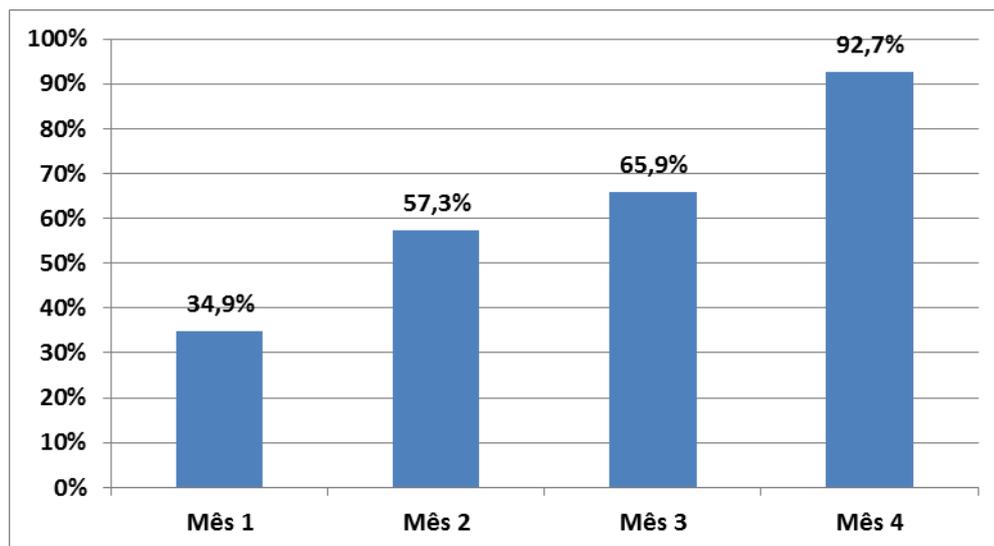


Figura 17: Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na Unidade de Saúde.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 1.2:** Cadastrar 90% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês cadastraram-se 36 usuários com DM (40,4%), no segundo mês 51 (57,3%), no terceiro mês 59 (66,3%) e no quarto mês, 84 usuários, representando uma cobertura final de 94,4% (figura 18). Similarmente às considerações referentes à cobertura dos usuários com HAS, consideramos que a intervenção gerou um progresso que tende a ser contínuo mediante a incorporação da ação programática na UBS.

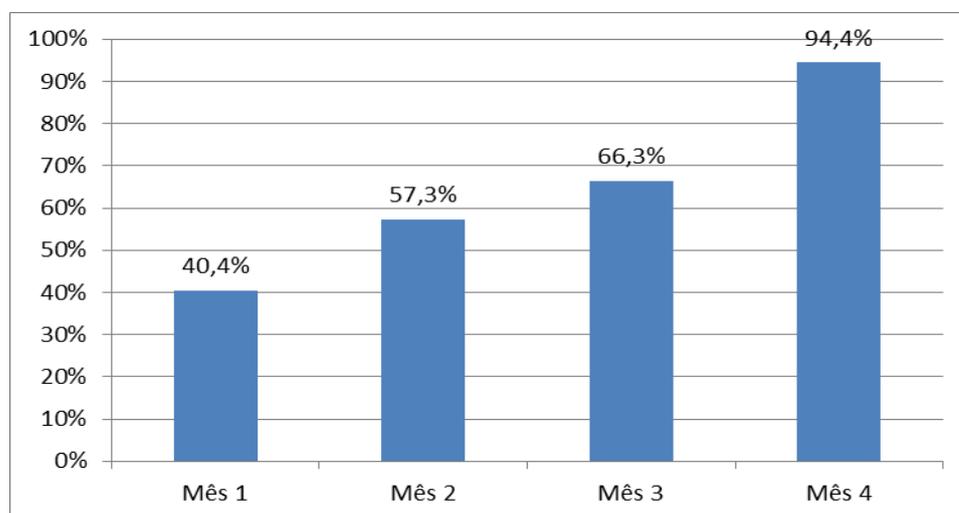


Figura 21: Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na Unidade de Saúde.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

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

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

Durante a intervenção houve progressivamente uma evolução, iniciando-se por 125 usuários (100%), seguido de 204 (99,5%), 234 (99,2%) e ao final da intervenção 332 usuários (100%) (figura 19). Como justificativas se citam a padronização das atividades como hemoglicotestes, verificações da pressão arterial e determinações do índice da massa corporal durante as consultas; destacamos que o preenchimento da ficha espelho também contribuiu para um registro adequado e que as capacitações foram fundamentais para uma maior qualificação profissional.

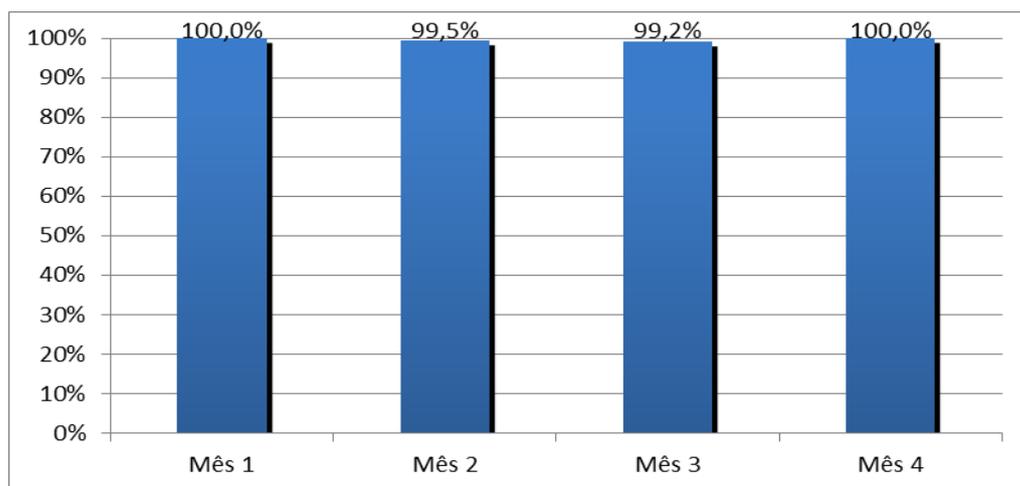


Figura 19: Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Cadastraram-se, respectivamente, 35 usuários (97,2%), 50 (98%), 59 (100%) e 84 usuários (100%), no primeiro, segundo, terceiro e quarto meses (figura 20). Além das justificativas previamente mencionadas, acreditamos que as visitas domiciliares também auxiliaram na integralidade da atividade, uma vez que, usuários que não faziam acompanhamento com nossa equipe foram “resgatados” para a ação programática.

