

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS**

**Riham Mahmoud Barakat**

**Pelotas, 2015**

**Riham Mahmoud Barakat**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS**

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

Orientadora: Mariana Gonzalez Cademartori

Pelotas, 2015

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

B223m Barakat, Riham Mahmoud

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitusna UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes Em Uruguaiana, RS / Riham Mahmoud Barakat; Mariana Gonzalez Cademartori, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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. Cademartori, Mariana Gonzalez, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Decido este trabalho aos homens da minha vida; meu falecido pai, que apesar de poucos anos vividos ao lado dele, me ensinou os melhores valores da vida; E ao meu marido, por acreditar sempre em meu potencial e ser meu melhor amigo.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos usuários, que motivaram o presente estudo e foram peças chave para o meu desenvolvimento;

Aos colegas de trabalho da UBS 02 Mascarenhas de Moraes, pelo apoio dedicado e pela confiança no projeto;

Á minha orientadora Mariana Cademartori pelo valoroso suporte e compreensão;

Aos meus familiares pelo carinho e apoio.

Ao meu marido, pelo amor a mim dedicado ininterruptamente, inclusive no desenvolvimento deste trabalho, acreditando na minha capacidade sempre;

Á presidente Dilma Rousseff, governante que teve a coragem e visão necessárias para a instituição do Programa Mais Médicos para o Brasil, o qual me possibilitou o presente curso.

## Resumo

BARAKAT, Riham Mahmoud. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS.**2015. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

As doenças crônicas não transmissíveis, diabetes e hipertensão arterial representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países especialmente os de baixa e média renda. Torna-se, portanto, imperativo a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado destas doenças crônicas. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, Rio Grande do Sul. Para tal, uma intervenção foi realizada na unidade de saúde durante 12 semanas (abril a junho) em 2015. Os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram adotados para guiarem as ações desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, gestão e organização do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ao final dos três meses de intervenção, 361 hipertensos e 124 diabéticos foram assistidos, o que permitiu o alcance de um percentual de cobertura de 98,9% para usuários hipertensos e de 100% para usuários diabéticos. A maioria dos indicadores qualitativos de avaliação das ações programáticas se mantiveram em 100% durante os três meses de intervenção. As principais ações desenvolvidas durante a intervenção foram: capacitação e treinamento da equipe, reuniões periódicas com a equipe, mapeamento e cadastramento dos usuários, monitoramento e avaliação das ações semanalmente, atendimento clínico, busca ativa dos faltosos, visitas domiciliares e atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde tiveram participação fundamental nas buscas ativas mesmo em número reduzido, e ajudaram a determinar os casos mais vulneráveis. Para o serviço, houve estreitamento e fortalecimento das relações interpessoais entre a equipe e entre equipe e comunidade. A intervenção qualificou a assistência aos diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde 02 Mascarenhas no município Uruguaiana/Rio Grande do Sul e foi inserida com êxito na rotina de serviço da referida unidade de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b>	Localização do município de Uruguaiana. Mapa do Brasil e mapa do Rio Grande do Sul. 2014.....	<b>11</b>
<b>Figura 2.</b>	Foto da Equipe.....	<b>46</b>
<b>Figura 3.</b>	Foto da Equipe.....	<b>47</b>
<b>Figura 4.</b>	Foto do Grupo de Caminhada.....	<b>48</b>
<b>Figura 5.</b>	Foto da Intervenção na comunidade pelas Agentes Comunitárias da Saúde.....	<b>49</b>
<b>Figura 6.</b>	Foto do Grupo de Educação Continuada.....	<b>50</b>
<b>Figura 7.</b>	Foto do Grupo de Educação Continuada.....	<b>50</b>
<b>Figura 8.</b>	Foto da Visita domiciliar.....	<b>51</b>
<b>Figura 9.</b>	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	<b>54</b>
<b>Figura 10.</b>	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	<b>55</b>
<b>Figura 11.</b>	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	<b>57</b>
<b>Figura 12.</b>	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	<b>59</b>
<b>Figura 13.</b>	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	<b>60</b>

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

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde
<b>CAP</b>	Caderno de Ação Programática
<b>DANTS</b>	Doenças e Agravos não transmissíveis
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HTA</b>	Hipertensão arterial
<b>NUMESC</b>	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>UBS</b>	Unidade básica de saúde
<b>UFPel</b>	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	9
1Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
2. Análise Estratégica .....	19
2.1. Justificativa .....	19
2.2Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.3Objetivos específicos e metas.....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.3Logística .....	46
2.3.4Cronograma.....	48
2 Relatório da Intervenção.....	49
3.1Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	56
Todas as ações foram desenvolvidas.....	56
3.3Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4Avaliação da intervenção .....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão .....	69
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	72
5Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências.....	76
Anexos.....	77

## **Apresentação**

O volume apresentado é o trabalho de conclusão de curso no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas.

Este trabalho descreve uma intervenção realizada na Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes, no município de Uruguaiana/RS, que teve o objetivo de qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos durante três meses (abril a junho de 2015).

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho: 1) Análise Situacional; 2) Análise Estratégica; 3) Relatório da Intervenção; 4) Avaliação da Intervenção; 5) Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem; por fim são apresentadas as referências e anexos. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 e finalização no mês agosto de 2015.

O Relatório da Análise Situacional apresenta uma descrição sucinta do sistema de saúde do município e detalhada da unidade de saúde na qual foi desenvolvida a intervenção, os principais problemas encontrados na Unidade de Saúde, e as atividades realizadas pela equipe na assistência à comunidade.

Na Análise Estratégica, o projeto de intervenção é apresentado nos seguintes tópicos: justificativa, objetivos e metas, detalhamento das ações, logística, indicadores e cronograma.

O Relatório da Intervenção descreve as ações previstas no projeto que foram e as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.

A Avaliação da Intervenção apresenta os resultados e discussão da intervenção, e os relatórios para gestores e comunidade.

A Reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem aborda questões referentes à percepção do especializando quanto à intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho no Município de Uruguaiana/RS, e minha unidade básica fica no bairro da Mascarenhas de Moraes, mais popularmente conhecido como Marduque. A equipe da unidade básica está composta por uma médica da estratégia da saúde da família, uma médica clínica e uma ginecologista. Além disso, a unidade conta com duas agentes comunitárias da saúde, e uma técnica em enfermagem. Não contamos com atendimento odontológico apesar de possuir um consultório com equipamentos especializados em odontologia. Na unidade em que atuo, atendemos dois bairros distintos. A estrutura física da UBS possui condições básicas. Nossa UBS conta com três consultórios médicos, um consultório odontológico e uma sala de triagem para realizar curativos.

Percebi desde logo, especificamente na atenção primária, que existe uma falta de informação geral por parte dos usuários do sistema no que se refere à continuidade de tratamento em casos de problemas crônicos, problema esse que muitas vezes dificulta a disponibilização do tratamento adequado.

Sendo assim, busco conscientizar os usuários da necessidade de acompanhamento contínuo, visto que muitos fazem uso de medicamentos irregulares, e muitas vezes desnecessários ou até mesmo prejudiciais ao caso clínico específico. Atendo muitos usuários diabéticos e/ou hipertensos em total abandono de tratamento, os quais afirmam que se sentem bem, razão pela qual não se preocupam em seguir o tratamento.

Da mesma forma, atendo mulheres de mais de 50 anos que nunca realizaram um exame preventivo ou uma mamografia. Essa é a situação da UBS em que atuo, bem como, da população assistida.

No entanto, eu e toda nossa equipe já nos mobilizamos no sentido de identificar os casos acima relatados e conscientizar os usuários do serviço acerca da necessidade de continuidade de seus tratamentos.

Procuro sempre na medida do possível, fazer com que o usuário entenda de forma clara o seu problema, alertando para as consequências de abandono do tratamento.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Uruguaiana é um município brasileiro situado no extremo ocidental do estado do Rio Grande do Sul, junto à fronteira fluvial com a Argentina e Uruguai. A cidade tem grande importância estratégica comercial internacional, tendo em vista que está localizada equidistante de Porto Alegre, Montevidéu, Buenos Aires e Assunção; bem como devido à importância na produção agropecuária nacional, ostentando a liderança na produção de arroz. Está distante 649 km da capital Porto Alegre e, possui uma população de aproximadamente 125.507 habitantes, conforme o Censo de 2010 (IBGE, 2010).



Figura 1. Localização do município de Uruguaiana. Mapa do Brasil e mapa do Rio Grande do Sul. 2014.

Existem 20 unidades de saúde no município, apenas duas estão começando a ser ESF, porém ainda estão em processo, as demais unidades ainda permanecem no modelo tradicional de atenção à saúde. Ainda não contamos com NASF e CEO no município. Com relação à atenção especializada, contamos com a Policlínica Infantil, Saúde da Mulher, Clínica Renal, Instituto do Coração, e atendimentos por médicos especialistas que atendem nas unidades de saúde.

Contamos ainda com o atendimento nos CAPS (CAPS 2 e CAPS AD), juntamente com o NUMESC (espaço coletivo organizado que se destina a planejar e executar ações de Educação Permanente em Saúde). O município possui o atendimento hospitalar prestado pela Santa Casa, e recentemente estaremos contanto com uma unidade de pronto atendimento (UPA). Os exames complementares são disponibilizados pelo SUS (no Posto da Secretária de Saúde e na Policlínica, além de consultas e exames pela Santa Casa por meio filantrópico).

Atualmente, estou atuando como médica pelo Programa “Mais Médicos” na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Mascarenhas de Moraes, zona urbana, mais conhecida como “Ilha do Marduque”, há aproximadamente 3 meses. Este nome se deve ao fato deste bairro estar isolado da cidade, sendo contornado pelo rio Uruguai em quase sua total extensão. É uma unidade no modelo tradicional, em processo de mudança para a Estratégia de Saúde da Família.