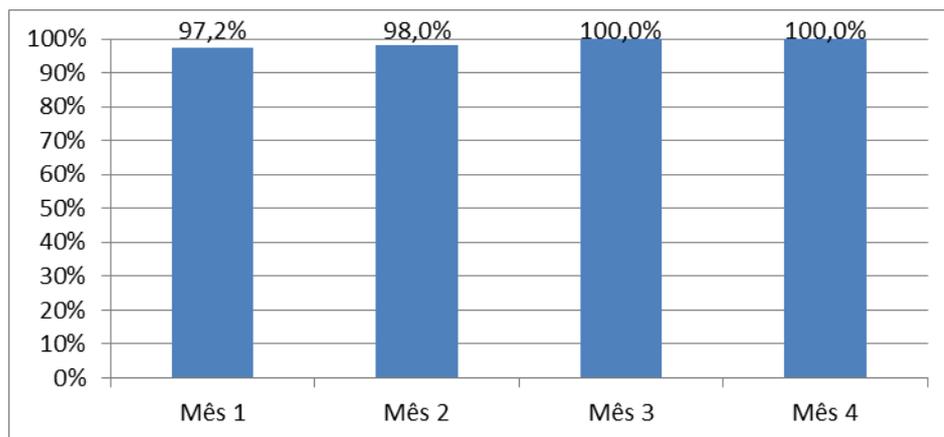


Figura 20: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

A qualidade da atenção prestada em relação aos exames complementares dos usuários com HAS não atingiu os 100% no final dos quatro meses, porém, foi progressiva com 60 usuários (48%), 118 (57,6%), 141 (59,7%) e 305 (91,9%) (figura 21). Embora sem o alcance da meta de 100%, diante das circunstâncias de que, às vezes, há uma demora no retorno dos exames laboratoriais, podemos contextualizar que a estratégia de buscar um acordo com os profissionais do laboratório clínico acerca da disponibilidade de vagas foi um fator interferente, assim como a atuação dos ACS nas visitas domiciliares reforçando a importância dos exames laboratoriais.

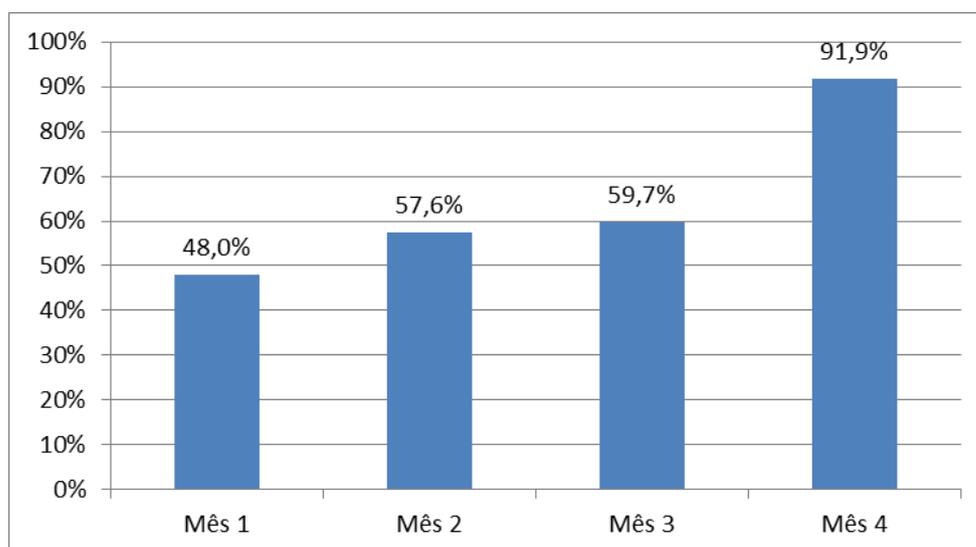


Figura 21: Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante a intervenção os usuários com DM acompanhados pela equipe tiveram a solicitação e realizaram os exames de acordo com protocolo sendo 18 usuários (50%) no primeiro mês, 35 (68,6%) no segundo mês, 40 (67,8%) no terceiro mês e 79 usuários (94%) no final da intervenção (figura 22). Além das justificativas mencionadas anteriormente, podemos considerar que um adequado preenchimento dos instrumentos de acompanhamento da intervenção permitiu um monitoramento da qualidade desta atividade ao longo das 16 semanas.

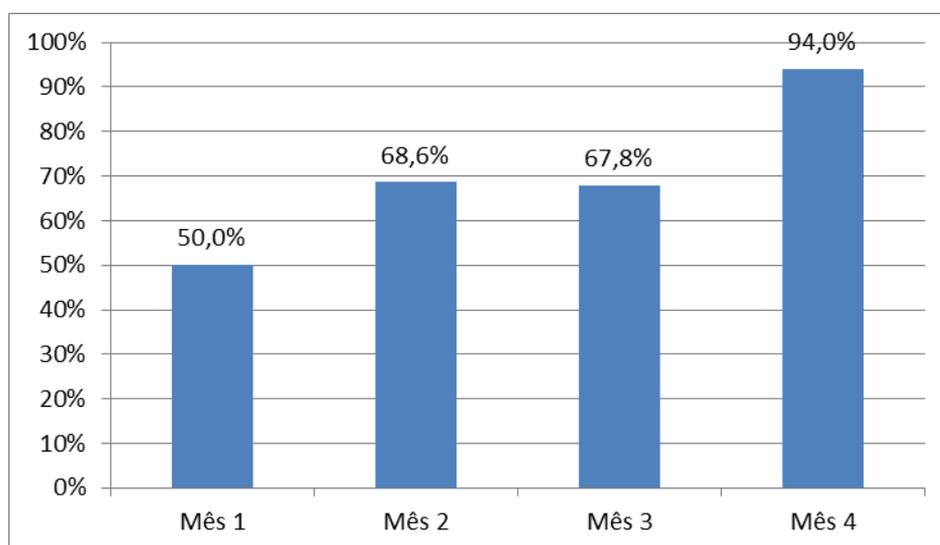


Figura 22: Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

No primeiro mês alcançamos 107 usuários (85,6 %), no segundo mês 184 (90,2 %), no terceiro mês 213 (91,4%) e 311 usuários (94,0%) no quarto mês (figura 23). O êxito na atividade resultou de um trabalho continuado da equipe na UBS e das orientações aos usuários. Além disso, se realizaram palestras com o farmacêutico do município nas quais várias dúvidas foram levantadas, permitindo,

assim, maiores esclarecimentos; além de que nas visitas domiciliares também se informavam sobre as vantagens do uso desses medicamentos.