Nesta unidade atua uma equipe composta por: médica da família do "Programa Mais Médicos Para o Brasil" (especializanda do curso), uma clínica geral e uma médica ginecologista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas agentes comunitárias e uma auxiliar de limpeza. Há três meses contávamos com um dentista que já não faz mais parte da equipe de saúde da unidade. Estamos aguardando a realização do processo seletivo para a chegada de mais quatro Agentes Comunitários da Saúde, isto é previsto pela secretaria de saúde.

Em relação à estrutura física, a UBS conta com um espaço relativamente suficiente. Há 3 consultórios médicos, uma sala para triagem, um consultório do dentista, a recepção, a sala de medicamentos, uma cozinha, sala de espera com banheiro e o banheiro dos funcionários da unidade de saúde. O acesso para a unidade de saúde através de degraus e rampas, porém não há corrimões para auxiliar a subida de pessoas idosas e deficientes físicos, acredito que ainda precisa ser ampliada, visando que a unidade básica se transformará em ESF, precisaríamos de mais salas, como a sala das vacinas, almoxarifado, sala para ACS e enfermagem, as quais não dispomos ainda, necessidades já relatadas à gestão.

A equipe é pequena, precisamos de mais integrantes para que seja possível um melhor trabalho e atendimento adequado. Por este motivo, as atribuições de cada profissional ficam comprometidas. Por exemplo, não contamos com recepcionista, cuidando dos prontuários, organizando-os, e marcando as consultas, bem como agentes comunitários em número adequado para cobrir toda a área adstrita da

unidade. Quem realiza o trabalho da recepção é a técnica de enfermagem, que, além disso, precisa realizar as triagens e curativos. Não temos odontólogo na equipe. Entretanto, temos um consultório com todos os materiais odontológicos necessários e básicos. Temos que insistir mais com a gestão para que muita coisa possa ser melhorada. Um ponto positivo da nossa equipe de trabalho é o companheirismo, apesar da falta de um profissional específico para realizar determinadas tarefas, estamos sempre tentando facilitar o atendimento sem deixar que este perca a qualidade.

A estimativa da população na área adstrita é de aproximadamente 2400 habitantes, tendo o perfil demográfico predominantemente de idosos. A população da área está em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a equipe conta com apenas duas agentes comunitárias, o que dificulta o mapeamento de toda a área da unidade de saúde e muitos usuários sem atenção. Permanece a dificuldade na realização de busca ativa dos usuários faltosos ou mesmo na identificação daqueles que possuem dificuldades de locomoção ou são acamados e que precisam de atendimento domiciliar.

Na UBS atendemos através de consulta programática, as marcações se realizam de um dia para o outro, porém ainda atendemos a demanda espontânea. A triagem é realizada e, conforme a mesma, o usuário é atendido ou a consulta é marcada.

Ao que se refere à demanda espontânea, esta é acolhida por meio de triagem para avaliar a necessidade de consulta de urgência, e ao mesmo tempo orientar ou encaminhar conforme o caso a outros serviços especializados que não possam ser resolvidos na unidade básica de saúde. O ponto positivo de atender a demanda espontânea é que nos casos de usuários mais urgentes, os problemas geralmente são resolvidos na UBS mesmo, pois há quadros em que os usuários não poderiam aguardar um agendamento posterior. A dificuldade em atender apenas a demanda espontânea é a sobrecarga da unidade e, muitas vezes, o atendimento não pode ser realizado com mais detalhamento, visto que geralmente a demanda é grande e há muitos usuários na espera. Acredito que a maneira em que realizamos o atendimento, marcação e de acordo a triagem realizar as demandas espontâneas, é uma ação que pode auxiliar no melhor acolhimento da população, de maneira justa e com qualidade.

Antes de começar a trabalhar na unidade de saúde, não eram realizados atendimentos pediátricos. Sendo assim, não existe um serviço de assistência

adequado de Puericultura. Desta forma, a procura por parte destes usuários ainda é pequena. São estimadas 29 crianças para a área, entretanto, apenas 12 crianças estão sendo atendidas, perfazendo um percentual de 41% de cobertura do serviço. Os indicadores qualitativos são baixos, apenas o Teste do pezinho foi realizado nas 12 crianças. A primeira consulta nos primeiros sete dias de vida e, ações segundo o protocolo do Ministério da Saúde estão zerados. O serviço de saúde ainda não tem um protocolo ou manual técnico que guie as ações realizadas, nem possui algum registro específico para realização de monitoramento da regularidade das consultas e dessas ações. Não são realizadas atividades de educação em saúde e, a assistência prestada é centralizada no médico de saúde da família.

Em relação à saúde das gestantes, são estimadas 36 gestantes para a área. Apenas 25 gestantes estão sendo assistidas, o que representa um percentual de 65% de cobertura. Ainda não há registros de dados, por isso realizamos o uso das estimativas populacionais e a revisão de prontuários, o que não é adequado para acompanhamento das ações. Na UBS realizamos o uso das carteirinhas de gestante para o acompanhamento adequado do pré-natal. Além do mais, as usuárias gestantes são acompanhadas pela obstetra da UBS, tanto no pré-natal como no puerpério, é também, realizada busca ativa pelos ACS, em casos de usuáries faltosas. O retorno das usuáries geralmente é realizado através de marcação, mas as mesmas são atendidas com prioridade pela obstetra através da demanda espontânea. Não são realizadas ações educativas frequentes. Acredito que realizando ações programáticas como atividades de educação em saúde sobre pré-natal precoce e a importância de aleitamento materno melhoraria e aumentaria a busca por partes das usuáries. A atenção à gestante é centralizada pela médica ginecologista e obstetra e, pela enfermeira. As ações realizadas seguem o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. O serviço conta com um livro de registro específico para as consultas realizadas. Os exames são realizados pela obstetra e a busca ativa é feita pelos ACS. Esta mesma realidade é encontrada para as puérperas. São estimadas 29 puérperas, segundo o Caderno de ações programáticas. Entretanto, estão sendo acompanhadas 18 puérperas, correspondendo a 62% de cobertura do serviço. Os indicadores do puerpério estão em 100%, pois o médico especialista segue o protocolo do Ministério da Saúde para qualificar a assistência puerperal.

São estimadas para a área 662 mulheres entre 25 e 64 anos de idade, faixa etária para a prevenção do câncer de colo uterino. Nossa unidade assiste 662



mulheres, o que demonstra a totalidade de mulheres atendidas da área: nosso indicador de cobertura está em 100%. Os indicadores qualitativos são baixos, variando de 13% a 42%, pois nossas ações não são guiadas por um protocolo do Ministério da Saúde. Para a faixa etária de 50 a 69 anos de idade, faixa etária para a prevenção de câncer de mama, são estimadas para a área 248 mulheres. Temos o registro por meio do prontuário de 190 mulheres acompanhadas, apresentando um percentual de cobertura de 77%. Orientações são oferecidas durante a consulta sobre a importância dos exames de rastreamento, sobre a importância da correta palpação por parte da usuária, a periodicidade de realizar os exames, tanto a mamografia como o preventivo. Entretanto, ainda há uma parte das usuárias que não realizam periodicamente os exames e outras, que nunca realizaram os exames preventivos. Isto pode ser pela falta de cobertura das micro áreas e talvez, devido a um certo preconceito com os exames de rastreamento. Apesar de ter ações estruturadas de forma programática, e usar o manual técnico do ministério da saúde ainda há uma deficiência por parte da equipe em fazer com que haja uma periodicidade regular na realização das consultas e exames de rastreamento. É necessário o planejamento e monitoramento das ações, atividades de educação em saúde com vários membros da saúde para enfatizar as usuárias sobre a importância deste exame de rastreamento, além da qualificação da prática clínica.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, são estimados 563 e 153, respectivamente. Entretanto, temos registro de 365 hipertensos e 124 diabéticos, perfazendo um percentual de cobertura de 68% e 59%, respectivamente. As ações realizadas no serviço são através das consultas sejam programadas ou através da demanda espontânea, através do manual técnico do Ministério da Saúde e do HIPERDIA. Ainda não há registros sistemáticos dos dados, por isso o uso de estimativas populacionais. Os exames especializados para a detecção são geralmente realizados durante a triagem e, durante as consultas clínicas são solicitados os exames complementares, que costumam demorar muito tanto para a realização dos exames como para a obtenção dos resultados. As buscas ativas são realizadas através dos ACS e são realizados esporadicamente grupos de educação. O retorno geralmente é solicitado pelo médico e o usuário realiza a marcação, mas também é realizada a demanda espontânea. Durante a triagem contamos com a facilidade dos testes de glicemia para os usuários diabéticos e em todos os usuários é realizada a aferição da pressão arterial.

Este grupo de usuários representa a maioria dos usuários da unidade de saúde. São usuários que geralmente estão com essas duas condições sempre interligadas, e além disso, frequentemente apresentam outros fatores de riscos para doença cardiovascular como dislipidemia, tabagismo, obesidade, etc. Sempre me chamou a atenção o grande número de usuários que abandonam o tratamento, além do mais, a falta de conhecimentos sobre suas condições é grande nestas pessoas. Estamos com um projeto em planejamento para este grupo de usuários que será "Saúde e Bem-Estar no Paciente Hipertensão". Ainda estamos arquitetando como será feito, e estaremos contando com a ajuda do NUMESC.

A população idosa é o tipo demográfico característico da nossa área. São estimados 327 idosos para a área e, 100% são acompanhados, perfazendo um percentual de cobertura de 100%. A atenção à saúde do idoso sempre foi prioridade na nossa unidade básica de saúde, seja ela através de consultas ou até mesmo nas visitas domiciliares. Estes usuários sofrem, com grande frequência, por negligência por parte da família. Embora a cobertura esteja em 100% os indicadores qualitativos são baixos, o que demonstra a necessidade qualificar a assistência prestada. Idosos tem prioridade na marcação das consultas, tanto para o agendamento, como para a demanda espontânea. Os usuários acamados ou domiciliados recebem visitas domiciliares toda a semana com consulta médica. A prioridade das visitas domiciliares é dada aos idosos que estão impossibilitados de procurar a unidade de saúde.