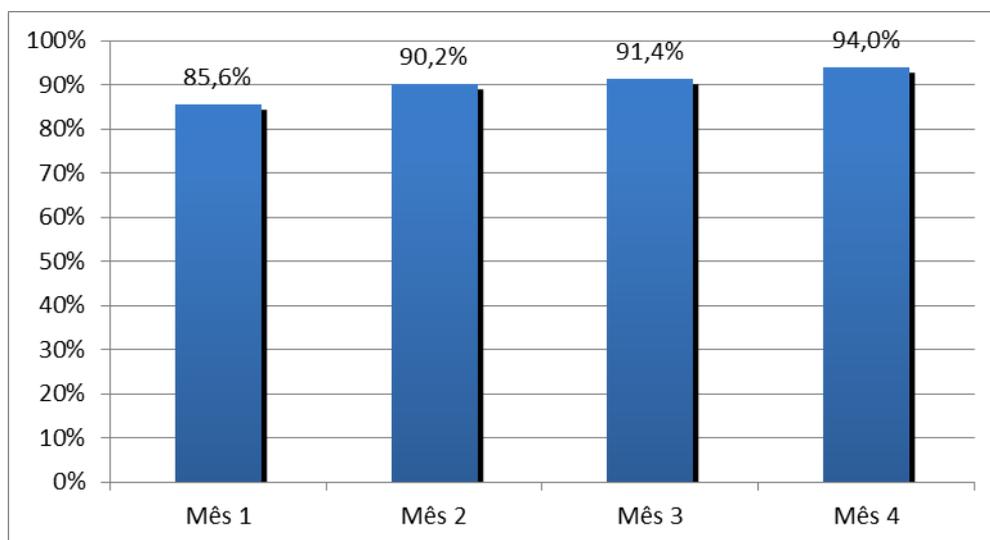


Figura 23: Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Cadastraram-se 30 usuários (83,3%) no primeiro mês, 44 (88%) no segundo mês, 51 (87,9%) no terceiro mês e ao final da intervenção 76 usuários, resultando em 91,6% de usuários acompanhados pela equipe e com prescrição de medicamentos da farmácia popular (figura 24). Embora sem o alcance de 100%, a atividade apresentou resultados crescentes, possivelmente, em decorrência de um esforço coletivo na unidade de saúde e nas visitas domiciliares, além da realização de atividades de educação em saúde nas consultas e em palestras.

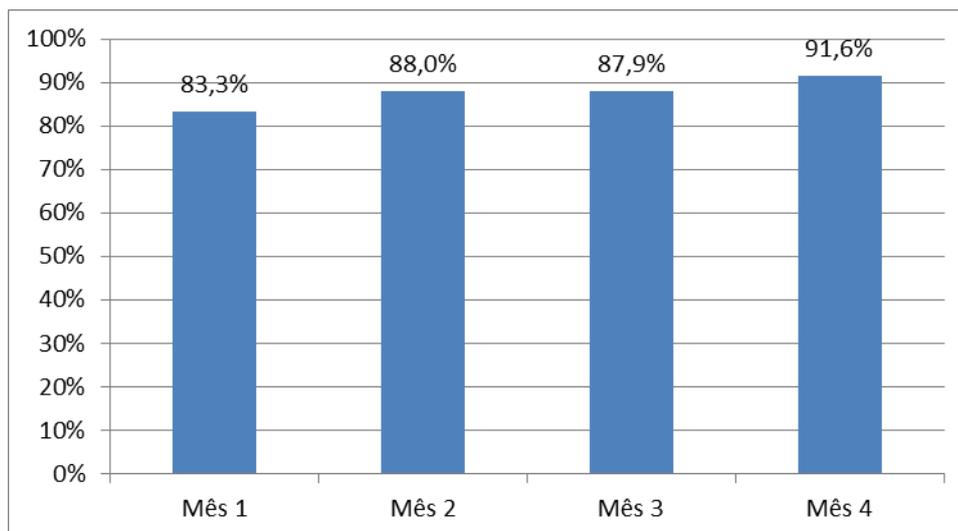


Figura 24: Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante o primeiro e segundo mês da intervenção, a porcentagem foi inferior à meta, alcançando 92 (73,6%) e 171 usuários (83,4%) respectivamente, mas no terceiro mês ampliamos os atendimentos odontológicos para 200 usuários (84,7%) e finalizamos a intervenção com 328 (98,8%) dos usuários com HAS avaliados para as necessidades de atendimento odontológico de acordo com protocolo (figura 25). A meta alcançada obedece ao planejamento junto aos profissionais de odontologia, já que, as vagas prioritárias oferecidas por eles auxiliaram nesse processo, assim como, as palestras oferecidas pela odontóloga da área tanto na UBS como nas comunidades, a ajuda dos ACS, dos líderes da comunidade e também no preenchimento adequado da ficha-espelho dos usuários.

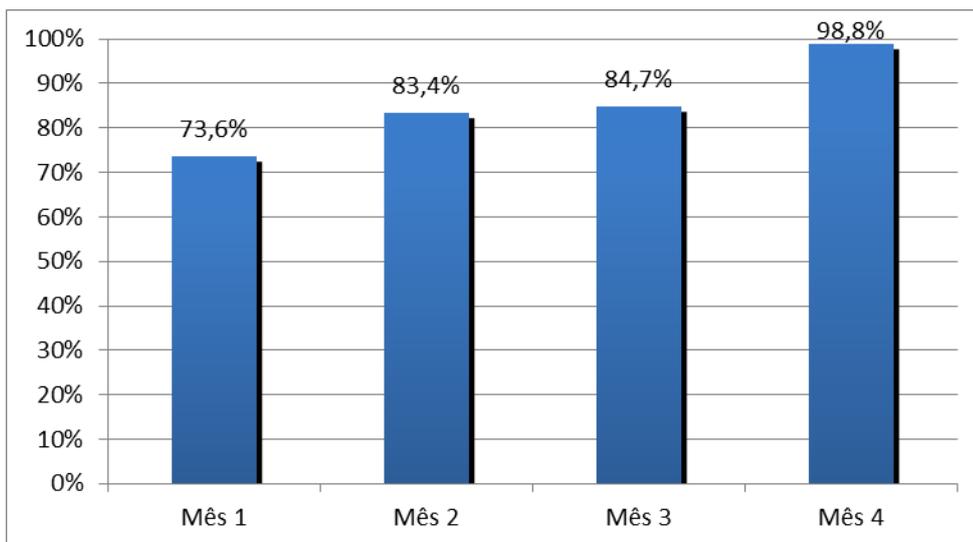


Figura 25: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante os três primeiros meses a meta não foi atingida, resultando em 24 usuários no primeiro mês (66,7%), 38 e 46 usuários (74,5% e 78%), segundo e terceiro mês respectivamente, mas, no último mês houve um progresso atingindo 82 usuários (97,6%) (figura 26). Consideramos que além das justificativas citadas acima, o engajamento da dentista foi fundamental, visto que, apesar da demanda, houve espaço para agendamento aos usuários com DM.

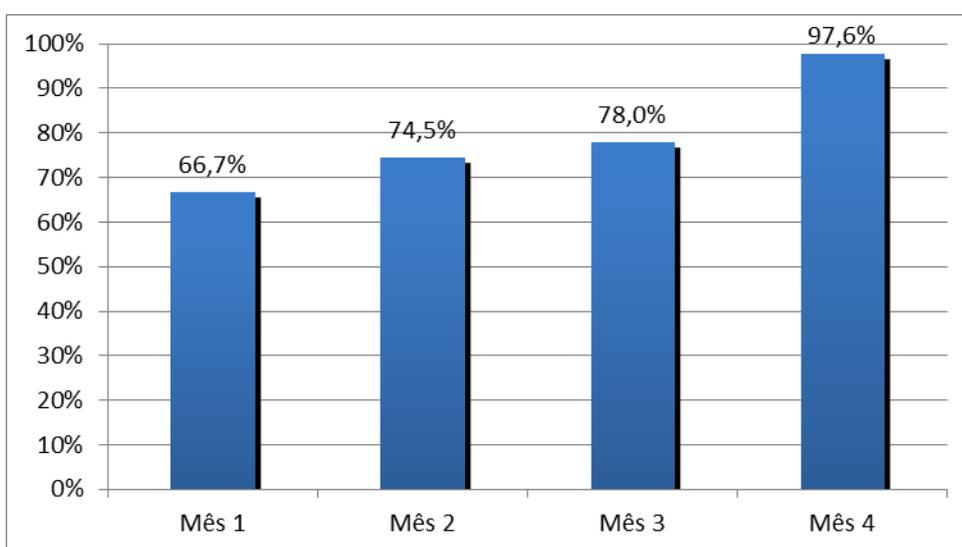


Figura 26: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

Sequencialmente, houve a busca ativa de 37 usuários faltosos à consulta no primeiro mês seguido de 48, 51 e 56 (100%) no último mês. Tais resultados derivaram do envolvimento e atuação dos ACS na área, das avaliações semanais com os profissionais da equipe e das orientações oferecidas aos líderes formais e não formais das comunidades.

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

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

Na intervenção houve 100% de busca ativa de usuários com DM faltosos às consultas, respectivamente, 12, 13, 14 e 15 usuários, possivelmente, em decorrência dos esforços coletivos mencionados previamente.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Durante a intervenção os usuários com HAS tiveram registro adequado na ficha-espelho de acompanhamento do programa, sendo 98 usuários (78,4%) no primeiro mês, 177 (86,3%) no segundo mês, 206 (87,3%) no terceiro mês e 332 usuários (100%) no quarto mês 206 (87,3%) (figura 27), resultado que responde à capacitação realizada nas primeiras semanas da intervenção e dos controles semanais realizados, todavia, houve a perda de informações.

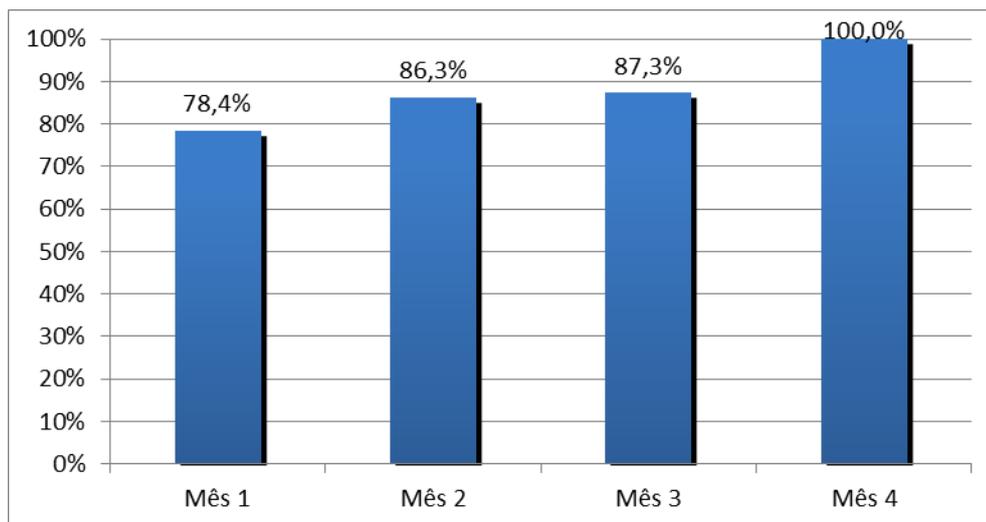


Figura 27: Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante a intervenção os usuários com DM tiveram registro adequado na ficha-espelho de acompanhamento do programa, sendo 27 usuários (75%) no primeiro mês, 42 (82,4%) no segundo mês, 50 (84,7%) no terceiro mês e 84 (100%) (figura 28) no último mês, possivelmente, em decorrência da padronização dessa atividade realizada na capacitação.