Não contamos com Equipe de saúde bucal na UBS, todos os pacientes, recebem uma avaliação clínica bucal básica pelas médicas, e de acordo a necessidade os mesmos são encaminhados para o dentista de outra unidade especializada. A dificuldade maior nesta situação é o deslocamento para alguns idosos que não podem muitas vezes comparecer a outra unidade mais distante, porém, ao mesmo tempo, todos os pacientes que realizaram o encaminhamento, foram atendidos pelo dentista.

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

O principal desafio que nossa unidade apresenta é a falta de cobertura de algumas micro áreas, pois isso sugere que muitos usuários estão desassistidos. Ainda há muito a ser melhorado na unidade básica de saúde, começando pelo engajamento dos usuários à UBS, desde a recepção até a sala de consulta. Ao aplicar o

questionário já conseguimos perceber muitas ações a serem melhoradas dentro da unidade. Após realizar a análise situacional junto com a equipe de saúde, conseguimos visualizar de uma maneira mais ampla alguns pontos que precisavam serem ajustados, como o engajamento, entender que o mesmo deve ser realizado, não apenas pelo médico, mas também pelos outros profissionais de saúde, já que, os usuários precisam de um “primeiro acolhimento”, seja uma escuta inicial.

A equipe hoje, consegue realizar uma recepção mais qualificadas aos usuários e os mesmos, ao perceber este acolhimento, acabam voltando com mais facilidade a UBS, conseguindo assim, que se encontrem em dia com os exames clínicos e complementares.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

No Brasil, igual ao resto do mundo, as doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de morte. É imprescindível para uma boa qualidade nos serviços de saúde, controlar os principais indicadores destas doenças, pois permite conhecer os níveis de saúde da população e ao mesmo tempo criar objetivos de trabalho e metas específicas para o melhoramento das mesmas. É bom ressaltar que com o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus estamos prevenindo complicações que na maioria dos casos leva à incapacidade temporal ou definitiva ou até a morte (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Na unidade de atenção básica em que atuo, sou a única médica destinada a trabalhar na saúde da família, e para isso conto com uma equipe constituída por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde. Atuam também na UBS outros dois médicos, no entanto, prestando atendimentos especializados nas áreas de ginecologia e obstetrícia e clínica médica. A UBS se situa no bairro Mascarenhas de Moraes, e até o momento existem duas áreas do bairro que não recebem agentes comunitários de saúde.

A estrutura da unidade de saúde é arquitetada da seguinte maneira: existe uma sala de recepção, um banheiro comunitário para o público, na ao lado da

recepção se encontra a copa e a “farmácia” que hoje não dispõe de farmacêutico, logo há um corredor à direita, onde se encontra a sala de vacina, a sala de triagem, a sala da Ginecologista que é dividida com a enfermeira, a sala do dentista, que como ainda estamos sem o mesmo na unidade e por isso não há atendimento odontológico, esta está sendo ocupada pela médica especialista em Clínica Médica, há uma outra sala que é ocupada por mim para realizar meus atendimentos diários, no fundo do corredor há um banheiro que é ocupada pela equipe. A unidade em que trabalho ainda é um modelo tradicional com previsão indeterminada para se tornar ESF.

A quantidade de população estimada em na área de abrangência é de aproximadamente 2400 pessoas, entre eles é estimado que 365 sejam hipertensos e 124 diabéticos, esta estimativa foi realizada com base a equipe de saúde. O número de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na minha área adstrita é grande, entretanto, ainda precisa ser melhorado, pois os percentuais estimados de cobertura perfazem 68% e 59%. É importante ressaltar que estes usuários não apresentam adesão adequada ao tratamento, já seja por falta de conhecimento a respeito de suas condições, ou por abandono do tratamento. Apesar da importância sobre o tratamento regular juntamente com a mudança no estilo de vida ser enfatizada durante as consultas clínicas, ainda não foram desenvolvidas ações de promoção em saúde neste grupo de usuários. Em função do número insuficiente de agentes comunitários da saúde, áreas estão descobertas e, conseqüentemente, usuários desassistidos. Um protocolo está disponível para a utilização na unidade de saúde, porém a equipe não o adota para guiar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Ainda não há registros sistemáticos dos dados, dificultando o acompanhamento desses usuários. Os exames especializados para a detecção são geralmente realizados durante a triagem e, durante as consultas clínicas são solicitados os exames complementares, que costumam demorar muito tanto para a realização dos exames como para a obtenção dos resultados. As buscas ativas são realizadas, com certa limitação, através dos ACS e são realizados esporadicamente grupos de educação. O retorno geralmente é solicitado pelo médico e o usuário realiza a marcação, mas também é realizada a demanda espontânea. Durante a triagem contamos com a facilidade dos testes de glicemia para os usuários diabéticos e em todos os usuários é realizada a aferição da pressão arterial. Diante da necessidade de qualificar a assistência prestada aos hipertensos e usuários da UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana/RS, justifica-se a realização desta intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Objetivos específicos e metas**

**Relativas ao objetivo específico 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Relativas ao objetivo específico 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Relativas ao objetivo específico 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

**Relativas ao objetivo específico 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

**Relativas ao objetivo específico 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

**Relativas ao objetivo específico 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Participarão da intervenção hipertensos e diabéticos acima de 20 anos residentes na área de abrangência da unidade. Utilizamos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Foram adotados os protocolos do ministério da saúde, o caderno de atenção básica de Diabetes Mellitus (número 36) e Hipertensão Arterial (Número 37).

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

**Meta 1.1.**Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

#### **Monitoramento e Avaliação:**

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

**Detalhamento da ação:** O monitoramento será realizado por meio de ficha espelho disponibilizada pelo curso, livro de registro do Hiperdia e prontuário clínico. A avaliação das ações será feita por meio da planilha eletrônica de coleta de dados



disponibilizada pelo curso. No intuito de verificar os usuários já cadastrados será realizada uma avaliação da periodicidade das consultas e se existem usuários desassistidos e/ou faltosos. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

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

- garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento da ação:** Todo usuário que tiver o diagnóstico de hipertensão ou diabetes será cadastrado na unidade de saúde para o acompanhamento. Além disso, será realizada uma busca ativa para que usuários portadores destas condições clínicas sejam cadastrados e acompanhados pela unidade. Esta busca será feita mediante cadastramento pelas agentes comunitárias de saúde.

- melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

**Detalhamento da ação:** Todo usuário com alteração na pressão arterial ou índice glicêmico durante a triagem será encaminhado para consulta clínica com o médico. Todo e qualquer usuário que buscar a assistência da unidade será atendido, examinado via triagem e, encaminhado para atendimento médico, seja por demanda espontânea, por rastreamento por meio das agentes comunitárias na visita domiciliar ou por qualquer meio de entrada na unidade, tendo prioridade no atendimento. Será destinado um turno na semana para o atendimento destes usuários. O acolhimento e cadastramento será realizado pelos profissionais da equipe que estiverem nesta função. Além disso, a triagem será realizada pela enfermeira ou técnico de enfermagem.

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

**Detalhamento da ação:** A unidade já possui o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial. Entretanto, será solicitada a verificação e, se necessário, a calibração dos esfigmomanômetros.

- garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** Será solicitado ao gestor municipal o abastecimento da unidade com as tiras para a realização do HGT para os usuários diabéticos e aqueles com suspeita desta condição clínica.

#### **Engajamento Público:**

- informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento da ação:** Os ACS serão capacitados na primeira semana da intervenção durante uma reunião da equipe em que todos os profissionais participarão. Serão orientados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos residentes na área adstrita da comunidade. A equipe será capacitada na primeira semana da intervenção durante uma reunião da equipe para a correta verificação da pressão arterial, permitindo assim que as ACS e demais profissionais realizem o rastreamento de hipertensos na comunidade. A equipe também será capacitada para a correta realização do hemoglicoteste e identificar valores fora da normalidade, permitindo assim que a equipe realize, também, o rastreamento de hipertensos na comunidade.

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

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento da ação:** O monitoramento do exame clínica será realizado por meio do correto preenchimento da ficha espelho individual, e registro no prontuário clínico. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** A atribuição dos profissionais no exame clínico será apresentada e discutida em reunião prévia ao início da intervenção. O protocolo adotado para esta intervenção será apresentado no início da capacitação da equipe, e discutidas dúvidas e questões que envolvam o protocolo. Semanalmente, durante as reuniões da equipe, discutidas dúvidas e estratégias para o aperfeiçoamento do programa. Será sugerido, a cada seis meses, que uma nova capacitação seja realizada para a atualização dos profissionais. Além disso, será solicitado ao gestor, e, impressa a última versão do protocolo instituído pelo Ministério da Saúde para a unidade de saúde.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por

ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento da ação:** Na unidade básica de saúde organizaremos um dia na semana, antes de começar a intervenção, uma reunião de capacitação com a equipe, onde capacitaremos a mesma a realizar a aferição adequada da Pressão Arterial, o modo adequado de realizar HGT e de como realizar o rastreamento dos usuários com Fatores de Riscos.

Além de outros dias de capacitação para que a equipe possa estar sempre atualizada e tirar dúvidas a respeito da realização do exame clínico apropriado.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento da ação:** Através do prontuário e fichas espelho monitorizaremos o número de exames laboratoriais solicitados. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento da ação:** O médico em toda as consultas deverá verificar se os exames complementares se encontram em dia e solicita-los caso contrário.

- garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento da ação:** Informar o gestor da necessidade em agilizar exames complementares.

- estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento da ação:** Serão utilizadas como sistema de alerta notas adesivas coloridas com os exames complementares necessários.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

**Qualificação da Prática Clínica:**

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

**Detalhamento da ação:** A equipe será capacitada no início da intervenção quando da apresentação e discussão dos protocolos adotados.

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

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento da ação:** O acesso aos medicamentos será monitorado via prescrição médica dos medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e relato dos usuários quanto ao acesso a estes medicamentos, registrados nas fichas espelho e prontuário clínico. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O

preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento da ação:** Não temos farmácia na nossa unidade, não tendo condições de realizar controle de estoque de medicamentos.

- manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento da ação:** Não temos farmácia na nossa unidade, não tendo condições de realizar controle de estoque de medicamentos, tão pouco registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Engajamento Público:**

- 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.

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

Em virtude de não termos na equipe um farmacêutico, a dispensação dos medicamentos está sendo realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, os usuários serão orientados a busca-los neste local ou em Farmácias Populares.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

**Detalhamento da ação:** A atualização será realizada por meio da discussão e leitura com a equipe do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

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

**Detalhamento da ação:** Será discutida com a equipe a importância de orientar os usuários sobre as alternativas para obter medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento da ação:** Não há atendimento odontológico na unidade. Entretanto, durante o exame clínico será realizada uma avaliação da saúde bucal e, este usuário será encaminhado ao atendimento odontológico em outra unidade.

**Organização e Gestão do Serviço:**

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

**Detalhamento da ação:** Os usuários serão rastreados para a necessidade de atendimento odontológico por meio da assistência da equipe, pois não há atendimento odontológico na unidade de saúde.

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

**Detalhamento da ação:** Não há atendimento odontológico na unidade. Entretanto, durante o exame clínico será realizada uma avaliação da saúde bucal e, este usuário será encaminhado ao atendimento odontológico em outra unidade.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio das consultas clínicas individuais, em que será alertada para a adesão ao atendimento odontológico, de visitas domiciliares com a divulgação feita pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

**Qualificação da Prática Clínica:**

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

**Detalhamento da ação:** A equipe será capacitada para identificar a necessidade de atendimento odontológico destes usuários. Será, para tal, solicitada a presença de um odontólogo do município.

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

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

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

**Detalhamento da ação:** O monitoramento da periodicidade será feito por meio dos prontuários clínicos e ficha espelho individual a cada usuário. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Detalhamento da ação:** Durante a reunião semanal da equipe serão identificados os usuários que faltaram ao atendimento para que as buscas sejam realizadas. A princípio, a busca destes usuários será concentrada em um turno a cada 15 dias.

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

**Detalhamento da ação:** A agente faz a busca dos usuários faltosos no domicílio e marca um dia na semana seguinte para que o usuário compareça à consulta.

**Engajamento Público:**

- informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.



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

**Detalhamento da ação:** Durante a palestra, a comunidade será questionada a respeito de estratégias que agreguem estes usuários e minimizem a evasão. Além disso, será deixada uma caixa na recepção para que os usuários deixem as suas sugestões.

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

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio de cartazes a serem colados na unidade de saúde, por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

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

**Detalhamento da ação:** Os ACS serão capacitados no início da intervenção para o correto cadastramento, acolhimento e orientações para estes usuários.

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

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

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

#### **Monitoramento e Avaliação:**

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

**Detalhamento da ação:** O monitoramento será realizado por meio das fichas espelho, livro de registro do Hiperdia e prontuário clínico. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

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

- manter as informações do SIAB atualizadas.

**Detalhamento da ação:** O enfermeiro da unidade fará a atualização dos dados do SIAB conforme rotina da unidade.

- implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento da ação:** Será implantada uma ficha espelho individual de acompanhamento destes usuários.

- pactuar com a equipe o registro das informações.

**Detalhamento da ação:** Durante a primeira reunião será apresentada a ficha espelho e explicada como deve ser preenchida. Ela será atualizada por qualquer profissional que atender o usuário para que o registro da atenção fique sempre atualizado e completo.

- definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento da ação:** O responsável pelo monitoramento dos registros será escolhido em reunião da equipe no início da intervenção.

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

**Detalhamento da ação:** O sistema de alerta será feito por meio de notas adesivas coloridas dispostas no prontuário e/ou ficha espelho, alertando quanto a necessidade específica do usuário.

#### **Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** A comunidade será informada por meio das consultas clínicas individuais, por meio das visitas domiciliares com a divulgação feitas pelas agentes comunitárias e, por ação coletiva (será realizada uma palestra para a comunidade com participação de toda a equipe). Além disso, objetiva-se a formação de um grupo para orientar estes dois grupos.

#### **Qualificação da Prática Clínica:**

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

**Detalhamento da ação:** Durante a capacitação inicial, a equipe também será orientada a respeito do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

**Detalhamento da ação:** Durante a capacitação inicial, a equipe também será orientada a respeito do registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas do hipertenso e diabético. A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção e, será ministrada pela médica e pela enfermeira.

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

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

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

**Detalhamento da ação:** O monitoramento será realizado por meio das fichas espelho destes usuários. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

**Detalhamento da ação:** Usuários com alto risco cardiovascular terão prioridade em atendimentos na UBS, seja através da marcação de consultas, como através da demanda espontânea.

- organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento da ação:** além das 14 fichas de atendimento que são divididas da seguinte maneira: 08 fichas para marcação de usuário, as outras 6 fichas que sobram são para demanda espontânea e usuários idosos. Para usuários de alto risco vascular serão disponibilizadas 2 fichas como prioridade na demanda espontânea.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** Os usuários serão informados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular durante as consultas individuais e, durante a realização dos grupos de atenção continuada.

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

**Detalhamento da ação:** Os usuários serão informados quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) durante as consultas individuais e, durante a realização dos grupos de atenção continuada. Este assunto também será abordado durante a palestra para a comunidade.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e em especial a avaliação dos pés para os diabéticos.

**Detalhamento da ação:** A equipe será capacitada durante a reunião inicial. Calcular o escore de Framingham de uma maneira prática: sexo masculino, idade maior a 50 anos, colesterol total, Idl, triglicerídios elevados, hdl menos que 40, tabagista, e cifras tensionais elevadas. A cada critério positivo, aumenta o risco de desenvolver doença cardiovascular.

- capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento da ação:** A equipe também será alertada para a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Será na primeira semana da intervenção e, será ministrada pela médica da unidade e pela enfermeira.

**Objetivo 6. Promoção da saúde.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento da ação:** O monitoramento destas ações será realizado por meio do acompanhamento das fichas espelho e do prontuário clínico, bem como a avaliação pela planilha eletrônica de coleta de dados. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento da ação:** Estas práticas serão abordadas durante a palestra com a comunidade em que toda a equipe participará.

- demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento da ação:** Será solicitado ao gestor a presença de uma nutricionista durante a palestra com a comunidade e/ou durante um encontro do grupo de atividades para as orientações nutricionais.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** Esta orientação será feita mediante os grupos coletivos, as visitas domiciliares das agentes comunitárias e durante as consultas clínicas.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento da ação:** A equipe será capacitada por meio de material do Ministério da Saúde e, se possível, com a participação de uma nutricionista para elucidar dúvidas e questionamentos neste assunto.

- capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da ação:** A equipe, durante reunião, estudará e discutirá as metodologias de educação em saúde abordando formas de individualizar as orientações conforme a realidade experienciada por cada usuário e seus familiares. A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção e, será ministrada pela médica e pela enfermeira.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

**Detalhamento da ação:** O monitoramento das orientações realizadas a cada consulta clínica será realizado por meio do acompanhamento das fichas espelho. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

- organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento da ação:** Tentaremos conseguir a possibilidade de profissionais como educador físico para que chega realizada caminhadas quinzenais.

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

**Detalhamento da ação:** Será solicitado ao gestor a presença de um educador físico na unidade de saúde para uma atividade com o grupo e assim orientar sobre as atividades físicas e a sua importância no restabelecimento e manutenção da saúde física geral.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** Estas orientações serão repassadas durante uma das palestras a serem realizadas na comunidade com a participação e toda a equipe.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento da ação:** A equipe será orientada, durante a capacitação, a disseminar a importância da prática das atividades física e de seus benefícios para a saúde física e mental. A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção e, será ministrada pela médica e pela enfermeira.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento da ação:** O monitoramento das orientações realizadas a cada consulta clínica será realizado por meio do acompanhamento das fichas espelho. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

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

**Detalhamento da ação:** Será solicitada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Engajamento Público:**

- orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento da ação:** Os usuários destes grupos serão alertados para este tema durante os encontros dos grupos de educação continuada a serem ministrados pelos profissionais da equipe conforme o cronograma da intervenção.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento da ação:** A equipe será orientada quanto ao tratamento atual para usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde.

- capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento da ação:** A equipe será orientada quanto ao tratamento atual para usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:**

- monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

**Detalhamento da ação:** O monitoramento das orientações realizadas a cada consulta clínica será realizado por meio do acompanhamento das fichas espelho e prontuário clínico. Será responsável por esta ação de monitoramento e preenchimento da planilha de coleta de dados, a especializanda do curso (médica da unidade). O preenchimento da ficha espelho será realizado por qualquer profissional da equipe que preste a assistência aos usuários.

**Organização e Gestão do Serviço:**

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

**Detalhamento da ação:** Não há a atuação de um odontólogo na unidade, portanto, as orientações individuais serão dadas pelos outros membros da equipe após capacitação a ser ministrada na primeira semana da intervenção e, ministrada por um odontólogo.

**Engajamento Público:**

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

**Detalhamento da ação:** Em função de não ter odontólogo atuando na unidade, os usuários serão orientados sobre a importância da higiene bucal e acompanhamento odontológico por meio da palestra coletiva. Será solicitada a presença de um profissional da área para abordar o tema.

**Qualificação da Prática Clínica:**

- capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento da ação:** A equipe será orientada para oferecer informações sobre a higiene bucal correta e a importância do acompanhamento odontológico. Será solicitada a presença de um profissional da área para abordar o tema.