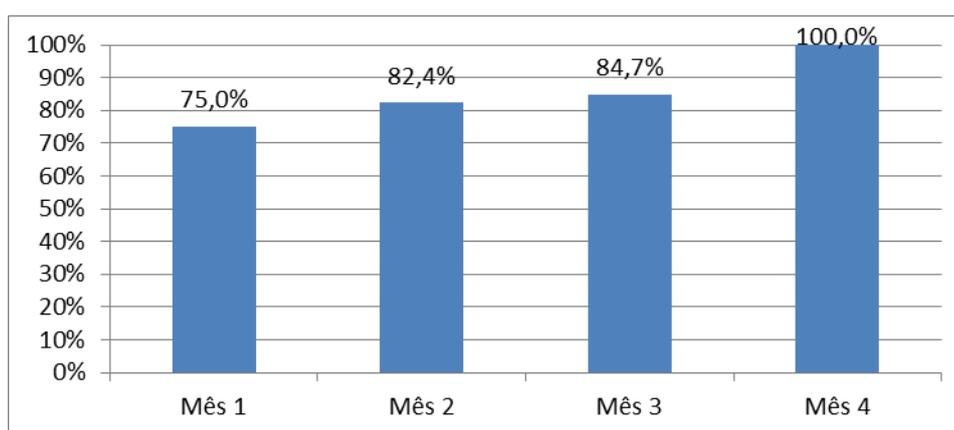


Figura 28: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 5: Mapear usuário 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:** Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Na intervenção os usuários com HAS tiveram a avaliação da estratificação do risco cardiovascular; no primeiro mês 96 usuários (76,8%), no segundo mês 175 (85,4%), no terceiro mês 204 (86,4%) e 332 usuários (100%) no quarto mês (figura 29), resultados das capacitações relativas à procura de fatores de riscos além dos controles semanais da intervenção realizados com todos os profissionais da equipe.

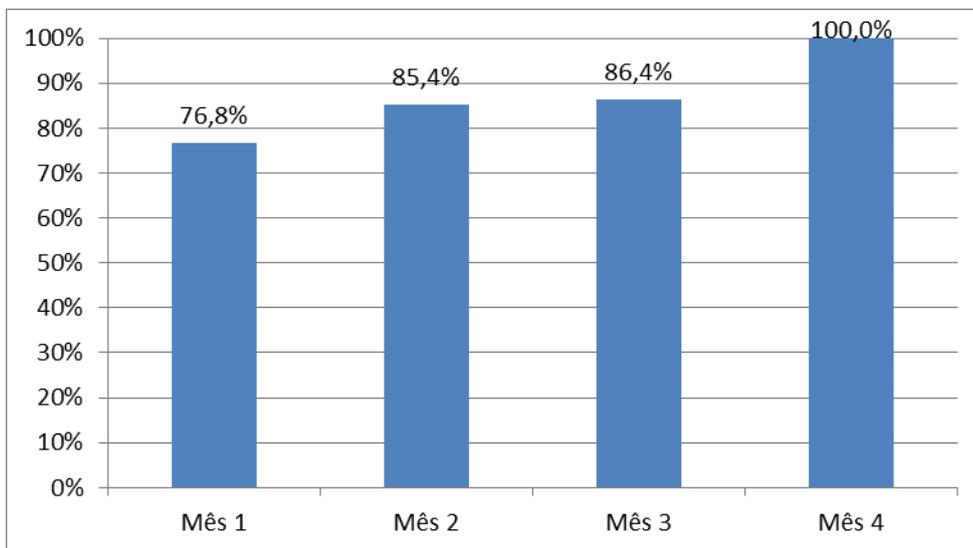


Figura 29: Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Na intervenção os usuários com DM tiveram a avaliação da estratificação do risco cardiovascular sendo 27 usuários (75%) no primeiro mês, no segundo mês 42 (82,4%), no terceiro mês 50 (84,7%) e no quarto mês 84 usuários (100%) (figura 30), resultado das atualizações frente ao protocolo de referência.

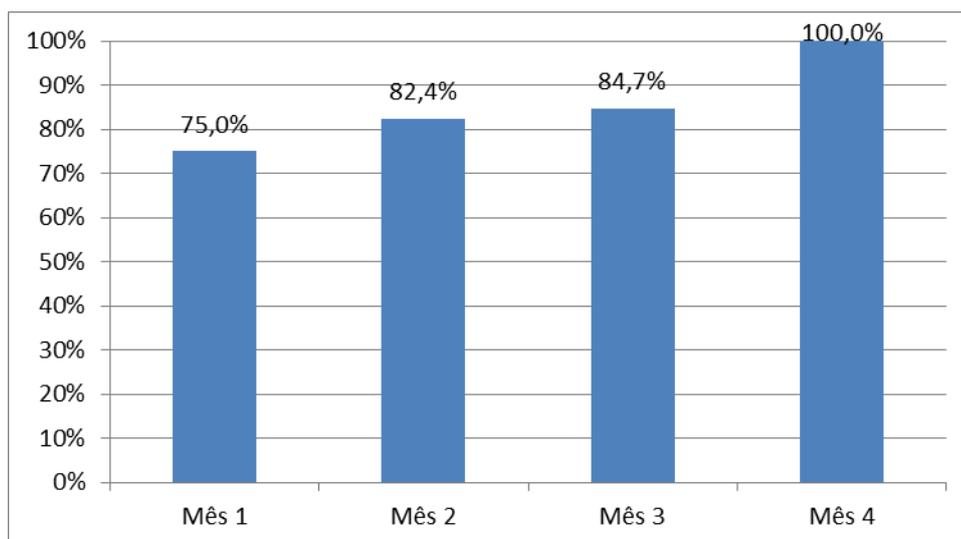


Figura 30: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

#### Objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

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

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

Durante a intervenção os usuários com HAS tiveram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atingindo 100% no primeiro (125 usuários), no segundo (205 usuários) e no quarto meses (332 usuários), não atingindo a meta apenas no terceiro mês 234 (99,2%) (figura 31). Sugere-se que se deve às capacitações e na realização de palestras com a nutricionista do município com dinâmicas que estimulavam a interação dos usuários. Além da qualidade do registro das informações.