### 3.2 Indicadores

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.



Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.  
Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.  
Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.  
Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.  
Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.  
Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.  
Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus será adotado o Caderno de Atenção Básica nº 37 “Hipertensão Arterial Sistêmica”<sup>a</sup> e nº 36 “Diabetes Mellitus”<sup>b</sup>, ambos do Ministério da Saúde, 2013.

Para o registro específico serão utilizados o prontuário clínico, o livro de registro da unidade de saúde do cadastro no programa e a ficha espelho disponibilizada pelo curso, pois esta compreende o registro de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento das ações e monitoramento dos dados será semanal durante a intervenção e realizado por meio da planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. A população de hipertensos e de diabéticos para a área de abrangência é de 365 e 124, respectivamente, de acordo com o estimado pelo programa da planilha e 563 hipertensos e 153 diabéticos de acordo ao estimado no CAP. O objetivo desta intervenção será alcançar 60% desta população de HAS e 80% de DM. Como primeiro passo, será solicitado ao gestor municipal o fornecimento de 700 fichas espelho necessárias para o início da intervenção.

A capacitação da equipe será realizada na unidade básica de saúde, durante a primeira semana de intervenção, durante dois dias, uma vez por semana. A capacitação será feita durante a tarde, com toda a equipe de saúde, e será feita pela médica e pela enfermeira.

O acolhimento será feito a qualquer dia, e este será feito primeiramente pela técnica de enfermagem, que em seguida realizará a triagem do mesmo. Todo o usuário que procurar a unidade ou que for encaminhado terá prioridade no atendimento.

O cadastramento da população será realizado pelos ACS e pela enfermeira, após a consulta clínica médica e/ou durante a visita domiciliar ou por livre demanda. Será de forma contínua e permanente.

O atendimento clínico será realizado pela médica que orientará os usuários a respeito da próxima consulta na UBS para deixar reagendado na recepção. O atendimento será realizado na sala do médico e a triagem na sala de enfermagem, que será feita pela técnica de enfermagem. O usuário realizará exames de estratificação de risco cardiovascular como: Perfil Lipídico, Glicemia,

Eletrocardiograma, Fundo de olho. Serão realizadas pelas ACS, uma vez a cada duas semanas e agendarão uma consulta para os usuários na semana seguinte.

A visita domiciliar será realizada uma vez por semana, como já vem acontecendo. Médico, enfermeiro e ACS farão as visitas domiciliares.

As ações coletivas em educação serão realizadas por meio de duas palestras a serem realizadas durante a intervenção. Serão realizadas no salão da igreja da comunidade ou no salão do museu, com a participação de toda a equipe (ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e a médica). Utilizaremos a explanação oral, apresentação de cartazes na unidade básica de saúde e na comunidade. Os ACS garantirão a confecção desta informação. Serão realizadas atividades lúdicas, aferição e pressão arterial e hemoglicoteste.





## **2 Relatório da Intervenção**

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

- Capacitação e treinamento dos profissionais de saúde sobre o protocolo do MS, estabelecimento das atribuições de cada profissional, e as ações da intervenção foi realizada integralmente. A capacitação foi realizada no primeiro e segundo dia de intervenção da primeira semana. A facilidade foi que a maioria dos profissionais de saúde estavam presentes. Não houve dificuldades e a execução foi realizada de forma integral. Foi realizada de forma integral a Capacitação e treinamento dos ACS, facilidade que tivemos é que contávamos com sete ACS novos. Todos os profissionais estavam dispostos, o que contribuiu para a uma boa execução das ações. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS.



**Figura 2.** Equipe de saúde. As duas técnicas, a enfermeira, Agentes comunitários de saúde, a recepcionista da unidade básica de saúde, uma médica obstetra, uma medica da estratégia de saúde da família e uma médica clínica. Presentes na foto também 3 administradores da gestão do município.



**Figura 3.** Equipe. Enfermeira e médica junto com os novos ACS que chegaram durante as primeiras semanas de intervenção.

- Reuniões com a equipe foram realizadas uma vez por semana durante todo o tempo da intervenção. Foi uma ação realizada integralmente. Todos os profissionais de saúde participaram das reuniões em equipe, não tivemos nenhuma dificuldade, os profissionais estavam sempre dispostos e presentes.

- Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita. Esta ação também foi realizada integralmente. A ação começou com apenas dois agentes comunitários, depois com a chegada de novos profissionais, um número significativo de usuários foram mapeados e cadastrados. Foi muito fácil trabalhar com profissionais tão dedicados. A dificuldade foi o tempo curto. Muitos usuários ainda precisam ser mapeados e cadastrados.

- O acolhimento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita: Não tivemos dificuldade nenhuma, foi realizada a execução de forma integral na UBS, realizadas na recepção pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira. Também através dos ACS durante as visitas domiciliares, onde os mesmos verificavam a periodicidade

das consultas e realizavam as marcações dos usuários que se encontravam com atraso nos exames clínicos e complementares.

- Palestras na comunidade: foram realizadas todas as palestras de acordo com cronograma. As palestras na comunidade foram o ponto “x” da intervenção. Foram realizadas atividades coletivas de forma integral com a participação de todos os profissionais da equipe. Além disso, em um trabalho multidisciplinar, contamos com a participação de um educador físico, e nutricionista.



**Figura 4.** Grupo de Caminhada.



**Figura 5.** Intervenção na comunidade pelas Agentes Comunitárias da Saúde.

- O grupo de educação continuada foi realizado parcialmente. Realizamos apenas 1 encontro. Entretanto, como a maioria dos usuários participavam também do projeto DANTS, ajudou bastante para que os mesmos estivessem presentes nestas atividades. Realizavam atividade física 3 vezes na semana e tinham acompanhamento com nutricionista e psicóloga uma vez na semana, o que acabou fazendo com que os mesmos se integrassem e mudassem o hábito sedentário.



**Figura 6.** Grupo de Educação Continuada.



**Figura 7.** Grupo de Educação Continuada.

- As visitas domiciliares da equipe foram realizadas de forma integral. Ocorreram toda semana, um turno por semana. Durante a intervenção foi dada maior prioridade aos hipertensos e diabéticos que não podiam procurar a unidade básica de saúde, geralmente, idosos e acamados. O médico da estratégia de saúde

da família sempre comparecia às visitas, acompanhado de uma técnica e um ou dois ACS. Não tivemos dificuldades para realizar as visitas, se o domicílio era longe da unidade, o que muitas vezes dificultava realizar a consulta domiciliar a pé, solicitava que a Secretaria de Saúde do Município disponibilizasse um carro para nos locomover, na maioria das vezes era possível.



**Figura 8.** Visita domiciliar.

- A busca ativa dos faltosos às consultas também foi realizada de forma integral. A cada duas semanas, os ACS realizavam a busca ativa. A grande dificuldade é que muitos usuários faltam às consultas, demonstrando a necessidade e importância das atividades coletivas para aumentar o engajamento da população. Atendimento clínico (médico e enfermeira): Era sempre realizado durante a triagem, pela enfermeira e durante a consulta com as médicas da unidade de saúde. Não houve dificuldade, foram executados de acordo ao ministério da saúde de forma integral.

- A avaliação, digitação e monitoramento dos dados da intervenção foi realizada de forma integral. A avaliação de cada ficha espelho foi uma ação realizada pelas técnicas de enfermagem. A digitação e monitoramento dos dados foram realizados pela médica da especialização.



Os sete novos ACS chegaram durante as primeiras duas semanas do projeto de intervenção, completando o número de nove ACS na unidade básica de saúde.

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

Todas as ações foram desenvolvidas.

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

As fichas espelhos eram monitoradas pelos ACS e pelas técnicas de enfermagem. A planilha de coleta de dado era preenchida pela especializanda do curso, médica da unidade de saúde. No começo houve dificuldades no preenchimento até a familiarização das fichas e das planilhas, porém já foi incorporado na rotina da UBS o que acaba se tornando fácil. A facilidade na realização da coleta e sistematização dos dados é que a equipe estava sempre disposta os preenchimentos eram distribuídos e divididos por semana.

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

Analisando as ações realizadas na intervenção, posso dizer que esta foi muito bem implementada na rotina da unidade básica de saúde, mesmo com a finalização do curso. Porém, melhoraremos alguns aspectos como o acolhimento, capacitando melhor os profissionais, realizando mais buscas ativas, cadastrando os usuários de áreas descobertas pelo aumento do número de agentes comunitários da equipe. Continuaremos realizando as palestras e grupos multidisciplinares para que os usuários continuem tendo uma educação em saúde. Aprendemos com a intervenção como traçar estratégias e modificar as ações realizadas de maneira a qualificar a assistência prestada em nossa unidade de saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

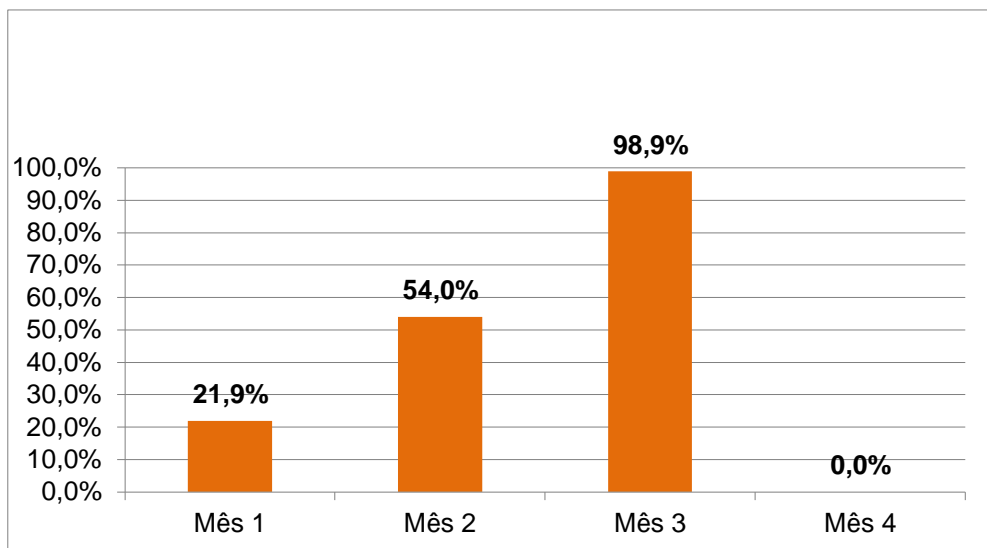
Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês, 21,9% (80) dos hipertensos foram cadastrados e assistidos. No segundo mês de intervenção, 54% (197) hipertensos foram assistidos e, ao final da intervenção, no terceiro mês, 98,9% (361) dos hipertensos foram assistidos. A meta de cobertura estabelecida foi de 60%. Conseguimos ultrapassar a meta proposta. Cabe lembrar que a população de hipertensos e de diabéticos para a área de abrangência é de 365 e 124, respectivamente, de acordo com o estimado pelo programa da planilha e 563 hipertensos e 153 diabéticos de acordo ao estimado no CAP.

Este resultado positivo foi alcançado devido a vários pontos, como por exemplo, pelos novos ACS que começaram no início da intervenção. Estes realizavam o mapeamento e cadastramento dos usuários e já encaminhavam à unidade básica de saúde. Conseguimos também nos guiar pelo cadastramento dos usuários no HIPERDIA que foi importante no começo para detectar os usuários faltosos. O principal ponto negativo é que ainda não conseguimos cadastrar todos os usuários hipertensos da área de abrangência. Entretanto, com a continuidade da intervenção isto será possível, pois teremos finalizado o mapeamento da área adstrita da unidade de saúde.



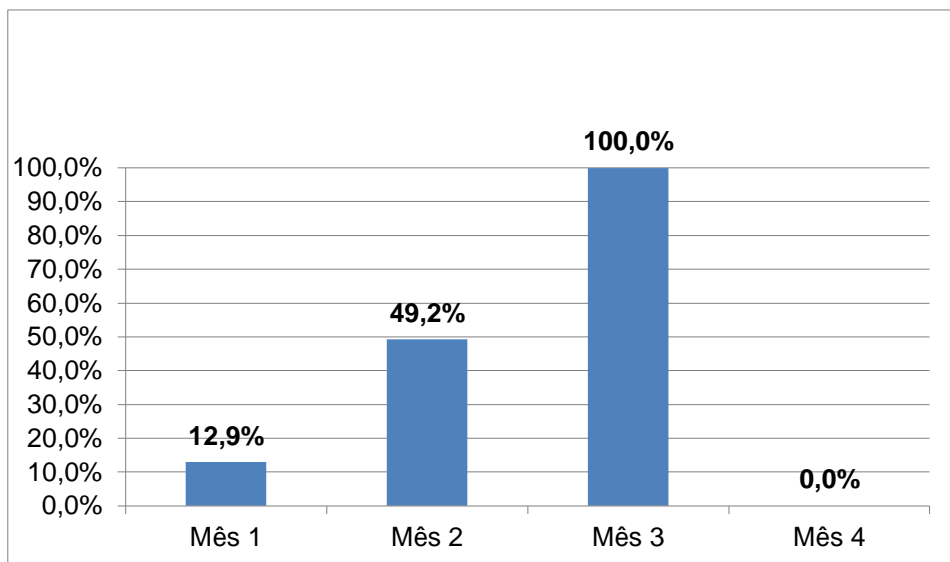
**Figura 9.** Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

No primeiro mês cadastramos e acompanhamos 12,9% (16) dos diabéticos. No segundo mês já acompanhamos 49,2% (61) dos diabéticos. Finalizamos a intervenção com 100% (124) dos diabéticos estimados na área de abrangência, passando a meta proposta, que era acompanhar 80% de diabéticos da área de abrangência.

Com o passar das semanas, o trabalho coletivo da equipe de saúde foi se tornando mais fácil e dinâmico, conseguindo assim aumentar o número de usuários diabéticos acompanhados pela unidade de saúde. Ainda há áreas que não foram totalmente cadastradas, acreditando assim, que ainda há usuários que não foram cadastrados e acompanhados. O sucesso desta ação foi pelo esmero e dedicação dos agentes comunitários de saúde.



**Figura 10.** Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

Durante os três meses de intervenção, todos os usuários acompanhados foram submetidos a um exame clínico apropriado conforme preconiza o Ministério da Saúde. Sendo assim, o percentual deste indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo os 80 usuários do primeiro mês, os 197 usuários do segundo mês e, 361 usuários no terceiro mês. O sucesso deste indicador foi devido à dedicação e desempenho dos médicos da unidade e das enfermeiras que realizavam o atendimento destes usuários.

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

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

Durante os três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos acompanhados na unidade de saúde também foram submetidos a um exame clínico apropriado. Como no indicador acima, o percentual deste indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo os 16 usuários do primeiro mês, os 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. Como descrito no indicador acima, isto foi devido à dedicação e desempenho dos médicos da unidade

e das enfermeiras que realizavam o atendimento destes usuários. Não foram observadas dificuldades neste contexto.

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

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

Durante os três meses de intervenção, todos os hipertensos estavam com os exames complementares em dia. Sendo assim, o percentual deste indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo integralmente os 80 usuários do primeiro mês, os 197 usuários do segundo mês e, 361 usuários no terceiro mês. Isto foi possível pela facilidade que adotamos no atendimento dos usuários com HTA e DM, priorizando os mesmos no atendimento das consultas e reconsultas, praticamente todos os exames eram realizados pela prefeitura e em muitos casos eram realizados exames rápidos na UBS.

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

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

Durante os três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos encontravam com os exames complementares em dia. Como no indicador acima, o percentual deste indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo os 16 usuários do primeiro mês, os 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês.

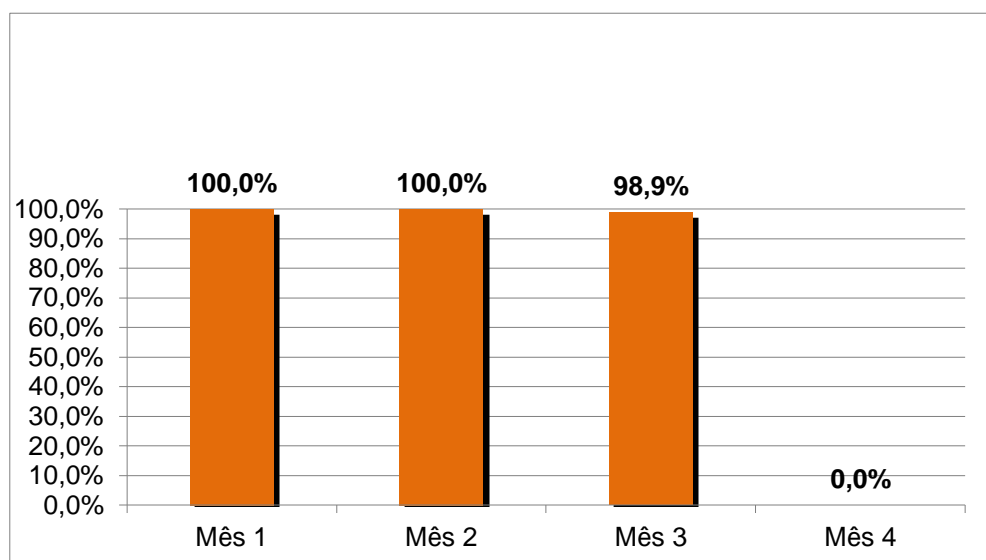
O fato de que todos os usuários diabéticos e hipertensos tinham prioridade nas consultas, contribuiu muito para que pudessem estar com os exames em dia, nos diabéticos, muitas vezes era realizado o exame de HGT na própria unidade básica de saúde, muitos outros usuários foram diagnosticados através do HGT inicial. Um dos exames que não era fornecido pela prefeitura era a Insulina Basal, que muitos usuários com a requisição buscavam meios particulares para a realização do exame.

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

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

Nos dois primeiros meses, todos os usuários hipertensos tiveram prescrição para a farmácia popular: no primeiro mês foram 80 usuários (100%) e 197 (100%) no segundo mês. Os usuários retiravam medicamentos através da farmácia popular ou pela secretaria de saúde. Isto foi possível porque as prescrições realizadas pelos médicos eram sempre medicações da farmácia popular ou Hiperdia priorizada.

No entanto, este número não se manteve no terceiro mês. No terceiro mês, 98,9% (361) receberam a prescrição para a farmácia popular, pois alguns usuários eram encaminhados pela médica ao cardiologista (usuários que apresentavam risco cardiovascular elevado com outra condição cardíaca coadjuvante). Isto acarretou a de medicação que não está disponível na farmácia popular ou na Secretaria Municipal de Saúde.



**Figura 11.** Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo os 16 (100%) usuários do primeiro mês, os 61 (100%) usuários do segundo mês e, 124 (100%) usuários no terceiro mês.

Os usuários receberam a prescrição da farmácia popular pelo médico da unidade, o que facilitou a prescrição destes medicamentos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, todos os usuários hipertensos foram avaliados para a saúde bucal. Ou seja, 80 (100%) usuários foram orientados no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Portanto, este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção,

Todos os usuários que passavam por avaliação bucal e que fosse rastreada alguma necessidade, eram encaminhados a outra unidade de referência para receber atendimento odontológico adequado. Não pudemos encaminhar todos os usuários avaliados em função da sobrecarga que ocasionaria para a outra unidade. Entretanto, todos foram avaliados.