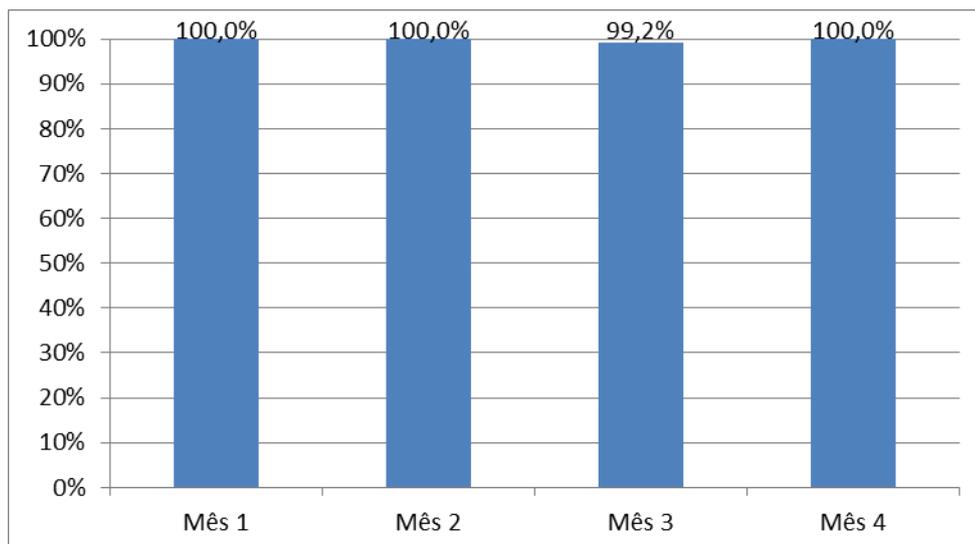


Figura 31: Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante os quatro meses da intervenção, 36, 51, 59 e 84 usuários com DM (100%) receberam orientação nutricional em decorrência da ênfase na educação em saúde oferecida nas consultas individuais e nas palestras com apoio da prefeitura municipal (nutricionista).

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

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

Na intervenção, todos os usuários, no primeiro, segundo e quarto meses, respectivamente, 125, 205 e 332 (100%) receberam essas orientações. Apenas no terceiro mês não se alcançou a integralidade, atingindo 234 usuários (99,2%) (figura 32). Contextualiza-se que as orientações em consultas individuais, nas visitas domiciliares e em palestras ministradas pela educadora física do município que envolveram os benefícios para os controles pressóricos e glicêmicos, cuidados pré e pós-exercício. Também houve a participação de fisioterapeuta em relação ao uso da dança como intervenção terapêutica. Ademais, a qualidade do registro na unidade de saúde permitiu o acompanhamento da evolução do indicador.

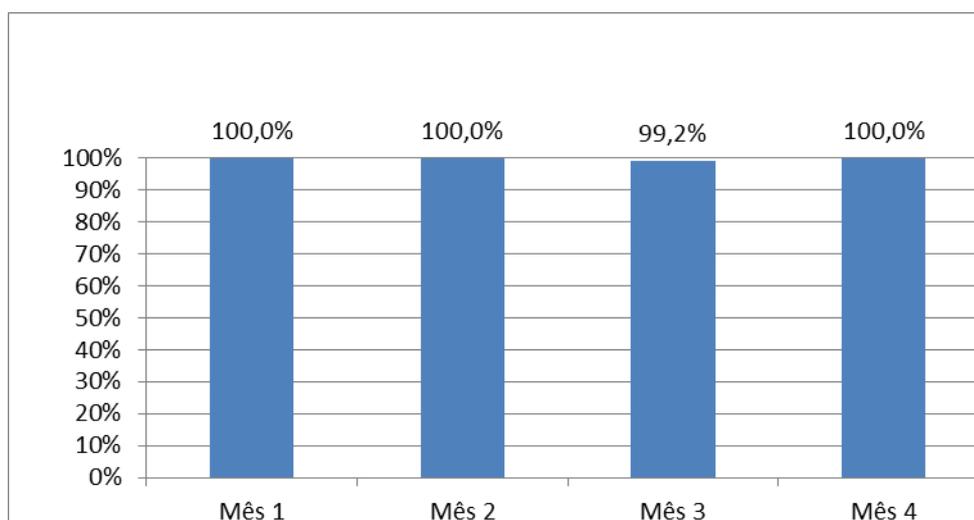


Figura 32: usuário com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Durante a intervenção, todos os usuários, mês a mês, 100% dos usuários com DM receberam orientações sobre a prática regular de atividade física, respectivamente, 36, 51, 59 e 84 usuários. Os resultados positivos desta atividade decorreram do envolvimento da equipe, da gestão e da comunidade, já mencionado anteriormente.

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

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

Durante os quatro meses de intervenção, somente no terceiro mês não se alcançou a integralidade atingindo-se 234 usuários (99,2%) (figura 33). Houve a socialização destas orientações nos atendimentos, palestras, visitas domiciliares e atividades junto aos profissionais do NASF.

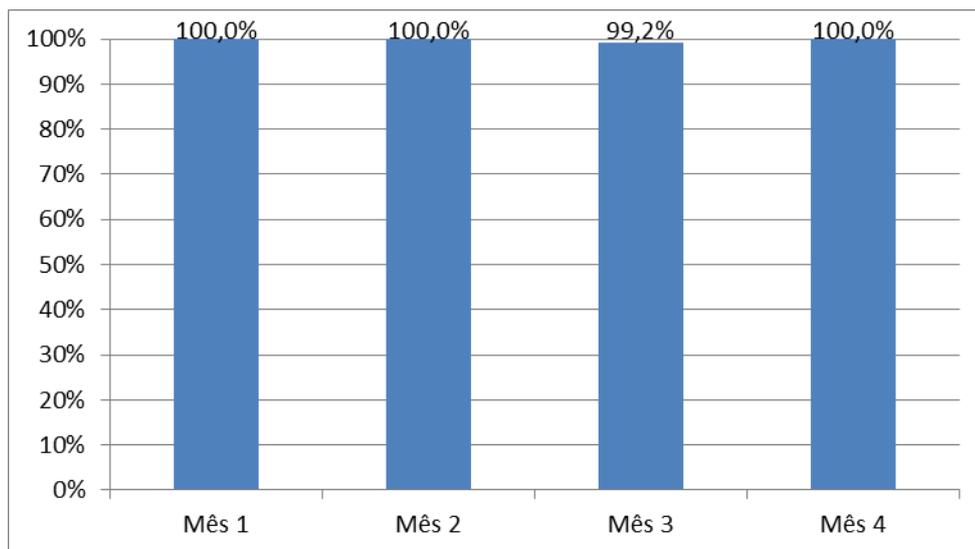


Figura 33: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Todos os usuários, mês a mês, respectivamente, 36, 51, 59 e 84 (100%), receberam orientações sobre os riscos do tabagismo nos atendimentos clínicos, palestras, visitas domiciliares e atividades coletivas junto aos profissionais do NASF, que por sua vez, resultaram das capacitações da equipe.