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

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

Como descrito acima, durante os três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos foram avaliados para a saúde bucal. Todos os usuários que passavam por avaliação bucal e que fosse rastreada alguma necessidade, eram encaminhados à outra unidade de referência para receber atendimento odontológico adequado. Não pudemos encaminhar todos os usuários avaliados em função da sobrecarga que ocasionaria para a outra unidade. Como no indicador acima, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, assistindo os 16 usuários do primeiro mês, os 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês.

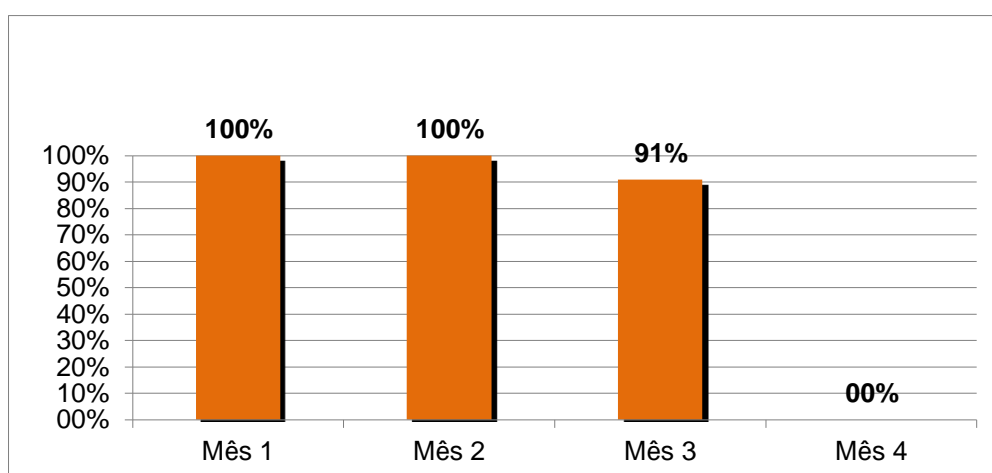
Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

Nos dois primeiros meses houve 100% de busca ativa aos usuários faltosos às consultas. No primeiro mês, 33 (100%) usuários faltaram e receberam busca ativa, e, o segundo mês, 89 (100%) usuários faltaram e receberam busca ativa. Isto foi possível por que os ACS realizavam toda a semana a busca dos mesmos e marcavam para a semana seguinte.

No terceiro mês ocorreu uma queda na busca ativa de usuários faltosos. 155 usuários faltaram à consulta, mas apenas 141 receberam busca ativa, perfazendo um percentual de 91%. No meio da intervenção contamos com novos ACS na unidade, e pelo fato de que os mesmos precisavam cadastrar os usuários de suas áreas, muitos se encontravam quase toda semana em capacitações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo curto tempo que tivemos para terminar a intervenção, acarretou para que houvesse uma queda na busca ativa e na marcação das consultas.



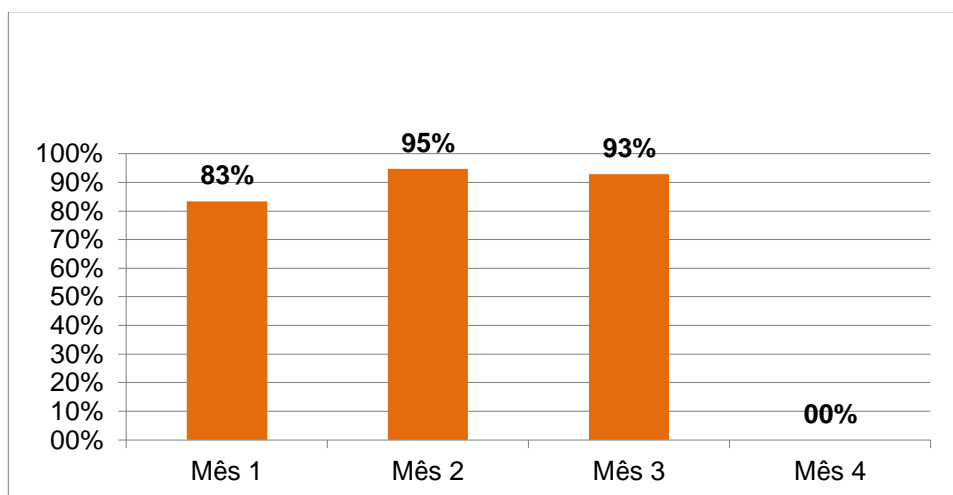
**Figura 12.** Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

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

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



No primeiro, seis usuários faltaram e cinco (83%) receberam busca ativa. No segundo mês, dos 19 usuários que faltaram, 18 (95%) receberam busca ativa. No terceiro mês, 42 faltaram e, 39 (93%) receberam busca ativa. Esta dificuldade em buscar todos os faltosos se deve a vários fatores, um deles é a falta de cobertura em algumas áreas, o que dificultou a busca ativa de determinada micro área. Outro fator é a resistência de alguns usuários diabéticos ao tratamento, e a periodicidade das consultas. Como também mencionado no caso dos usuários com HAS, no terceiro mês houve uma dificuldade de manter a meta, pois, a unidade básica de saúde contou com novos ACS e pelo fato de que os mesmos precisavam cadastrar os usuários de suas áreas, muitos se encontravam quase toda semana em capacitações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo curto tempo que tivemos para terminar a intervenção, acarretou para que houvesse uma queda na busca ativa e na marcação das consultas.



**Figura 13.** Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Durante os três meses da intervenção, todos os usuários hipertensos estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Ou seja, 80 (100%) usuários

no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Portanto, este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção. Isto foi possível pela adesão da equipe ao uso da ficha espelho e, pela gestão que facilitou a disponibilidade deste instrumento de registro específico.

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

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

Como no indicador acima, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários no primeiro mês estavam com os registros adequados, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. Estes percentuais de 100% durante os três meses foram possíveis pela adesão da equipe ao uso da ficha espelho e, pela gestão que facilitou a disponibilidade deste instrumento de registro específico.

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

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

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

Durante os três meses da intervenção, todos os usuários hipertensos foram submetidos à estratificação de risco que foi realizado pela médica e enfermeira. Ou seja, 80 (100%) usuários no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Portanto, este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção. Em todas as consultas eram solicitados os exames complementares para a estratificação de risco cardiovascular e durante a triagem eram observados todos os sinais vitais, HGT e medidas antropométricas.

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

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

Assim como no indicador acima para os hipertensos, todos os diabéticos também foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular. O percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários

no primeiro mês foram triados para estratificação de risco cardiovascular, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. O que facilitou esta ação é que durante a triagem era realizado a aferição dos sinais vitais e medidas antropométricas pela enfermeira ou pela técnica de enfermagem. Desde a primeira consulta médica eram solicitados todos os exames complementares para estratificação de risco cardiovascular.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Todos os hipertensos assistidos receberam orientação nutricional. Ou seja, 80 (100%) usuários no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Portanto, este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção. Em relação aos diabéticos, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários no primeiro mês receberam orientação nutricional, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. Sendo assim, todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pela unidade de saúde receberam orientação nutricional durante os três meses da intervenção. Quando diagnosticados casos de obesidade ou desnutrição, os usuários foram encaminhados para atenção especializada com uma nutricionista. Estas orientações foram repassadas coletivamente e individualmente. Isto foi possível pela capacitação dos profissionais da equipe em orientar quanto aos hábitos alimentares saudáveis.

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

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

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

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

Durantes os três meses de intervenção, todos os usuários diabéticos e hipertensos foram orientados para a prática regular de atividade física. Ou seja, 80 (100%) usuários no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Portanto, este indicador se manteve em 100% nos três meses de intervenção. Em relação aos diabéticos, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários no primeiro mês receberam orientação sobre prática regular de atividade física, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. Estas orientações foram repassadas de forma individual e coletivamente. Na maioria das vezes, todos os usuários eram encaminhados para o projeto DANTS, onde contavam também com orientações do educador físico.

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

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

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

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

Durante os três meses da intervenção, todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo. Ou seja, 80 (100%) usuários no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários no primeiro mês receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês. Os usuários foram encaminhados ao grupo de

tabagismo, quando preciso. Estas orientações foram repassadas de forma coletiva e individualmente.

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

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

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

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

Durante os três meses da intervenção, este indicador permaneceu em 100%, ou seja, todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal nas consultas clínicas e nas atividades coletivas. Quando necessário, estes usuários eram encaminhados ao atendimento odontológico em outra unidade. Sendo assim, o indicador permaneceu, para ambas as metas, em 100% durante os três meses de intervenção. Oitenta (100%) usuários hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal no primeiro mês, 197 (100%) no segundo mês e, 361 (100%) usuários no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, o percentual deste indicador também se manteve em 100% nos três meses de intervenção, 16 usuários no primeiro mês, 61 usuários do segundo mês e, 124 usuários no terceiro mês.

## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção destes usuários, como classificação de risco em ambos os grupos. Além do mais, os usuários passaram a ter prioridade de atendimento, conseguindo assim, com que classificássemos o risco cardiovascular que apresentavam, colocando em dia os exames complementares e as orientações sobre mudança do estilo de vida e tabagismo. Os mesmos tiveram melhor acompanhamento odontológico, situação que não acontecia antes da intervenção ser implantada. Durante as consultas é realizado um exame bucal de rastreamento pelo médico, ou pela enfermeira e ou técnicas durante a triagem, e, de acordo a isso, encaminhamos para avaliação odontológica.

Outro ponto que melhorou muito foi o aumento de hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência. As visitas domiciliares foram priorizadas em pelo menos duas consultas por semanas para os hipertensos e diabéticos. Os usuários que recebiam consulta no domicílio eram na maioria usuários de ambos os grupos que apresentavam sequelas devido a alguma doença (como AVC) e que tinham como fator de risco a hipertensão e/ou diabetes. Esses usuários eram e são priorizados para realizar as consultas domiciliares, visto que a maioria deles são acamados ou não tem condições de vir até a unidade de saúde por meios próprios. Isso fez que com que alcançássemos a ampliação na atenção destes usuários que não tinham acompanhamento adequado devido a suas condições mórbidas e que de uma maneira ou outra eram “esquecidos” por não poderem comparecer à unidade básica de saúde. A sala de espera se tornou um meio dos usuários entenderem melhor sobre o que é hipertensão e diabetes e quais eram suas consequências e fatores de riscos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e dos ACS.