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

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

Ao longo da intervenção, somente no terceiro mês não houve o alcance de 100% dos usuários (234, 99,2%) (figura 34). Tais resultados derivaram das capacitações da equipe, das palestras oferecidas pelo dentista na unidade de saúde e também nas visitas domiciliares.

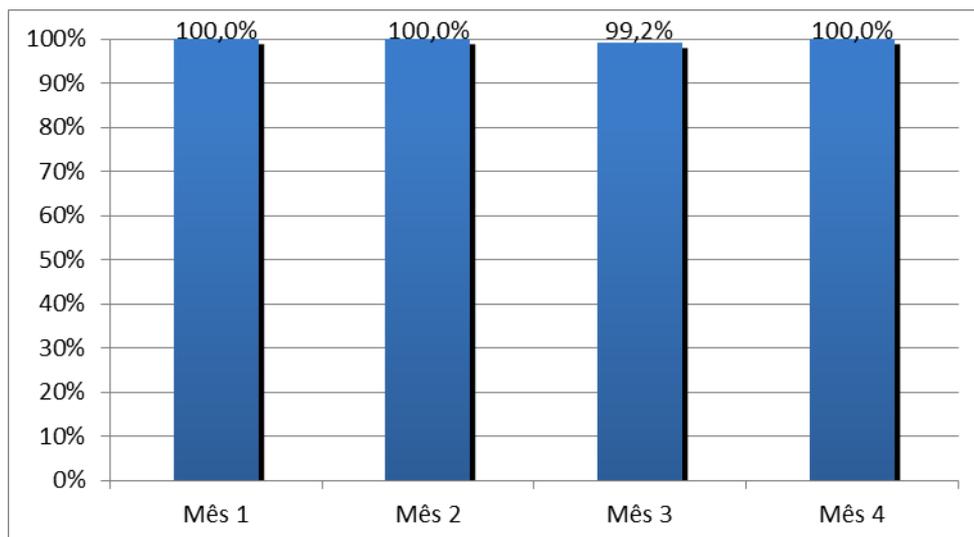


Figura 34: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

Todos os usuários com DM receberam orientações sobre higiene bucal, respectivamente, 36, 51, 59 e 84 usuários (100%) mediante esforço coletivo da equipe, especialmente, da dentista nas consultas individuais e nas visitas domiciliares.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Bela Vista propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção e da interação com outros profissionais como os do NASF.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, assim como identificação dos principais fatores de risco, das suas complicações e da educação em saúde. As atividades promoveram o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e dos trabalhadores da recepção, apoiados pelo trabalho da odontóloga e da assistente de odontologia atribuindo que foram o acolhimento a todos os profissionais da equipe, o controle dos imunobiológicos (especialmente sob responsabilidade da enfermeira e do médico), atendimento e preenchimento dos documentos (responsabilidade coletiva). Isto acabou tendo impacto também em

outras atividades no serviço, pois organizamos o processo de trabalho através da priorização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM além de criar um agendamento organizado para o atendimento de odontologia neste grupo.

No que se refere à importância da intervenção para o serviço, destacamos que antes da intervenção as atividades de atenção à HAS e/ou DM eram concentradas na médica, mas, a intervenção revisou as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos usuários viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea e a classificação de risco cardiovascular.

Já com relação à importância da intervenção para a comunidade, acredito que o impacto da intervenção está sendo percebido gradualmente, pois, para os usuários-alvo o sentimento de satisfação está presente, porém, outros usuários relatavam insatisfação na sala de espera. Mais, apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários com HAS e/ou DM não atendidos (quase diagnosticados), o que requererá maiores esforços junto à gestão e à comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional se tivesse discutido as atividades que vinham sendo desenvolvidas com a equipe, isto é, reforçado que as atividades já ocorriam, porém, sem uma padronização frente aos protocolos do MS. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar as ações. Mesmo assim, no decorrer e após o término da intervenção, percebo que a equipe está integrada e que tende a superar algumas das dificuldades encontradas na execução das ações.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço, de modo que ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorizar a atenção dos usuários com HAS e/ou DM, em especial os de alto risco, como também investiremos na reorganização dos registros, pois, notamos que alguns dados não foram documentados, interferindo, por conseguinte, em alguns indicadores. A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura e na qualidade do serviço de saúde em outras ações como Pré-Natal e Puerpério.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

A/c da Secretaria de Saúde de São Tomé/RN.

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde Bela Vista, ocorrida entre 10 de outubro de 2014 e 26 de fevereiro de 2015, com duração de 16 semanas, com foco a melhoria na atenção ao programa de saúde de usuários com HAS e/ou DM considerando a importância do controle adequado e os riscos de complicações. Intervenção que foi vinculada a especialização em saúde da família da UFPel e o Programa Mais Médicos.

Iniciamos organizando e distribuindo as funções dos profissionais da equipe no processo de trabalho, seguido da solicitação à gestão municipal de apoio para o desenvolvimento das ações que forneceram os materiais necessários.

Realizamos capacitação dos profissionais da UBS e treinamentos da equipe para o adequado controle segundo os protocolos estabelecidos como identificação dos principais fatores de risco e das complicações de HAS e/ou DM. Também capacitamos para a realização de hemoglicoteste, exames clínicos apropriados e para as orientações aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Além disso, implantamos as fichas-espelho e organizamos um registro específico para os usuários, como também, iniciamos e mantivemos o acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM que compareceram na UBS e nos atendimentos clínicos.

Os exames foram realizados no laboratório clínico do hospital municipal através de agendamento, assim como ocorreram palestras educativas. Os agentes comunitários de saúde foram capacitados para realização de busca ativa dos usuários com HAS e/ou DM faltosos e aqueles que não faziam acompanhamento na

UBS. Ainda, para todas as ações contatamos com líderes e membros comunitários acerca da importância da atenção aos usuários.

Na intervenção, em relação à hipertensão, se cadastraram no primeiro mês, 125 usuários, seguido de 204, 234 e 332 usuários, respectivamente, no segundo, terceiro e quarto meses, alcançando-se assim, cobertura de 92,7%. Também quanto ao diabetes, ocorreu uma evolução da cobertura, sendo que no primeiro mês foram cadastrados 36 usuários, 51 no segundo mês, 59 no terceiro mês e no último mês 84 usuários, atingindo-se cobertura de 94,4%. Ademais, a qualidade do serviço de saúde melhorou ilustrado pelas atividades na unidade de saúde como palestras sobre alimentação saudável e extras-muro como caminhadas e visitas domiciliares, exame clínico completo, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos.

Também houve um impacto positivo sobre as relações na unidade de saúde entre os profissionais da equipe e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município – farmacêutico, fisioterapeuta, educadora física, nutricionista e fonoaudióloga – que participaram ativamente da intervenção por meio de orientações sobre benefícios da prática regular de atividade física e riscos do tabagismo.

Todavia, algumas dificuldades apareceram no processo e a dificuldade que mais afetou - na primeira etapa da intervenção - foi o atendimento odontológico, já que nosso odontólogo, além de agendar consultas para os usuários-alvo, tinha muita demanda de outros usuários, sendo, assim, difícil manter em dia todos os atendimentos. Como solução a esse problema, agendávamos as consultas para um dia da semana e, felizmente, no final da intervenção, alcançamos mais de 98% de usuários avaliados e atendidos na Saúde Bucal.

Assim, vemos que a intervenção foi incorporada à rotina da unidade de saúde, porém, pode ser melhorada junto com o apoio da gestão, especialmente, em atividades como maior número de vagas para a realização dos exames complementares, aparelhos de hemoglicoteste e folhetins informativos das diferentes doenças crônicas à disposição para livre acesso da comunidade; ademais, outras ações programáticas podem ser qualificadas como o Pré-Natal e o Puerpério.

Contamos com um trabalho coletivo envolvendo profissionais, gestores e usuários.

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

À comunidade de Bela Vista, atendidos pela equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Bela Vista.

A equipe de Saúde da Família veio conversar que a intervenção ocorrida entre 10 de (outubro) de 2014 e 26 de (fevereiro) de 2015, compreendendo um total de 16 semanas, direcionada à melhoria na atenção ao programa de saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, foi realizada em vinculação as atividades do Programa Mais Médicos.

Iniciamos nossa conversa com a informação de que realizamos uma intervenção com um grupo da população que necessitava de cuidados mais amplos, por isso, iniciamos com uma reorganização das funções na unidade de saúde e conversamos com os gestores a fim de termos acesso a materiais. Também estudamos os manuais do Ministério da Saúde para que nossa prática fosse a melhor possível a fim de atendê-los com qualidade e humanização.

Com o apoio da gestão e com o trabalho da equipe, conseguimos - no laboratório clínico do hospital municipal - vagas para o atendimento a vocês que precisavam do serviço e agendamos as datas dos encontros e palestras conjuntamente com o responsável do “Centro Conviver de Idosos (CCI)” do município. Nos atendimentos esclarecemos as dúvidas de vocês e os orientamos sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário e, organizamos a agenda de saúde bucal para melhor atendimento.

Na intervenção realizamos palestras que foram muito emotivos e alegres, já que, pois, a interação com vocês foi dinâmica com dança, exercícios e jogos sobre alimentação saudável. Conversamos com os líderes comunitários a fim de que

nossa parceria fosse constante e ampla, por isso, na unidade de saúde, vocês percebiam que havia uma priorização às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, entretanto, todos os demais como gestantes, crianças e idosos, também foram atendidos a fim de que nosso trabalho fosse universal e integral.

Falando em números, tivemos o cadastramento de 332 usuários com hipertensão e 84 usuários com diabetes, atingindo mais de 90% de cobertura para cada grupo de usuários. Além disso, melhoramos a qualidade do serviço de saúde, podendo oferecer exame clínico completo, solicitação de exames laboratoriais, orientações sobre alimentação saudável e riscos do tabagismo. Além disso, mais de 90% de vocês receberam medicamentos da farmácia popular e foram avaliados em relação às necessidades de atendimentos odontológicos, mostrando que a atenção à saúde deve ser integral.

Assim, prezados moradores, vejam que as atividades realizadas ao longo de 4 meses tiveram como objetivo melhorar a qualidade da atenção a vocês, por isso, lutamos também para que continuem, por isso, peço que vocês participem das atividades, multipliquem as orientações e os cuidados aos familiares, estimulando uma atenção à saúde com qualidade a todos.

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

Ao refletir sobre o processo pessoal de aprendizado com relação ao curso e a intervenção realizada, vou começar pela chegada ao Brasil, em São Tomé - RN. A realidade encontrada na atenção básica era apoiada totalmente nos atendimentos curativos e as ações preventivas eram poucas, porque os profissionais tinham uma visão da atenção básica diferente do estabelecido pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

Ao iniciar o curso a expectativa era grande, ansiávamos conhecer informações novas, além das recebidas na nossa formação nas faculdades e hospitais. Para surpresa o curso foi muito diferente, foi brindando-nos com a realidade da saúde no Brasil, com os princípios e com as aspirações do SUS no município e fomentando o desenvolvimento da estratégia de saúde da família completa, no qual o maior benefício seria a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

O curso começou e a tensão foi aumentando devido ao volume de tarefas a realizar, mas com o transcorrer do mesmo, compreendemos a importância de nos familiarizarmos com os protocolos para os diferentes programas. Tivemos diferentes exercícios da prática clínica diária que aprofundaram nossa preparação nas diferentes temáticas abordadas, as nomenclaturas e formulários médicos assim como avaliamos nossos conhecimentos durante os testes de qualificação.

Com os espaços para compartilhar dúvidas e consultar casos clínicos, aproximamos os aspectos técnicos da nossa realidade diária e qualificamos o trabalho em equipe nas UBS.

Com a intervenção na UBS, muitas reflexões foram possíveis, mesmo com a equipe oferecendo resistência a algumas ações, disso resultou o choque do teórico

com a realidade vivida por todos os profissionais de saúde durante muitos anos, mas o empenho e a bondade de crescer profissionalmente predominaram.

A estratégia desenvolvida pela equipe de trabalho foi com um grupo muito importante da população, os usuários com HAS e/ou DM, que ocorria na unidade de saúde, mas, não de forma sistematizada. Por isso, melhoramos o acolhimento e o atendimento clínico integralmente, capacitando-nos e colocando em prática as linhas estabelecidas nos manuais estudados.

No final do curso sinto-me uma profissional melhor e com a satisfação de ter contribuído na mudança de preconceitos nos atendimentos na UBS, melhorando também o desempenho na língua portuguesa e a comunicação com os usuários e os colegas profissionais.

## Referências

BRASIL a. 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. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL b. 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. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

## **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 Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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









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

Eu, Maylin Rodriguez Garcia, médico com RMS 2400013 RN e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone:

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS: Rua Adriano Galvão bairro Bela Vista São Tome. RN

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