A técnica de enfermagem realizava o acolhimento do usuário juntamente com a escuta inicial, logo mais a enfermeira e as técnicas realizavam a triagem e já realizavam a estratificação de risco cardiovascular, assim como, esclareciam também

duvidas que os mesmos apresentavam, alertavam sobre a importância das consultas e aferições periódicas da pressão arterial e HGT.

Nas consultas médicas era realizado a história clínica e exame físico de acordo ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Além do mais recebiam orientações de acordo a regularidade de exames complementares periódicos, mudança do estilo de vida, a importância de cessar o tabagismo.

Os ACS realizavam a busca ativa destes usuários de 15 em 15 dias, nas visitas domiciliares, os mesmos orientavam os usuários sobre a importância na regularidade das consultas. Enfim, foi um trabalho multidisciplinar, toda a equipe se mobilizou para que a intervenção pudesse ser implantada adequadamente na unidade de saúde. Além disso, pudemos contar também com os outros profissionais como nutricionistas, educador físico e psicóloga que fazem parte do projeto DANTS. O impacto que a intervenção teve foi tão positivo que também realizamos em outras atividades do serviço como Atenção nas Gestantes e a Pastoral da Criança.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas nas médicas. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Hoje, até os ACS conseguem orientar melhor os usuários, durante as visitas, os mesmos, persistem na importância da regularidade das consultas. A equipe de enfermagem já realiza a estratificação de risco dos usuários durante a triagem ou a escuta inicial.

A importância da Intervenção no serviço foi o trabalho multidisciplinar, que é crucial, pois só o médico não poderia realizar essa intervenção tendo o impacto que teve, se não tivesse o apoio de todo o resto dos profissionais de saúde da unidade básica.

O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade, principalmente os hipertensos e diabéticos que demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e também com a intervenção realizada em linhas gerais, como as palestras, o grupo DANTS e durante e as buscas ativas pelos agentes de saúde. No começo gerou um pouco de insatisfação na sala de espera entre os outros

membros da comunidade que desconheciam o motivo desta priorização, mas que hoje é bem aceita pelos mesmos.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, pois, apesar de contarmos com novos agentes comunitários da saúde, sabemos que é um trabalho longo e que requer tempo.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo pudéssemos ter contado com os agentes comunitários de saúde, pois teríamos uma maior cobertura dos hipertensos e diabéticos da área. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está bem integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Também vamos ampliar a capacitação em equipe, melhorar a capacitação da equipe de enfermagem, e dos ACS. Queremos realizar mais palestras com a comunidade e trazer sempre uma equipe multidisciplinar. Além de continuar com o grupo DANTS, queremos exigir que todos os usuários que estejam participando do grupo, tenham os exames complementares em dia de acordo ao ministério de saúde, como também, com exame bucal em dia. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto na intervenção até conseguir cadastrar todos os usuários da área de abrangência.

Queremos realizar a capacitação continua dos profissionais de saúde. Além das reuniões semanais, uma vez ao mês vamos realizar reuniões de estudos com os profissionais de saúde para poder garantir a aptidão dos mesmos para acolher, orientar e acompanhar os usuários, pretendemos também, investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, aumentando o número de cadastros e acompanhamento dos mesmos.



### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

Sou médica do “Programa Mais Médicos para o Brasil”, me chamo Riham Barakat, estou atuando há aproximadamente um ano na unidade Básica de Saúde 02 da Marduque.

Assim como os outros médicos do Programa, faço uma especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas. Nesta, realizamos um trabalho de intervenção no território em que atuo, que nada mais é, do que a qualificação da assistência em saúde prestada a um grupo específico de usuários residentes na área adstrita. A escolha desta intervenção foi o grupo de usuários hipertensos e diabéticos.

Nosso objetivo era cadastrar 60% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área adstrita. Para tal, foi realizado um mapeamento e cadastramento destes usuários, exame clínico e complementar em dia, orientações básicas sobre hábitos saudáveis. Foram realizadas também palestras e grupos de apoio, buscas ativas de usuários faltosos, e visitas domiciliares. Também contamos com a participação do Programa DANTS onde os usuários hipertensos e diabéticos realizam atividades físicas orientadas por um educador e acompanhamento com psicóloga e nutricionista.

Intervenção foi muito bem aceita pela comunidade e implantada na rotina da unidade de saúde. Melhorias significativas foram observadas, ao final da intervenção, no controle das cifras tensionais do hipertenso e no controle da glicemia nos diabéticos, além do aumento no número de atendimentos.

No final da intervenção foram acompanhados 98,9% (361) dos hipertensos e 100% (124) dos usuários diabéticos da área adstrita. Os indicadores de qualidade das ações programáticas desenvolvidas também atingiram percentuais de excelência: acima de 80% de busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos, prescrição de medicamentos da farmácia popular, registro adequado e realização de estratificação do risco cardiovascular são ações que foram realizadas.

Desejamos continuar com a Intervenção na atenção à saúde do hipertenso e diabético, e para isso, necessitamos do apoio da gestão, para continuar realizando palestras e grupos de apoio multidisciplinar, meios de locomoção para realizar visitas domiciliares dos usuários que tem o domicilio longe da unidade básica e ou dificuldades de locomoção.

#### **4.4. Relatório para a Comunidade**

Comunidade do Marduque e Santo Antônio,

Me chamo Riham Barakat, sou a médica da Unidade de Saúde 02 do Bairro da Marduque. Como muitos de vocês já sabem, junto com a equipe de saúde realizamos uma intervenção na atenção ao hipertenso e diabético. Escolhemos estas duas condições por serem as mais observadas na comunidade. Esta intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF 02 Mascarenhas de Moraes em Uruguaiana, RS. A intervenção teve como objetivos específicos: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e; promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Além do mais, realizamos várias palestras na comunidade para que as pessoas pudessem conhecer um pouco mais sobre as suas condições. Quisemos passar para a comunidade, de maneira simples e didática o que é, como se adquire e qual é a terapia e prevenção para diabetes e hipertensão arterial.

O resultado obtido foi muito satisfatório, em 3 meses conseguimos acompanhar 361 usuários com Hipertensão Arterial (98,9%) e 124 (100%) usuários diabéticos. Em pouco tempo de intervenção já conseguimos notar uma grande mudança na população, percebemos que entenderam melhor as condições que apresentavam e assim, começaram a seguir um tratamento mais continuado, não só medicamentoso, se não que também, percebemos uma grande mudança no estilo de vida. A equipe de saúde da unidade de saúde 02 está muito satisfeita com a melhora significativa que a intervenção trouxe, porém está ciente que ainda precisamos mudar mais, para melhor, e por isso contamos com a ajuda e apoio de vocês, para que continuem seguindo de forma contínua e periódica todas as indicações dadas durante a intervenção.

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

Ao refletir sobre meu processo pessoal de aprendizagem durante o curso, constato que a intervenção mudou não só minhas expectativas, mas, sobretudo as da comunidade e da equipe de saúde.

No começo do curso tinha muitas dúvidas a respeito de como elaboraria o projeto de intervenção, e também a respeito da mobilização da equipe de saúde no sentido de que o mesmo fosse incorporado com sucesso na unidade. Apesar de no começo ter sido difícil a incorporação na rotina da unidade básica, a equipe vestiu a camisa e trabalhou com afinco para o acolhimento dos usuários.

Superados esses receios iniciais, meu principal desafio era de como a comunidade receberia a intervenção, queria muito que os mesmos tivessem interesse na intervenção e entendessem e compreendessem que a mesma foi escolhida para que houvesse uma melhora na qualidade de suas vidas.

A intervenção foi desenvolvida com sucesso, graças à forte motivação da equipe, bem como, a unânime aceitação e compreensão da comunidade em relação ao mesmo. Minha orientadora Mariana também foi fundamental em todo esse percurso, me concedendo todo o suporte desde o começo e sempre tendo paciência em corrigir as falhas, e sempre estimulando que a intervenção continuasse sendo realizada da melhor maneira.

Hoje consigo ver que a implementação da intervenção foi muito bem adequada às necessidades da comunidade, eis que grandiosa parte dela apresentava as condições que são objeto da intervenção. A população precisava de esclarecimentos a respeito de suas afecções, precisavam também de crédito e paciência para que paulatinamente entendessem e executassem mudanças no estilo de vida, além da obediência ao tratamento medicamentoso, sem interrupções.

Quanto a mim, particularmente, sinto que ainda tenho bastante a aprender, ao mesmo tempo em que me sinto satisfeita com os resultados que a intervenção vem

apresentando. O curso em si foi um grande incentivo para que eu me mantivesse atualizada, adquirindo novos conhecimentos em matéria de saúde e resgatando conhecimentos pretéritos. Tudo isso contribuiu para um melhor condicionamento intelectual, de forma que tive condições de repassar os ideais da intervenção para a equipe e para os usuários.

Não esperava que o curso fosse transcorrer dessa forma, com essa metodologia. Confesso que inicialmente esperava algo muito mais teórico, de modo que a exigência de elaboração e execução de uma estratégia de saúde na prática, foi para mim uma grata surpresa, me mantendo motivada a prosseguir com a intervenção na comunidade.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36: Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 37: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 b. 128 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: Maio 2015.

## **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>  
Pro<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 B- Planilha de coleta de dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														
	11														
	12														
	13														
	14														
	15														
	16														
	17														
	18														
	19														
	20														
	21														
	22														
	23														
	24														
	25														
	26														
	27														

Apresentação Orientações Dados da UBS **Mês 1** Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante