

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turmanº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HAS E/OU DM DA  
UBS VILA MODERNA, SÃO LUIZ/RR**

**Yolaila Leyva Noa**

**Pelotas, 2016**

**Yolaila Leyva Noa**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da UBS Vila  
Moderna, São Luiz/RR**

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

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

N739m Noa, Yolaila Leyva

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM da UBS Vila Modema, São Luiz/RR / Yolaila Leyva Noa; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

70 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora de angustia. Ao meu pai, a minha amada mãe Fe Esperanza, meu filho, meu esposo, irmãos e a toda minha família.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e de seu apoio incondicional apesar da distância.

Ao meu orientador por sua paciência, pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas da UBS Vila Moderna pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhado.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas compartilhadas

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e que estiveram pertos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## Resumo

NOA, Yolaila Leyva. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da UBS Vila Moderna, São Luiz/RR.** 2016. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais. No Brasil, representam importantes problemas de saúde, pois é a primeira causa de morte no país. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), constituem-se os mais importantes fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um elemento importante no desenvolvimento das ações de controle dessas doenças, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na UBS Vila Moderna, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. Os usuários abrangidos pela intervenção foram avaliados através da ficha de espelho e da planilha de coleta de dados e ao mesmo tempo foram expostos a ações educativas. Participou todas as pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência de nossa unidade de saúde. As ações realizadas incluíram o cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM, monitoramento das ações, capacitação dos ACS e dos profissionais da equipe, reunião de equipe e com os gestores, atendimento clínico e odontológico, a busca ativa de usuários faltoso às consultas, visitas domiciliares e ações de engajamento público. Ao final da intervenção, foram cadastrados 88,4% e 78,1%, respectivamente, de pessoas com HAS e/ou DM, sendo que 61,4% e 88%, respectivamente, deles tiveram exames complementares em dia; 81,8% e para 100% foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular. Além disso, 59,6% pessoas com HAS e 96% pessoas com DM receberam atendimento odontológico e os demais indicadores de qualidade atingiram 100% das metas. Espera-se que o presente projeto contribua de alguma forma nesse cenário e venham a subsidiar outros projetos nessa perspectiva. Observa-se que a intervenção ajudou a melhorar as condições de saúde e de vida da população ampliou e possibilitou adquirir novos conhecimentos dos profissionais da equipe, oportunidade de mudanças no processo de trabalho, ampliar suas percepções e colocar em prática no seu âmbito de trabalho.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	UBS Vila Moderna, profissionais da equipe e comunidade	13
Figura 2	Reunião com a comunidade	29
Figura 3	Visita domiciliar	40
Figura 4	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à pessoas com HAS da unidade de saúde.	43
Figura 5	Gráfico:Cobertura do programa de atenção à pessoa com DMda unidade de saúde.	44
Figura 6	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	45
Figura 7	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	45
Figura 8	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com exame dos pés em dia.	46
Figura 9	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	47
Figura 10	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	47
Figura 11	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.	48
Figura 12	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.	49
Figura 13	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	50
Figura 14	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	50
Figura 15	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com registro adequado a ficha de acompanhamento.	52
Figura 16	Gráfico: Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	53
Figura 17	Gráfico: Proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	53

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	21
2.2.1 Objetivo geral .....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	34
2.3.4 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	40
4 Avaliação da intervenção.....	41
4.1 Resultados.....	41
4.2 Discussão .....	54
5 Relatório da intervenção para gestores .....	57

6	Relatório da Intervenção para a comunidade .....	60
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	61
	Referências .....	63
	Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
	Anexos	64

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/Universidade Federal de Pelotas-UFPe é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A Intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila moderna, localizada na zona rural do município de São Luís/RR. Possui uma equipe multidisciplinar formada por uma médica, uma dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma técnica em saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma administradora e uma assistente de serviços gerais.

O presente volume apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha UBS tem como nome Posto de Saúde Vila Moderna, situado no município de São Luis, Roraima. A estrutura é composta pela recepção, uma sala de enfermagem, sala médica, odontológica e uma farmácia. Há 13 funcionários: uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem do programa, uma, técnica de enfermagem dela estrutura, uma auxiliar de serviço geral, uma dentista, uma técnica de odontologia e cinco ACS( 2 dela vila e 3 do vicinal).

O ambiente de trabalho é muito agradável, pois temos uma equipe unida e disposta a oferecer um trabalho de excelência a comunidade.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é atender até 80% dos problemas de saúde da população.

Meu município tem como nome São Luis, é um município pequeno, apresenta uma população de 7.309 habitantes, três UBS com ESF, não existe UBS tradicionais, há um hospital no qual está disponível a realização de exames complementares. Consta de atenção especializada de ginecologia uma vez por semana e psiquiatria.

Minha UBS Vila Moderna localiza se na área rural, tem como modelo ESF, oferta atendimento médico, odontológico, enfermagem, cadastro, entre outros. Há seis cômodos divididos em: consultório médico, odontológico, enfermagem, farmácia, banheiro e área de recepção. A equipe é formada por 12 profissionais: uma enfermeira, um dentista, uma médica, duas técnicas de enfermagem, uma administradora, uma auxiliar de serviços gerais, cinco ACS. Existe boa relação entre todos os profissionais e com a população em geral. Nossa unidade de saúde é pequena, com pouco espaço não permitindo bom desempenho para as atividades. Há déficit de equipamentos, materiais de consumo e medicamentos, existe dificuldade com os equipamentos de comunicação. Nossa equipe, após realizarmos algumas reuniões na unidade de saúde, decidimos encaminhar para a secretaria de saúde do município um relatório e ofício pontuando as nossas necessidades estruturais.

Todos os profissionais de minha UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, se mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos. Participamos na identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de HTA, DM, TB, hanseníase. Realizamos atendimento de urgência, busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas.

Além disso, realizamos cuidado domiciliar como: curativos, nebulização, educação em saúde, acompanhamento de problema de saúde, consulta médica, de enfermagem. Também realizamos a entrega de medicamentos diferentes procederes. Estas ações são realizadas pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agente comunitário. Realizamos notificação de doenças e agravos notificáveis, assim como busca ativas. Temos grupos como: de adolescente, aleitamento materno, HTA, DM, idosos, pré-natal, saúde da mulher e outros. Fazemos atividades de promoção para a saúde e promovemos a participação da comunidade no controle social. Reuniões de equipe são realizadas mensalmente, discutimos vários temas como planejamento das ações, construção de agenda de trabalho, análise de indicadores em saúde e todos os profissionais são envolvidos nas atividades. Um dos problemas que encontramos é a dificuldade para a realização de visitas no vicinal (parte da zona rural secundária de difícil acesso que não dispões de afastamento, sendo muitas vezes intrafegáveis em determinadas épocas do ano) por falta de transporte. Aguardamos a solução em relação a isso.

Nós realizamos o acolhimento diariamente dos usuários da área de nossa unidade de saúde. Assim, a equipe realiza as atividades programadas com melhor facilidade. Não temos excesso de demanda espontânea, realmente em quanto ao acolhimento a demanda espontânea não é grande. Uma dificuldade que apresentamos é a necessidade de uma sala de espera e consultórios, farmácia e demais salas com maior dimensão e melhores equipamentos. Com o objetivo de resolver os problemas e melhorar o acolhimento já solicitamos ao secretário de saúde a ampliação de nossa unidade para melhorar. Todo o momento que temos a oportunidade de conversar com os gestores, reforçamos essas necessidades.

O território apresenta uma população de 850 habitantes, 389 masculinos e 345 feminino, apresentamos uma prevalência de usuários na faixa etária de 20-39 anos. O tamanho do serviço é adequado para o tamanho de nossa área adstrita.



Figura 1: UBS Vila Moderna, profissionais da equipe e comunidade.

Em relação à saúde da criança, segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, o indicador de cobertura é 39% (7). Já os indicadores de qualidade são: consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da saúde (100%), atraso da consulta agendada com mais de sete dias (14%), teste do pezinho até sete dias (100%), primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida (100%), monitoramento do crescimento na última consulta (100%), vacinas em

dia (86%), avaliação de saúde bucal (100%), orientações para aleitamento materno exclusivo (100%) e orientações para prevenção de acidentes (100%).

Neste grupo etário toda a equipe realiza ações de promoção e prevenção de saúde desde o período pré-natal, como por exemplo, fazemos palestras para as grávidas, palestra nas escolas, orientamos as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas, contribuimos para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis, a proibição de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas. Realizamos visitas domiciliares e participamos de grupos educativos como forma de complementar as atividades clínicas, enfim, cumprimos com todas as atribuições das equipes.

Estas ações são programadas, utilizamos um protocolo e contamos com um registro. O maior problema com este grupo etário é que algumas mães ou família ainda não tem consciência da importância da consulta programada. Para solucionar essa dificuldade, nós realizamos ações educativas em grupos e individual.

Quanto ao pré-natal e puerpério, segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, os indicadores de cobertura são, respectivamente, 47% e 67%. Já os indicadores de qualidade, apresentamos: pré- natal iniciado no primeiro trimestre (100%), consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da saúde (100%), solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizadas (100%), vacina antitetânica conforme protocolo e vacina contra hepatite B (100%), prescrição de suplemento de sulfato ferroso conforme protocolo (100%), exame ginecológico por trimestre (50%), avaliação de saúde bucal (75%), orientação para aleitamento exclusivo (100%); consultaram antes dos 42 dias de pós-parto (100%), tiveram a sua consulta puerperal registrada (100%), receberam orientações sobre os cuidados básicos dos recém-nascidos e planejamento familiar (100%), tiveram as mamas examinadas (100%), realizaram exame ginecológico (0%), tiveram seu estado psíquico avaliado (100%).

Há na nossa área quatro gestantes de baixo risco. Não temos puérperas na área de abrangência da unidade de saúde. Realizamos ações estruturadas, utilizamos um protocolo técnico, como por exemplo, se discute permanentemente com as mulheres sobre a importância da assistência pré-natal na unidade básica, se identifica precocemente todas as gestantes na comunidade, realizamos acolhimento imediato, tanto aos recém-natos, gestantes e puérperas, assim como o cadastro. Além disso, realizamos acompanhamento periódico e contínuo de todas as

gestantes, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação, acompanhando-as tanto na unidade de saúde quanto em seu domicílio. Fazemos práticas educativas, abordando o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal, aos hábitos saudáveis de vida, aos cuidados com o recém-nascido, vacinação, orientamos quanto ao risco do tabagismo, uso de álcool e drogas. Realizamos visita domiciliar com o objetivo de monitorar a mulher e as crianças e oferecer as orientações de cuidados adequados.

Em relação a controle do câncer de útero e de mama, realizamos atividades de promoção, incentivando as mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25- 59 anos sobre a importância de realizar o teste de papanicolau e auto-exame de mama, mamografia (mulheres entre 50- 74 anos). Realizamos palestras sobre os sinais de alerta dos cânceres, a importância de relação sexual protegida e tratar as ITS. Ainda existem mulheres que nunca realizaram este tipo de teste. Com elas fazemos atividades individualmente para logo incorporá-la ao grupo. Realizamos visitas domiciliares a todas aquelas com exame cito - patológico atrasado e em ocasião se realiza na mesma casa. Todas as ações realizadas são programadas de acordo com o protocolo e anotadas em registros específicos. Uma das dificuldades que apresentamos é o acesso limitado à mamografia. Esse exame não é realizado no nosso município. É necessário que as mulheres sedesloquem para a capital do estado que é distante daqui.

Segundo as estimativas do caderno de ação programática, os indicadores de cobertura são 17% e 100%, respectivamente. Já os indicadores de qualidade são: exame citopatológico para CA do colo de útero em dia (80%), exame citopatológico para CA de útero com mais de 6 meses de atraso (20%), exame citopatológico alterado(0), avaliação de risco para CA de colo (0), orientação sobre prevenção de câncer de útero (100%), orientação sobre DSTs (100%), exame coletados com amostras satisfatória (73%);mamografia em dia (38%), avaliação de riscos para câncer de mama (100%), orientação sobre prevenção do câncer de mama(100%).

Em relação a atenção à pessoa com hipertensão e diabetes, apresentamos 63 pessoas com hipertensão e 15 com diabéticos. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas, os indicadores de cobertura são 41% e 35% respectivamente.

Os indicadores de qualidade são: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (68%), atraso da consulta agendada com mais de 7

dias (32%), exames complementares periódicos em dia (75%), orientação sobre prática de atividade física regular (100%), orientação nutricional para alimentação saudável (100%), avaliação de saúde bucal (79%), Diabetes mellitus- com realização de estratificação de riscos cardiovascular por critério clínico (100%), com atraso de consultas agendada com mais de 7 dias (7%), com exames complementares periódicos em dia (100%), com exames físico dos pés nos últimos 3 meses (100%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pedio nos últimos 3 meses (100%), com medida de sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses (100%), com orientação sobre práticas de atividades física regular(100%), com orientação nutricional para alimentação saudável (100%), com avaliação de saúde bucal (100%).

Realizamos atendimento à demanda espontânea e também consulta agendada para essas pessoas e utilizamos um protocolo. Considerando que a hipertensão arterial junto com a diabetes é importantes problemas de saúde no mundo, sendo ainda importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal, nós temos grupos de HTA e DM. Com eles realizamos ações de promoção e prevenção de saúde, enfatizamos a importância do controle de peso, alimentação saudável, abandono de bebidas alcoólicas e tabagismo, realização de atividades físicas regular, importância de cumprir o tratamento orientado, assistir a consulta programada. Realizamos visitas domiciliares com o objetivo de verificar se as orientações estão sendo realizadas e para buscar os pacientes faltosos. Entre os problemas que apresentamos nesse grupo prioritário encontram-se a falta de medicamentos, fundamentalmente para as pessoas com poucos recursos financeiros. Não obstante, neste mês este problema melhorou muito. Também existe dificuldade para realizar visitas aos hipertensos e diabéticos que moram no interior, devido a ausência de transporte já mencionado anteriormente.

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico. Antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Nossa Unidade de Saúde consta de 46 idosos. O indicador de cobertura, considerando as estimativas do caderno de ações programáticas é 100%. Já os indicadores de qualidade são: caderneta de saúde da pessoa idosa (0), realização de avaliação multidimensional rápida (80%), acompanhamento em dia (80%), HTA Sistêmica (91%), DM (20%), avaliação de

risco para morbimortalidade (80%), orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (100%), orientação para atividade física regular (100%), avaliação de saúde bucal (67%).

Temos um grupo de idosos que desenvolvemos atividades educativas e recreativas. Durante as visitas domiciliares se estabelece junto aos familiares um suporte mais adequado às necessidades das pessoas idosas para maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento deste grupo. Realizamos a promoção de hábitos saudáveis com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida: alimentação saudável, prática de atividades físicas, prevenção de acidentes e vacinação. Também identificamos e acompanhamos pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.

A higiene bucal é um componente fundamental de higiene corporal das pessoas. Segundo as estimativas do caderno de ações programáticas os indicadores são: números de atendidos com primeira consulta programada: 78% pré- escolares (0-4 anos), 17% escolares (5-14 anos), 21% outros exceto gestante (15- 59anos), 28% idosos (60 ou mais anos), 47% gestantes; número de pessoas com atendimento não programado: 25% pré- escolares 61% escolares, 35% outros exceto gestantes (15-59<sup>a</sup>), 23% idosos, 0% gestantes; números de atendidos com tratamento inicial completado: 11% pré-escolares, 15% escolares, 20% outros, 15% idosos, 100% gestantes;

Em relação aos atendimentos com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas: pré-escolares- 125%, escolares- 118%, outros- 135%, idosos- 123%; razão das primeiras consultas programáticas sobre atendimentos não programados: pré- escolares- 4, escolares- 1.65, outros- 2,891, idosos- 4,333.

Um dos principais problemas existente em nossa unidade básica é a falta de conhecimento da população sobre a higiene bucal e a existência de pacientes faltosos a consultas programadas. Todo o equipe participamos junto á dentista para melhorar os problemas mencionados nas ações educativo - preventivos realizadas no âmbito da unidade de saúde (trabalho de equipe de saúde junto aos grupos de idosos, HTA, DM, gestante, adolescente), nos domicílios durante as visitas domiciliares, escolas, associações.

Fazemos palestras para promover á saúde bucal e abordamos os seguintes temas: alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, educação sobre autocuidado da higiene bucal, eliminação do tabagismo, bebidas alcoólicas, correta higienização com escova e fio dental, uso correto de flúor para fortalecer os dentes e muito fundamental sobre a importância do acompanhamento da saúde bucal pelo dentista.

Um dos maiores desafios de nossa UBS é o acesso aos usuários do SUS moradores no vicinal, por dificuldade de transporte e estrada sem asfalto. Não há materiais, os medicamentos são insuficientes para a demanda, a realização da manutenção dos equipamentos é demorada, a UBS é pequena e seus compartimentos possuem pouca dimensão. Parte desses problemas é devida á distancia que existe entre nosso município dela capital.

Apesar de todos os problemas existentes, em nossa UBS se oferece consultas médicas e de enfermagem todos os dias. Temos uma equipe completa, multiprofissional, acesso ao sistema para cadastro do cartão SUS para população geral. Ademais se realiza agendamento de consultas especializadas (ginecologia, psicologia), nesta semana outros especialistas irão compor a nossa UBS (neurologia, oftalmologia, urologia e outros). A unidade disponibiliza acesso à internet para todos os funcionários com o intuito de estimular a realização de pesquisas, por meio do Portal de Saúde para ficha de notificação.

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

O relatório de análise situacional está mais completo e descreve melhor a situação da nossa unidade de saúde que o primeiro texto. Além disso, o relatório de análise situacional abarca todos os itens abordados durante o curso, tais como as principais características, elementos estruturais, engajamento público, atribuições dos profissionais, demanda espontânea, atenção pré-natal e puerperio, atenção á saúde da criança, câncer de colo de útero e de mama, HTA e DM, saúde de pessoa idosas, saúde bucal.

Já o primeiro texto, apenas pontua sobre a estrutura da UBS e o processo de trabalho e a relação com a comunidade. Quando o primeiro texto foi realizado, não foi bem exposto, mas sim faltou alguns elementos para ressaltar.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já são responsáveis por 63% de mortes no mundo, segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e as neoplasias (Brasil, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde, pois é a primeira causa de morte no país. A HAS e a DM, constituem - se os mais importantes fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e para as complicações mais comuns, como por exemplo, o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um elemento importante no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. Mediante as ações da equipe multidisciplinar, a ESF atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças.

A Unidade Básica de Saúde Vila Moderna está localizada na zona rural do município São Luis, município com uma área territorial de 1.526,89 km<sup>2</sup> e 7309 habitantes, localizado ao Sudeste do Estado, Roraima. Caracteristicamente grande parte da população concentra- se na agropecuária, produz, em especial arroz, gado bovino, feijão, mandioca e milho. As condições estruturais da UBS e os espaços são de porte inadequado para a equipe. A unidade é composta por recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, consultório odontológico,

farmácia e um banheiro, todos de dimensões pequenas. A nossa equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma técnica de odontologia, uma administradora, uma auxiliar de serviço geral e cinco ACS. O território apresenta uma população de 850 habitantes, sendo que desses, 389 são do sexo masculino, há 63 usuários hipertensos e 15 usuários diabéticos cadastrados, sendo que apenas, aproximadamente, 41% e 35%, respectivamente, desses usuários são acompanhados pela UBS Vila Moderna.

Entre os problemas que enfrentamos na atenção deste grupo prioritário, encontra-se o baixo conhecimento sobre estas doenças por parte dos usuários, a baixa cobertura da atenção às pessoas com HAS e/ou DM, inadequado preenchimento dos registros das informações e dificuldade na adesão quanto á consultas programadas, assim como dificuldades durante o monitoramento e avaliação dos usuários com HAS e/ou DM. No momento, desenvolvemos ações de promoção e prevenção, realiza-se palestras educativas por meio do desenvolvimento de temas relacionados à HAS e DM, fatores de riscos de doenças cardiovasculares, incentiva-se uma alimentação saudável, práticas de atividade física regular, abandono do tabagismo e importância de higiene bucal e pretende-se formar dois grupos para a realização de atividades físicas junto com o educador físico. Durante as palestras educativas também se orienta os usuários sobre a importância da realização das consultas, realizamos duas vezes por semana visitas domiciliares em busca de usuários com HAS e/ou DM faltosos, visando ações para melhorar a adesão dos usuários.

A intervenção será importante para ajudar a melhorar as condições de saúde e de vida da população, especificamente aquelas com HAS e/ou DM, ampliar e adquirir novos conhecimentos dos profissionais da equipe, oportunidade de mudanças no processo de trabalho aos usuários, e ampliar suas percepções sobre o homem e colocar em prática no seu âmbito de trabalho ações que podem ser implementadas a partir dos resultados de nosso trabalho. Para alcançarmos os objetivos e as metas estabelecidos contamos com uma equipe multidisciplinar, altamente qualificada, disposta a trabalhar para melhorar a saúde da população. Também contamos com o apoio do gestor central, esperamos que o mesmo fortalecesse este tipo de oportunidade para os demais profissionais. Espera-se que o presente projeto contribua de alguma forma nesse cenário que se enquadra a HAS e DM e venha ainda subsidiar outros sobre essa perspectiva, estimulando novas

investigações e alicerçando a construção de estratégias visando a qualificação dos profissionais de saúde frente aos cuidados que os pacientes exigem.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Vila Moderna, São Luiz, RR.

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

1- Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2- Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

3- Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

4- Melhorar o registro das informações.

5- Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

6- Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

2.5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

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

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

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Vila Moderna, no Município de São Luiz, RR.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

As ações a serem realizadas nesta intervenção, serão descritas detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: monitoramento e

avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, por objetivos e metas.

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos para 100%, a enfermeira e médica irão monitorar semanalmente o número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde. Isso será possível com o uso das fichas espelhos e da planilha de coleta de dados. O acolhimento a esse grupo prioritário será realizado todos os dias da semana e nos dois turnos pela técnica de enfermagem. Ela priorizará os usuários, segundo a classificação de risco. Se houver necessidade, as consultas serão agendadas. Os materiais para a hemoglicoteste e para a tomada da medida da pressão arterial serão garantidos pela gestão do município. Todos os membros da equipe participarão de ações educativas, tanto na unidade de saúde como nos equipamentos sociais da comunidade, como escola, igrejas, local de associação, semanalmente, visando informar acerca da existência do programa, da importância de aferir a pressão arterial após os 18 anos, anualmente, e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e/ou DM. A enfermeira irá capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade durante a reunião de equipe, antes do início da intervenção. Além disso, considerando o protocolo do MS, toda a equipe será capacitada para verificar a pressão arterial e realizar a hemoglicoteste, pela médica na reunião de equipe.

Para melhorar a qualidade da atenção da pessoa com HAS e/ou DM, enfermeira e médica irão monitorar semanalmente a realização de exame clínico apropriado e do exame dos pés das pessoas com HAS e/ou DM, por meio das fichas espelho e da planilha de coleta de dados. Esses mesmo profissionais irão monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e a periodicidade recomendada na unidade de saúde, por meio dos mesmos instrumentos. As técnicas de enfermagem irão monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia, semanalmente, por meio dos mesmos instrumentos. A dentista irá monitorar, semanalmente, as pessoas com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico. Antes de iniciar a intervenção e no momento da reunião de equipe, administradora e enfermeira irão definir as atribuições de cada membro da equipe no

exame clínico e dos pés das pessoas com HAS e/ou DM. A enfermeira irá organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde, estabelecer a periodicidade para a atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. A administradora do posto providenciará junto á gestão o monofilamento 10g para o exame dos pés, através da gestão com a farmácia, semanalmente, as técnicas de enfermagem irão organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas ativas e solicitar a referência e contra-referência para essas pessoas que necessitem de consulta especializada. A médica e administradora irão garantir a solicitação dos exames complementares, estabelecer sistemas de alerta para os exames preconizados e garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos, as técnicas de enfermagem e enfermeira, duas vezes por semana irão realizar o controle de estoques (incluindo validade) de medicamentos e manterá um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com e/ou DM. A auxiliar de odontologia diariamente irá organizar a ação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A enfermeira e medica junto com a técnica de enfermagem do programa e os ACS, mensalmente, no local da associação e no próprio posto de saúde irão orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar quanto a necessidade e periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares. Esses mesmos profissionais irão orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e/ou DM. A médica e enfermeira, durante a reunião de equipe, no posto de saúde irão capacitar a equipe para a realização de exame clínico e dos pés apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia e capacitar a equipe para a

avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Para melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM, a enfermeira e médica irão monitorar semanalmente através dos prontuários, ficha de espelho e planilha de coletas de dados o cumprimento da periodicidade de consultas presentes no protocolo. A enfermeira será a responsável de organizar duas vezes por semana as visitas domiciliares para buscar os HAS e DM faltosos a consultas e de organizar semanalmente a agenda para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes da busca domiciliar. A enfermeira e médica mensalmente, no local da associação, igreja e posto de saúde, irão orientar a comunidade sobre a importância da realização das consultas a pacientes hipertensos e diabéticos, assim como ouvindo as opiniões e estratégias para a não ocorrência da evasão das pessoas com HAS e DM, se esclarecerá ademais sobre a periodicidade preconizada das consultas. A enfermeira irá durante na reunião de equipe, mensalmente, a capacitar a todos os ACS sobre o relacionado à orientação de pessoas com HAS e DM a realizar as consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações, a enfermeira e médica irão monitorar diariamente a qualidade dos registros de pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas na UBS, através dos prontuários, ficha de espelho e registro de coletas de dados; a administradora do posto de saúde se responsabilizará de manter as informações do SIAB e SUS, a mesma, mensalmente irá definir o responsável pelo monitoramento dos registros, pactuarem com a equipe os registros das informações e organizar um sistema de registros que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de riscos, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. A enfermeira e administradora irão orientar mensalmente durante as palestras no local da associação e diariamente no posto de saúde as pessoas com HAS e DM e a comunidade sobre seus direitos com relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a eles. A enfermeira e médica irão uma sexta-feira do mês no horário da tarde no posto de saúde a capacitar a equipe em relação ao preenchimento correto de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com HAS e DM, se utilizara para esta atividade o data show para uma melhor preparação e entendimento.

Para mapear o riscos para doenças cardiovasculares das pessoas com HAS e/ou DM, a enfermeira e médica irão mensalmente através do prontuário médico, ficha de espelho e registro de coletas de dados a monitorar o numero de pessoas com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de riscos por ano; as técnicas de enfermagem irão diariamente a priorizar o agendamento priorizado das pessoas de alto risco. a médica durante a palestras realizadas a população 2 vezes por semana irá a orientar aos usuários da população alvo e a comunidade quanto ao seu nível de risco e á importância do acompanhamento regular ,assim como á importância do adequado controle de fatores de riscos modificáveis. A médica irá durante a reunião de equipe feita mensalmente no posto a capacitar a equipe para realizar adequadamente estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis e á importância dos registros desta avaliação.

Para promover a saúde de pessoas com HAS e/ou DM, a médica e enfermeira semanalmente irão a monitorar através de ficha de espelho e registros de coleta de dados a realização da orientação nutricional, orientação para atividades físicas regular, sobre riscos dos tabagismos e sobre higiene bucal. A enfermeira será a responsável, duas vezes por semana, de organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável e atividades físicas junto com a mesma a administradora irá a demandar junto ao gestor municipal parceiras institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, assim como demandar ao gestor a adesão ao programa nacional de controle do tabagismo do ministério de saúde; a dentista irá diariamente a organizar tempo médio de consultas odontológicas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Realizara-se mensalmente palestra na associação e no próprio posto de saúde com a finalidade de orientar aos pacientes diabéticos e hipertensos junto com suas familiares, sobre a importância de alimentação saudável, pratica de atividades físicas regular, abandono de tabagismo para aqueles pacientes tabagistas, assim como a importância da higiene bucal. O responsável de esta tarefa será a enfermeira e dentista. A médica mensalmente irá a capacitar a todo o equipe de saúde sobre prática de atividade física e alimentação saudável para pacientes hipertensos e diabéticos. Ademais sobre o tratamento de pessoas tabagista e importância da higiene bucal. Local posto de saúde.



Figura 2: Reunião com a comunidade.

### 2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.2- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão 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 usuários com diabetes.

Indicador 2.8- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

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

Indicador 4.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 4.2- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização da intervenção no Programa de Atenção à pessoas com HAS e/ou DM, vamos a utilizar o caderno de atenção básica No15, Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde, Brasília, 2006 e o manual técnico No16, Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Utilizaremos a ficha de espelho de hipertensos e diabéticos disponíveis na unidade de saúde e a planilha de coletas de dados que inclui todas as informações necessárias para coletar todos os indicadores para o monitoramento da intervenção. Pretendemos alcançar com a intervenção 129 hipertensos e 32 diabéticos, portanto, planejamos dispor 161 fichas espelhos. Durante o atendimento clínico das pessoas com HAS e/ou DM, será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção. A mesma será completada pela médica e a enfermeira, assim como o registro da planilha de coletas de dados.

A equipe da UBS já discutiu a análise situacional e a definição de um foco para a intervenção. A partir da definição do foco começaremos a monitorar, semanalmente, toda sexta feira, a quatro horas da tarde, na unidade de saúde, através da ficha espelho e da planilha de coleta de dados as pessoas com HASs e/ou DM com exames laboratoriais, com acesso de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia, com necessidade de atendimento odontológico, com a realização de uma verificação da estratificação de risco, ademais de monitorar a qualidade dos registros e a realização de orientação nutricional, de atividades físicas, riscos de tabagismos e sobre higiene bucal. Esta atividade é feita por médica, enfermeira, dentista e técnicas de enfermagem.

O acolhimento das pessoas com HAS e/ou DM será realizado pela técnica de enfermagem do programa, diariamente, durante os dois turnos (manhã e tarde). Os usuários deste grupo prioritário com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. E os hipertensos e diabéticos sairão da UBS com a próxima consulta agendada segundo o protocolo e requerimento individual. A administradora garantirá através da gestão do município a ficha dos registros de hipertensos e diabéticos, os materiais adequados (esfigmomanômetro, glicosímetro, balança, estetoscópio, fitas métricas e outros), segundo necessidade de demanda, assim como atualizará as informações do SIAB/SUS e providenciará, por meio da gestão da farmácia o monofilamento destinado para o exame dos pés. Os ACS serão os responsáveis depois de ser capacitados junto com os demais profissionais da equipe, por atualizar e garantir adequadamente o preenchimento dos registros, diariamente, durante as visitas domiciliares, com ajuda de todos os profissionais da unidade de saúde, . A realização de estoque e manutenção dos registros das necessidades dos medicamentos serão realizadas pelas técnicas de enfermagem, duas vezes por semana. A médica e o administrador irão garantir a solicitação dos exames complementares e a agilidade do mesmo e estabelecerão sistemas de alertas para os exames, por meio do diálogo e pactuação com a gestão municipal e os laboratórios do nosso município, dependendo de nosso requerimento.

A administradora e enfermeira durante a reunião de equipe feita antes de início da intervenção vão definir as atribuições de cada profissional da UBS relacionado com o exame clínico geral e dos pés dos hipertensos e diabéticos, ademais definirão o responsável pelo monitoramento dos registros e todo o relacionado ao mesmo.

A enfermeira e a administradora irão demandar através do gestor parceiras institucionais, envolvendo a educadores físicos e nutricionistas para esta atividade. A mesma conveniará com o educador físico fazer atividades físicas com este grupo priorizado, duas vezes por semana (terças e quintas-feiras) e com a nutricionista, semanalmente. Ademais a enfermeira será a responsável por estabelecer a periodicidade para a atualização dos profissionais e dispor da versão atualizada do protocolo mensalmente.

A enfermeira mensalmente organizara a capacitação dos profissionais dependendo do tema que irá debater no mês correspondente, semanalmente. Ela organizará a agenda para o acolhimento das pessoas com HAS e DM da busca

domiciliar. Também duas vezes por semana, ela organizará as visitas domiciliares para a busca ativa de usuários faltosos a consultas (no horário da tarde), monitorado através da ficha de espelho e planilha de registro de coleta de dados, assim como as práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividades físicas. Organizaremos a agenda de saúde bucal com o objetivo do atendimento de este grupo de pacientes diariamente segundo a necessidade individual, a responsável desta tarefa é a auxiliar de odontologia e a dentista se responsabilizará, diariamente, por organizar o tempo médio de consultas para garantir orientação em nível individual.

Faremos o contato com o responsável das três igrejas da comunidade e com o responsável da associação de moradores para realizar ações nesses locais, com o público alvo do nosso foco da intervenção, seus familiares e a comunidade em geral, com os objetivos de informar sobre a existência do Programa de Atenção à hipertensos e diabéticos e desenvolver as ações de engajamento público.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

O nosso trabalho cujo tema é “a melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da UBS Vila Moderna, São Luis/RR”, teve como objetivo geral ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ ou DM.

Nós traçamos uma serie de ações, as quais foram desenvolvidas integralmente, apesar das dificuldades encontradas no caminho. Entre as ações realizadas, encontram se o monitoramento do número de pessoas com HAS e/ ou DM, o cadastramento das pessoas com essas doenças, as capacitações dos ACS e dos profissionais em geral, as reuniões da equipe e com os gestores.

Além disso, foram realizados os atendimentos clínicos e odontológicos de forma adequada, as visitas domiciliares com a busca ativa de usuários faltosos a consultas. Nesses casos, realizamos consultas na própria residência do usuário para evitar e recuperar s faltosos. Ademais, cumpriu-se com as ações de engajamento público, realizando se palestras em diferentes locais, atividades físicas com a presença do educador físico, ações de saneamento ambiental, visando eliminar o mosquito aedes. Destacaram se as seguintes dificuldades: falta de transporte para o deslocamento dos profissionais para os lugares de difícil acesso e em ocasiões para o próprio educador físico deslocar se para a comunidade, mas ao longo da intervenção isso foi resolvido, com a gestão feita por a equipe em geral.

Todas estas ações tiveram um bom impacto para nossa comunidade, a população junto com os profissionais fizeram possível a realização de cada uma delas, melhorando assim sua saúde. Pretendemos que a transcorrer dos meses se continue realizando todas as ações e melhorando cada uma delas para assim

cumprir todos nossos objetivos e metas estabelecidas e continuar melhorando a atenção à saúde das pessoas hipertensas e diabéticas e a população em geral.



Figura 3: Visita domiciliar.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As atividades físicas programadas para as semanas três e quatro não foram desenvolvidas, devido à falta de transporte para o educador físico deslocar-se até a comunidade e também pelo fato dele estar envolvido com outras atividades do município. Não obstante com a nossa gestão disponibilizamos o transporte para dita atividades sejam feitas como esta programadas, duas vezes por semana.

Na semana cinco não foi efetivado o atendimento odontológico, pois a cadeira odontológica estava quebrada.

Algumas metas não foram cumpridas mais adotamos medidas para que as mesmas cumprissem ao transcurso dos dias, por exemplo, não se cadastrou o 100% dos hipertensos e diabéticos, por a falta de transporte necessária para a realização das visitas domiciliares e para os atendimentos clínicos nas áreas de difícil acesso, para resolver o problema fizemos gestão com o gestor principal e foi disponibilizado o transporte. Não se cumpriu ademais a realização de exames complementares,

devido a distancia que existe da comunidade ate o centro do município que é donde se encontra o hospital e o laboratório, em quanto a isto fizemos gestão com os mesmos para priorizar a este grupo prioritário; ademais existe em ocasiões déficit reativos, problema que é resolvido por a gestão do município com o estado. E outra meta não cumprida foi o relacionado com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, com relação a este item podemos afirmar que se incentivam cada dia aos hipertensos e diabéticos durante os atendimentos, durantes as atividades físicas e outras ações de saúde a inscrevesse na farmácia popular com resultados relevantes.

Continuara-se a realização de todas as ações para lograr o cumprimento de cada meta estabelecida com o trabalho em equipe e ajuda da população e dos gestores.

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

Durante a coleta e sistematização dos dados, inicialmente alguns dados da ficha espelho e da planilha de coleta de dados não eram preenchidos corretamente. Logo depois de realizarmos a capacitação, conseguimos compreender e nos organizar melhor e os instrumentos acima foram utilizados de forma correta.

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

Realmente foi muito bom para a equipe e para os usuários fundamentalmente, incorporar todas estas ações no dia a dia. Por meio do esforço e a dedicação dos profissionais e também com o apoio da comunidade da Vila Moderna, continuaremos incorporando as ações e melhoraremos aqueles indicadores que ainda faltam atingir 100%, e por tanto continuaremos apoiando-nos em nossa intervenção para cumprir as metas.

O cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle dessas doenças, pois favorece a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários, devendo ser incorporado no

cotidia no do serviço. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção teve a duração de 12 semanas, foi realizada na UBS Vila Moderna e teve como objetivo ampliar e qualificar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos e mais residentes na nossa área de abrangência.

Utilizamos as estimativas da PCD, pois os nossos registros na unidade de saúde não eram atualizados e nem fidedignos. Assim, após inserir o número total da população residente na nossa área, as estimativas para o número de pessoas com HAS e/ou DM foi, respectivamente, 129 e 32.

Participaram da intervenção 61, 77 e 114 pessoas com HAS, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês. Já as pessoas com DM que participaram foi 16, 17 e 25, nos mesmos meses citados acima. Seguem abaixo os resultados obtidos, segundo objetivos e metas estabelecidos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde das pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Em relação à meta 1.1, o número total de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência foi 61 (47,3%), 77 (59,7%) e 114 (88,4%), no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente.

Em relação à meta 1.2, os indicadores de cobertura alcançados foram no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 16 (50%), 17 (53%) e 25 (78,5%).

As metas não alcançaram 100% devido à falta de transporte, impossibilitando o deslocamento dos profissionais da saúde para as áreas de difícil acesso nos dois primeiros meses da intervenção e para os próprios usuários deslocarem até nossa UBS, principalmente aqueles que residem distantes do serviço. Ademais, durante o terceiro mês, todos os funcionários tiveram recesso por causa da reforma da UBS. No terceiro mês, tive minha fêria com uma duração de um mês. Acreditamos que esses fatores limitaram o alcance das metas estabelecidas.

É importante ressaltar que no último mês da intervenção tivemos um aumento relativo de usuários com HAS e/ou DM, uma vez que conseguimos com a nossa gestão disponibilizar um transporte para nossos atendimentos e visitas nas áreas de difícil acesso, áreas onde encontramos e cadastramos um número relevante de pessoas com HAS e/ou DM.

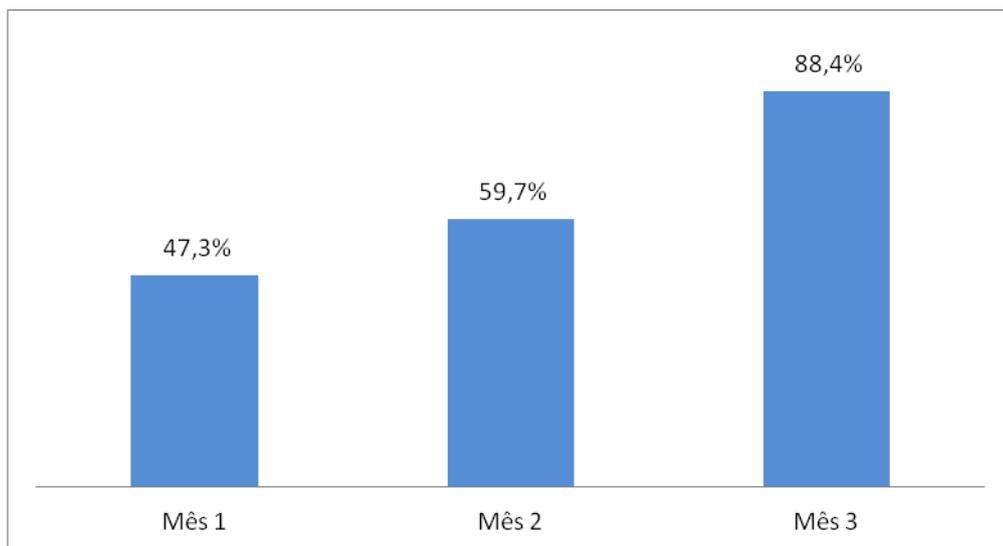


Figura 4: Cobertura do programa de atenção à pessoa com HAS na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

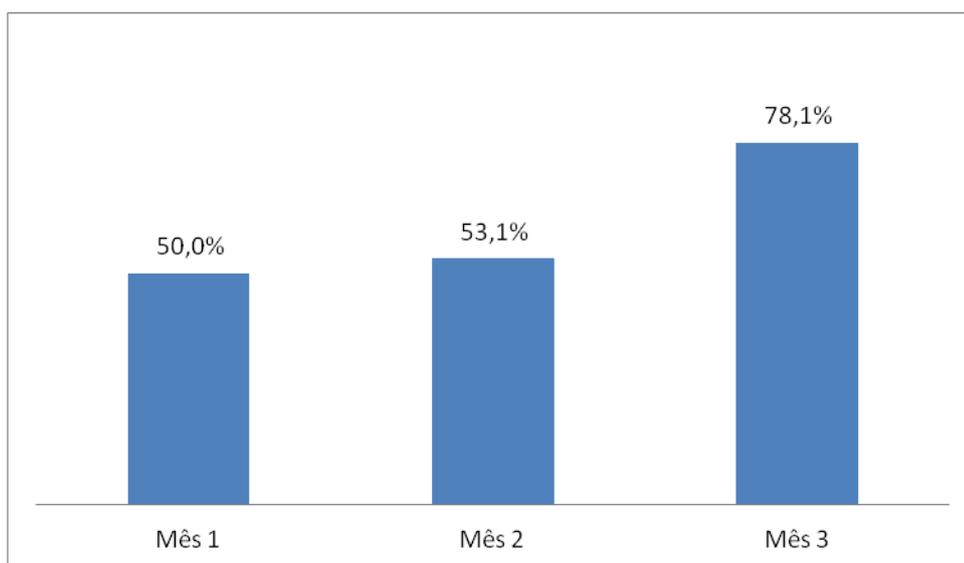


Figura 5: Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com um exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 57 (93,4%), 76 (98,7%) e 114 (100%). Já para os usuários com DM, no primeiro, segundo e terceiro mês o número foi, respectivamente, 15 (93,8%), 17 (100%) e 25 (100%).

Os meses que não atingimos as metas propostas foi produto da existência de usuários faltosos às consultas. Após a realização da busca ativa durante as visitas domiciliares feitas por profissionais de saúde e dos ACS se realizaram o exame clínico completo de cada um deles de acordo com o protocolo tanto na unidade de saúde e na própria residência do usuário.

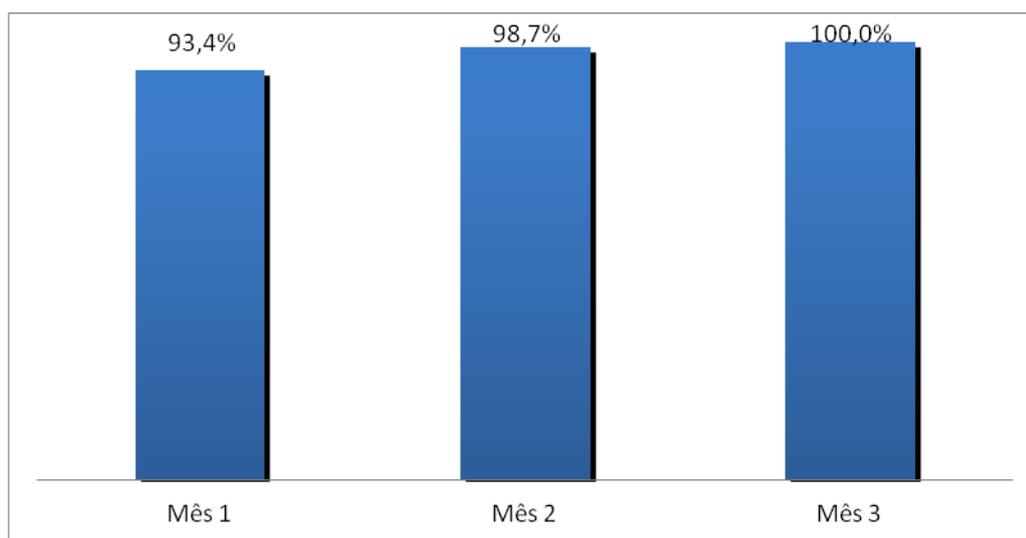


Figura 6: Proporção de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

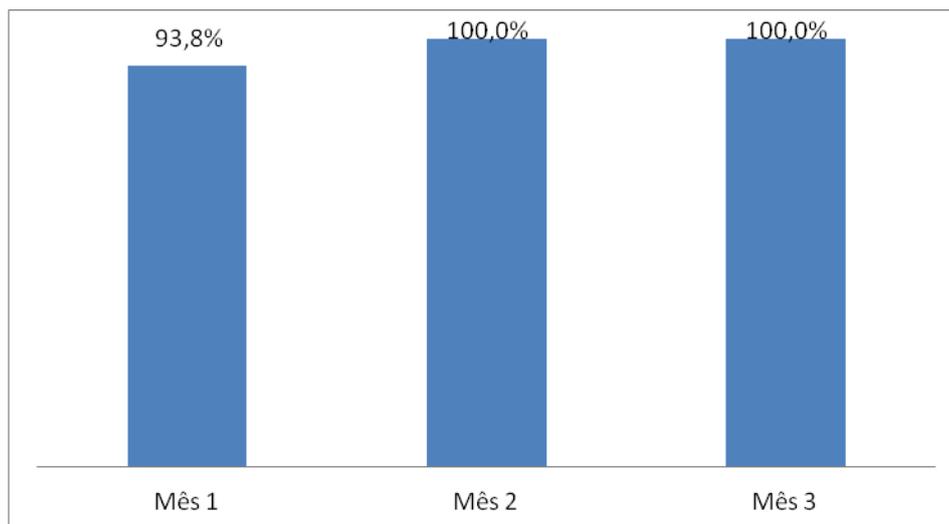


Figura 7: proporção de pessoas com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa e medida da sensibilidade).

O número de pessoas com DM com exame dos pés em dia durante o primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 15 (93,8%), 17 (100%) e 25 (100%).

O indicador no primeiro mês não atingiu a meta, devido à existência de usuários faltosos nas consultas.

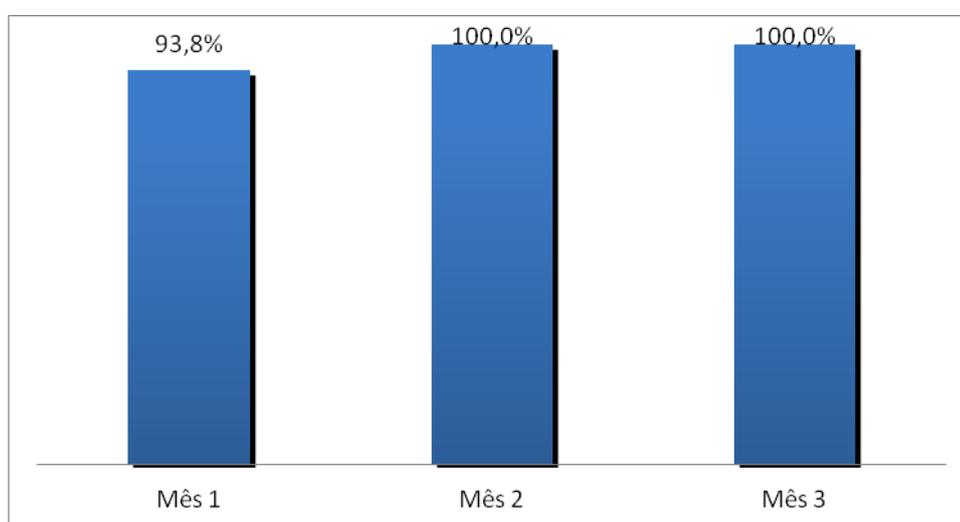


Figura 8: Proporção de pessoas com DM com o exame dos pés em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.4: Garantir 100% das pessoas com hipertensão á solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Garantir 100% das pessoas com diabetes á solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para os usuários com HAS, o número deles com exames complementares em dia no primeiro, segundo e terceiro mês foram, respectivamente, 29 (47,5%), 40 (51,9%) e 70 (61,4%). Já para os usuários com DM, o número foi no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 11 (68,8%), 13 (76,5%) e 22 (88%).

Durante os três meses não alcançamos as metas estabelecidas para os indicadores 2.4 e 2.5 por uma série de fatores que dificultaram, como por exemplo, o problema de transporte para o deslocamento dos usuários aos laboratórios e hospital, a falta de reativos que tivemos no município e a distância que existe da comunidade até o centro do município que é onde se encontra o hospital e o laboratório.

Observa se que no terceiro mês tivemos uma maior proporção, pois aos gestores recomendaram para que o laboratório priorizasse as pessoas com HAS e DM. Esta pactuação foi demorada aproximadamente 2 meses e esperamos que se possa dar continuidade as mesma, para lograr cumprir com a meta estabelecida.

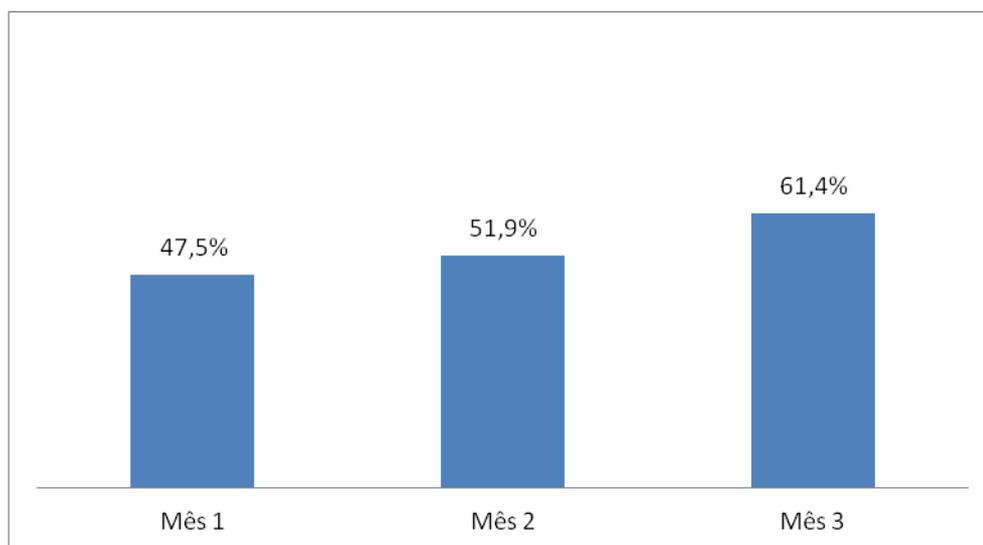


Figura 9: Proporção de pessoas com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

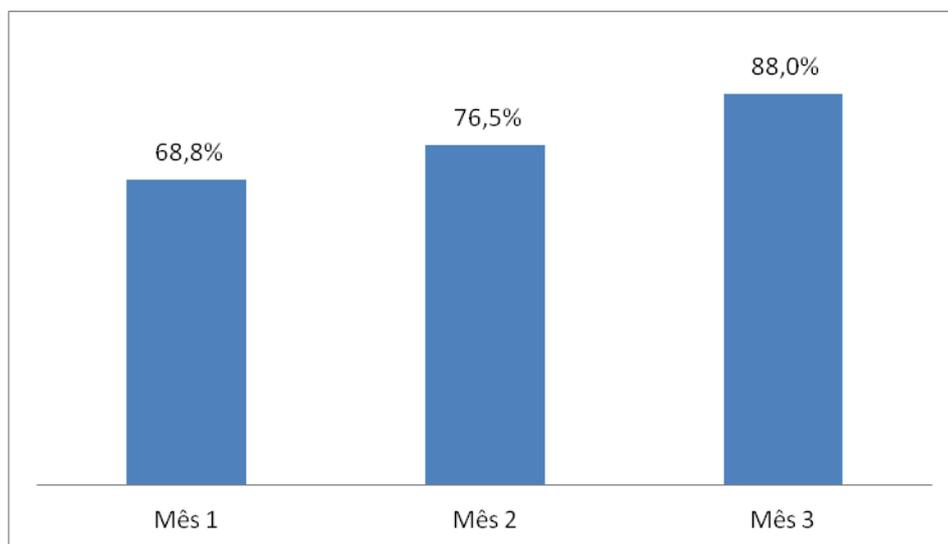


Figura 10: Proporção de pessoas com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrada na UBS.

O primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia foi, respectivamente, 46 (79,3%), 61 (83,6%) e 90 (81,8%). Para os usuários com DM, o número foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês: 15 (93,8%), 17 (100%) e 25 (100%).

Observamos que apesar de não alcançar as metas nos últimos meses tivemos um incremento, fundamentalmente graças a cada ação de saúde feita pela equipe, os incentivos aos usuários à se inscreverem na Farmácia Popular do nosso município. Muitos não estavam cadastrados na farmácia por causa da falta de medicamentos existente. Isso foi melhorando os últimos dias.

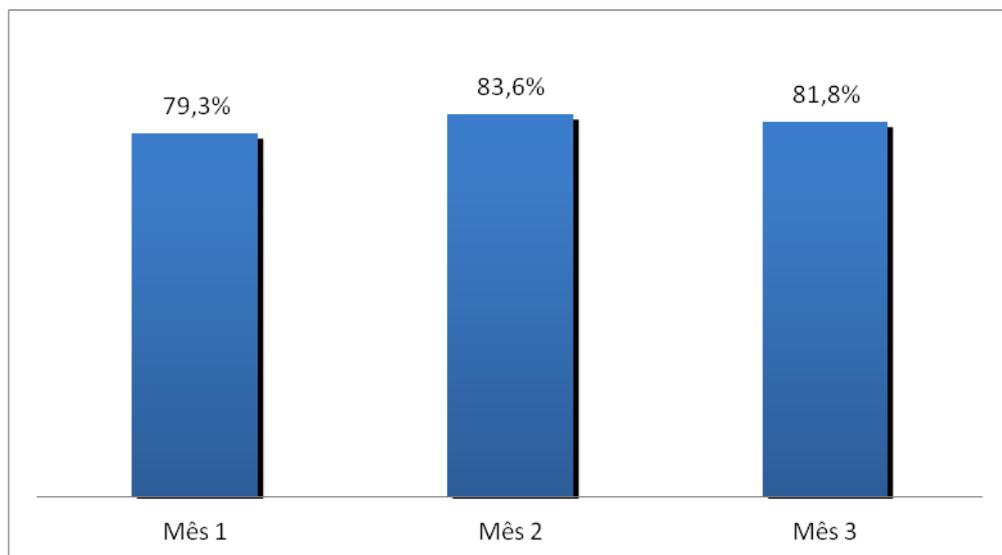


Figura 11: Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.

Fonte: Planilhas de coleta de dados UFPel.

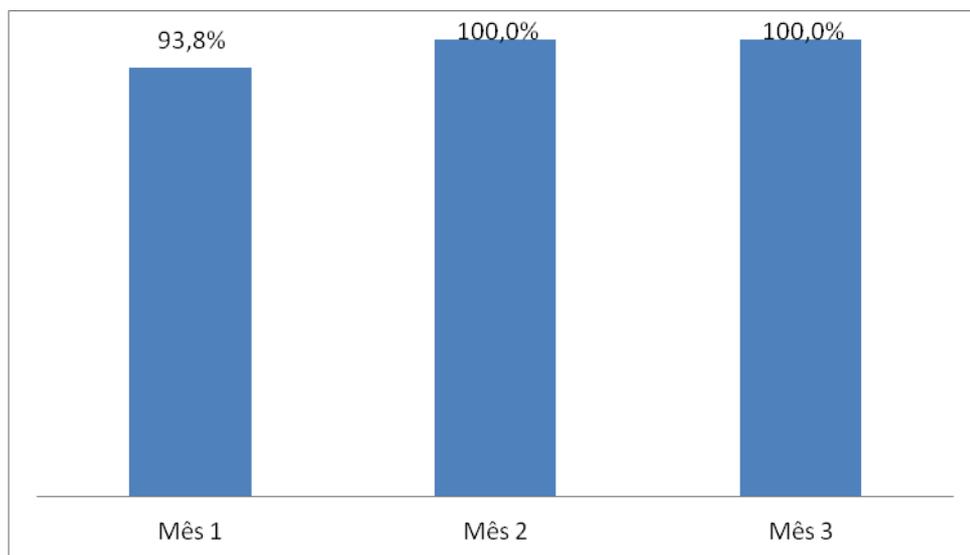


Figura 12: Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ hiperdia priorizada.

Fonte: Planilhas de coleta de dados UFPel.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS.

Meta 2.9: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 29 (47,5%), 40 (51,9%) e 68 (59,6%), enquanto que para as pessoas com DM, os números alcançados foram 14 (87,5), 15 (88,2%) e 24 (96,0%).

Não se atingiu as metas estabelecidas devido à falta de materiais que temos, assim como a ruptura do equipamento odontológico. No último mês tivemos um aumento por causa do apoio da gestão e a parceria que foi realizada com outra equipe de saúde. A partir disso, foi possível esterilizar e utilizar o compressor até a compra desses materiais pela gestão chegar à nossa unidade de saúde. Além disso, as palestras realizadas propiciaram a melhora e o aumento desses indicadores.

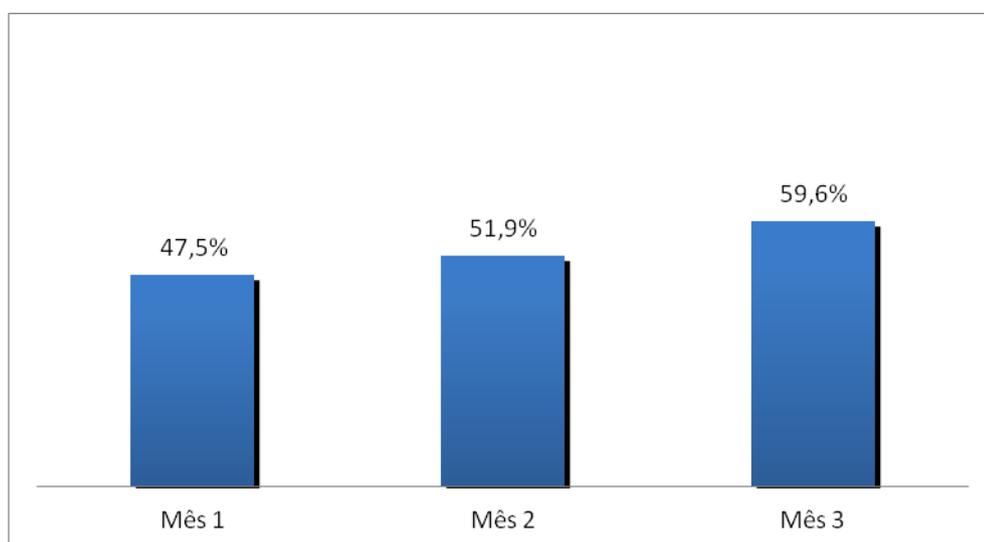


Figura 13: Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

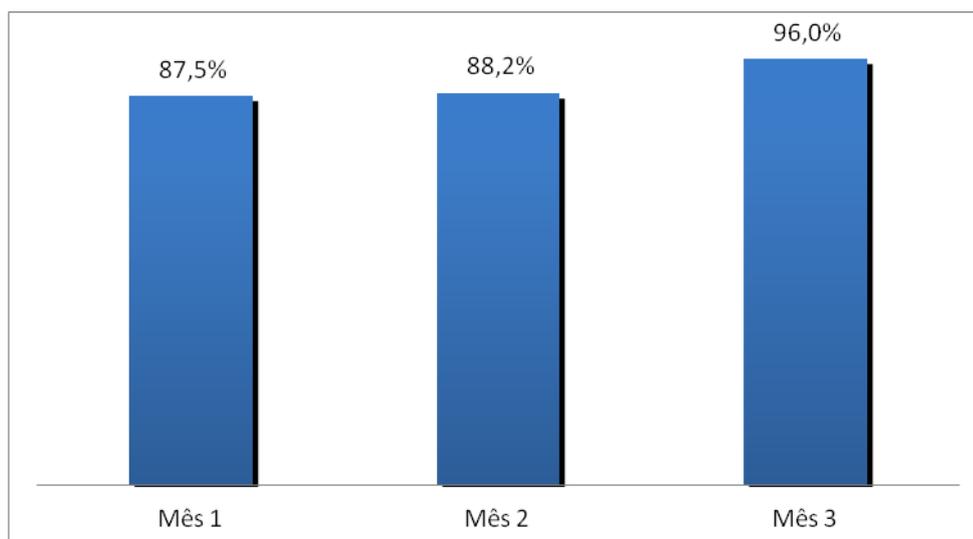


Figura 14: Proporção de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

O número de pessoas com HAS faltosas às consultas de acordo com a periodicidade da busca ativa foi de 9 (100%) e 5 (100%), no primeiro e segundo mês, respectivamente. No terceiro mês não tivemos usuários faltosos, devido ao trabalho realizado pela equipe.

Nós realizamos os atendimentos e as avaliações nas próprias residências deles e incentivamos os usuários a conhecer a importância de assistir a consulta durante todo o espaço e oportunidade tanto individual como coletivo que tivemos com eles.

Em relação às pessoas com DM, o número no primeiro mês foi 1 (100%). No segundo e terceiro mês não tivemos usuários faltosos.

Para essas duas últimas metas nossa equipe conseguiu alcançar o que foi estabelecido.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão e/ ou diabetes

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

O número de pessoas com HAS com registro adequado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 58 (95,1%), 74 (96,1%) e 114 (100%). Para os diabéticos o número foi 16 (100%), 17 (100%) e 25 (100%) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

Os motivos que levaram ao não alcance das metas em alguns meses é o fato da coleta de dados e a organização do registro não ocorrerem de forma sistemática. No momento essas dificuldades já foram superadas, e todos os usuários possuem ficha de acompanhamento. Isso foi possível devido ao trabalho realizado pela equipe e a capacitação realizada a todos os profissionais de nossa UBS.

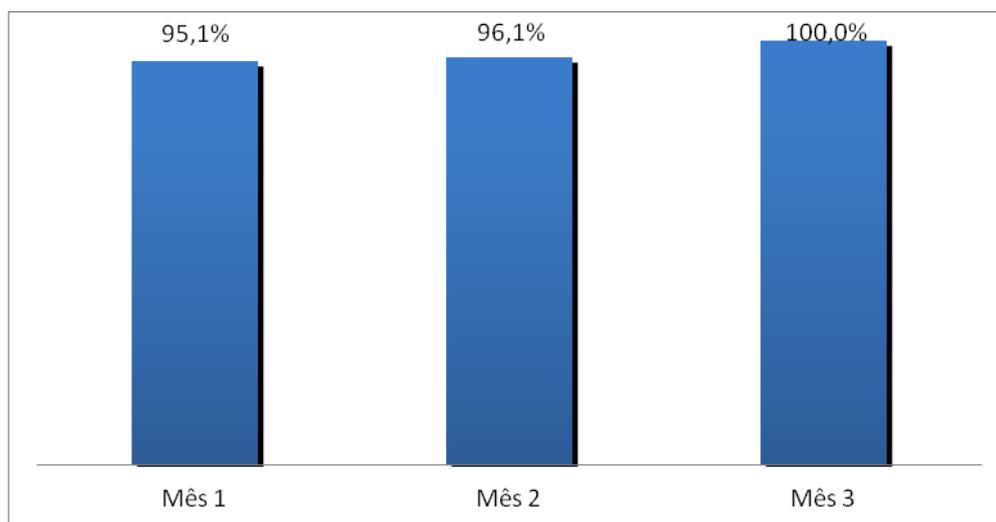


Figura 15 Proporção de pessoas com HAS com registro adequado a ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 5: Mapear o risco para doenças cardiovasculares das pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular foi, respectivamente, 55 (90,2%), 74 (96,1%) e 114 (100%). Para os diabéticos o número foi 15 (93%), 17 (100%) e 25 (100%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente.

Foi possível chegar a nossa meta no segundo e último meses, devido ao bom trabalho feito pela equipe, por meio dos agendamos e priorização dos atendimentos dos usuários com HAS e/ou DM de alto risco e o monitoramento por meio das fichas espelho e a PCD. Ademais, por meio das consultas foram realizadas as estratificação, portanto, ao aumentar o número de consultas, aumentou o número de usuários com estratificação de risco.

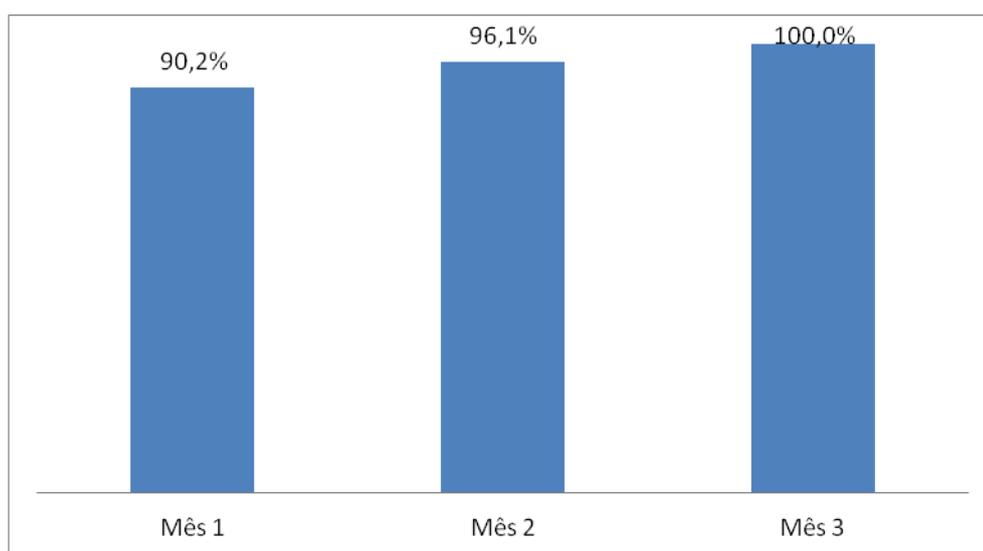


Figura 16: Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

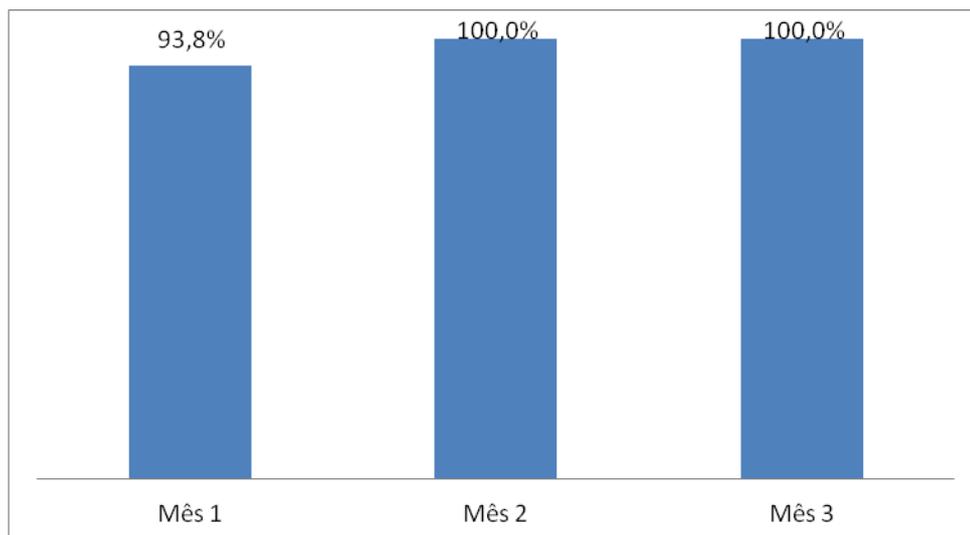


Figura 17: Proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com orientação nutricional no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 61 (100%), 77 (100%) e 114 (100%) e para os diabéticos foi 16 (100%), 17 (100%) e 25 (100%).

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% das pessoas com HAS.

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

O número de pessoas com HAS com orientação em relação à prática de atividade física foi no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 61 (100%), 77 (100%) e 114 (100%). Já para os diabéticos foi 16 (100%), 17 (100%) e 25 (100%).

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM.

Os resultados foram os mesmos que os indicadores anteriores. Para as pessoas com HAS, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 61 (100%), 77 (100%) e 114 (100%), assim como para os diabéticos, 16 (100%), 17 (100%) e 25 (100%) respectivamente.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 61 (100%), 77 (100%) e 114 (100%). Já para os diabéticos foi 16 (100%), 17 (100%) e 25 (100%).

Em todas as metas relacionadas com o objetivo 6, alcançamos ótimo resultados, principalmente devido ao trabalho e o desempenho realizado por cada um dos profissionais da equipe, pela realização de ações de saúde como palestras, a formação dos grupos de atividades físicas com a gestão do educador físico, assim como os momentos de qualificação da prática clínica de cada profissional da saúde.

## **4.2 Discussão**

No início da intervenção, a maioria dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Vila Moderna não estavam cadastrados no Programa Hipertensão e muitos não possuíam prontuários clínicos e, portanto, não cumpriam o tratamento adequado para a sua doença.

Com a nossa intervenção, melhoramos a qualidade da atenção dos usuários, através da realização do exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS e/ou DM, qualificamos o registro das informações, mapeamos o risco cardiovascular, assim como desenvolvemos ações de promoção de saúde em nossa comunidade, garantindo orientação nutricional, orientação sobre o risco do tabagismo, reforçando a importância da realização regular de atividade física e higiene bucal, entre outras.

Nosso trabalho tem muita importância para a equipe, para o serviço e para a comunidade. Trabalhar em equipe foi fundamental para a realização das ações propostas pelo estudo. Todos os profissionais da equipe participaram ativamente.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários com HAS e/ou DM freqüentaram os encontros coletivos de atividades educativas. Eles também ajudaram a melhorar as condições de saúde e de vida da população, ampliar e adquirir novos conhecimentos dos profissionais da equipe.

Segundo o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM foi observado que antes da intervenção alguns usuários não eram cadastrados, após consulta nos prontuários clínicos, as consultas médicas e de enfermagem para hipertensos e/diabéticos acompanhados na UBS Vila Moderna eram ofertadas em apenas dois dias por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários no programa hiperdia.

Com o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo também nos outros dias da semana, percebeu-se que o atendimento prestado ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários com mais calma, incluindo o cadastramento no hiperdia. Também podemos observar que depois de aumentar o número de visitas domiciliares, aumentou o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento das pessoas com HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe da UBS. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar para esta ação em sua rotina de trabalho, como parte do atendimento, além de treinamento específico proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

A capacitação dos ACS e demais profissionais da equipe para a atenção às pessoas com HAS e/ou DM foi muito importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo.

Nessa perspectiva pode se inferir a importância de se continuar realizando a intervenção bem como iniciar outras, considerando outro foco, para proporcionar um

maior conhecimento acerca dos temas relacionados á atenção aos hipertensos e diabéticos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe. Comentar ademais, que depois de começado as capacitações, tivemos melhor resultado quanto ao preenchimento da ficha de espelho e da PCD.

Quanto às atividades educativas realizadas pela UBS, apesar de ser divulgado através de carro de som, cartazes na unidade e em outras áreas tivemos a participação de todos os usuários com HAS e/ou DM.

Fica o desafio para a equipe dar continuidade ao cronograma, continuar programando e supervisionado as atividades a serem desenvolvidos os encontros e a incentivar ainda mais aos usuários.

Após os doze meses da intervenção, constata se uma melhoria considerável na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, apesar de algumas metas não terem atingidos 100%. Nossa equipe vai superar os indicadores que ainda não foram cumpridos seus objetivos e vamos incorporar a intervenção no nosso trabalho diário.

Para isto, continuaremos dando passo ao cronograma, incentivando a população sobre á importância de melhorar seu estado de saúde e continuaremos com as capacitações para todos os profissionais da saúde tanto da nossa unidade como para as outras USB dentro do município.

Este projeto será exemplo para implementar outros na UBS Vila Moderna, daremos início os próximos meses ao projeto relacionado com o programa de crescimento e desenvolvimento.

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

Prezado gestor,

Considerando a baixa cobertura da atenção às pessoas com HAS e/ou DM, o baixo conhecimento sobre as doenças por parte deles, o inadequado preenchimento dos registros das informações e as dificuldades de adesão dos usuários nas consultas programadas, nossa equipe realizou uma intervenção por três meses com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM.

Participaram as pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS Vila Moderna, São Luis/RR. Foram desenvolvidos as ações de acordo com os quatros eixos estabelecidos pelo curso da UFPel: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica.

Os indicadores de cobertura atingidos no final da intervenção foi 88,4% e 78,1%, respectivamente, para a cobertura das pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, atingimos 100% nos seguintes indicadores de qualidade: proporção de pessoas com HAS e DM com o exame clínico em dia; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com exame dos pés ao dia; proporção de pessoas com HAS e DM faltosas a consulta com busca ativa; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com risco cardiovascular por exame clínico em dia; proporção de pessoas com HAS e DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável; proporção de pessoas com HAS e DM com orientação sobre pratica de atividades físicas; proporção de pessoas hipertensas e diabéticas que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e proporção de pessoas com HAS e DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

O trabalho possibilitou a qualificação da prática clínica da equipe, o fortalecimento do controle social, a (re) organização do processo de trabalho da unidade de saúde e um melhor registro, monitoramento e avaliação de nossas ações, conforme os princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária.

As atividades educativas foram realizadas com a presença de um educador físico, as mesmas foram feitas duas vezes por semana. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da UBS Vila Moderna em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

Na perspectiva de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre sua doença, foram realizadas palestras mensalmente, em qualquer local disponível, como em igrejas, local da associação, na praça, na UBS. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo têm possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF.

Foram realizadas as capacitações para ACS e demais profissionais da equipe, darão continuidade das mesmas para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da UBS de Vila Moderna quanto de cada um dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população.

Tudo isso foi possível, devido à participação da comunidade e também ao apoio que você, gestor, nos proporcionou. Obrigado por disponibilizar um transporte para tornar possível a realização das visitas domiciliares aos lugares de difícil acesso, por nos proporcionar os medicamentos na farmácia da UBS e pela gestão de um educador físico para nossa atividade física. As ações foram incluídas na rotina do serviço.

Prezado gestor é muito importante que saiba sobre as dificuldades apresentadas ao longo do trabalho para que possa nos continuar ajudando a resolver os mesmos. Nossa UBS é uma unidade muito pequena que impossibilita a realização de algumas atividades, temos déficit de medicamentos na farmácia da UBS, assim como a ruptura da autoclave, tivemos dificuldade com o transporte para

nosso deslocamento e ainda existe problema para a realização de exames complementares por déficit de reativos fundamentalmente no hospital. Precisamos da restauração e ampliação de nossa UBS, que nos continue apoiando com o transporte, e que logre gestionar os medicamentos e outros materiais que precisamos para um melhor trabalho e melhor atendimento, assim como gestionar os reativos de laboratórios e o arreglo da autoclave, necessária para os atendimentos odontológicos, clínicos e de enfermagem.

Reitero, para sustentarmos esses benefícios bem como melhorarmos ainda mais a saúde de nossa comunidade, precisaremos que você, gestor, continue apoiando a comunidade da Vila Moderna, que participe freqüentemente de nossas atividades com a população, que mensalmente abasteça a nossa farmácia e que continue proporcionando o transporte para a UBS, ademais que faça gestão para a incorporação de uma nutricionista na área.

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

Comunidade,

Nossa equipe de saúde desenvolveu uma intervenção na UBS Vila Moderna para melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes. Assim, as pessoas com diabetes e hipertensão com 20 anos ou mais residentes na nossa comunidade foram quem participaram nesse trabalho.

Após três meses desenvolvendo atividades na comunidade e dentro da UBS, já é possível perceber vários benefícios alcançados. Os profissionais registram melhor as informações dos usuários e isso facilita as ações de monitoramento e avaliação. Além disso, nossa equipe aprendeu e utiliza protocolos de referência para o cuidado das pessoas com essas doenças, pois a intervenção proporcionou momentos de estudos e treinamentos.

As pessoas com essas doenças são priorizadas no atendimento, conseguem seguir o tratamento de forma contínua e possuem a oportunidade de participar de atividades coletivas, de grupo.

Esses bons resultados que conseguimos foi devido não apenas ao apoio da gestão mais também da comunidade. Vocês nos ajudaram bastante ao assistir incondicionalmente e com disciplina durante todas as atividades realizadas, ao cumprir com todas as orientações e ao nos receber com tanto amor em suas casas, assim como ao doar locais de sua propriedade para fazer possíveis as atividades.

As ações foram inseridas na rotina do serviço e pretendemos não apenas manter esses resultados mais melhorar ainda mais a saúde de nossa comunidade. Para isso, precisamos do seu apoio, comunidade, por meio da continuidade de sua assistência a todas as atividades requeridas e continuar com essa disciplina e amor para e com nós.

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

Ser participe deste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o projeto pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional. Tive muitos problemas com a realização das tarefas orientadas, assim como a participação no fórum, fundamentalmente por problemas da internet. Conheci o ambiente virtual de aprendizagem e a meu estimado orientador, Guilherme Barbosa Shimocomaqui que graça a sua ajuda incondicional comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, com ele, aprendeu conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhada.

Ao entender o projeto pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores. E encontrei problemas com a internet, fazendo com que, várias vezes, pensasse em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha família, colegas e orientador, consegui continuar no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na UBS Vila Moderna não seria tão difícil quanto foi. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS de Vila Moderna aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS quanto a sua atenção, além da valorização profissional.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para promovermos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidos na UBS, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários e que trabalhar em equipe faz mais proveitosa à realização de nossas tarefas diárias.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus. Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações da Atenção Básica- SIAB. 2011. Disponível em [HTTP:// WWW.datasus.gov.br/SIAB/index.hph](http://WWW.datasus.gov.br/SIAB/index.hph).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília, DF, 2009.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



## Anexo C-Ficha espelho

  Especialização em Saúde da Família Universidade Federal de Pelotas		PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS <b>FICHA ESPELHO</b>																																																																																																																																																							
Data do ingresso no programa ___/___/_____		Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____																																																																																																																																																							
Nome completo: _____		Data de nascimento: ___/___/_____																																																																																																																																																							
Endereço: _____		Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não																																																																																																																																																							
Nome do cuidador _____		Telefones de contato: _____/_____/_____																																																																																																																																																							
Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não		Tem DM? ( ) Sim ( ) Não																																																																																																																																																							
Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não		Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não																																																																																																																																																							
Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____		Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Medicações de uso contínuo</th> <th colspan="4">FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Data</td> <td>Apresentação</td> <td>Data</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hydrochlorothiazida 25mg</td> <td></td> <td>Glicemia de Jejum</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Captopril 25mg</td> <td></td> <td>HGT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Propranolol 40 mg</td> <td></td> <td>Hemoglobina glicosilada</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enalapril 10 mg</td> <td></td> <td>Colesterol total</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenolol 25 mg</td> <td></td> <td>HDL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Metformina 500 mg</td> <td></td> <td>LDL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Metformina 850 mg</td> <td></td> <td>Triglicérides</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Glibenclamida 5mg</td> <td></td> <td>Creatinina Sérica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insulina NPH</td> <td></td> <td>Potássio sérico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Triglicérides</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>EQU</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Infecção urinária</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Proteinúria</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Corpos cetônicos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Sedimento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Microalbuminúria</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Proteinúria de 24h</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>TSH</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ECG</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hemograma</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hematócrito</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hemoglobina</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>VCM</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS				Data	Apresentação	Data				Hydrochlorothiazida 25mg		Glicemia de Jejum				Captopril 25mg		HGT				Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada				Enalapril 10 mg		Colesterol total				Atenolol 25 mg		HDL				Metformina 500 mg		LDL				Metformina 850 mg		Triglicérides				Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica				Insulina NPH		Potássio sérico						Triglicérides						EQU						Infecção urinária						Proteinúria						Corpos cetônicos						Sedimento						Microalbuminúria						Proteinúria de 24h						TSH						ECG						Hemograma						Hematócrito						Hemoglobina						VCM			
Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS																																																																																																																																																							
Data	Apresentação	Data																																																																																																																																																							
Hydrochlorothiazida 25mg		Glicemia de Jejum																																																																																																																																																							
Captopril 25mg		HGT																																																																																																																																																							
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada																																																																																																																																																							
Enalapril 10 mg		Colesterol total																																																																																																																																																							
Atenolol 25 mg		HDL																																																																																																																																																							
Metformina 500 mg		LDL																																																																																																																																																							
Metformina 850 mg		Triglicérides																																																																																																																																																							
Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica																																																																																																																																																							
Insulina NPH		Potássio sérico																																																																																																																																																							
		Triglicérides																																																																																																																																																							
		EQU																																																																																																																																																							
		Infecção urinária																																																																																																																																																							
		Proteinúria																																																																																																																																																							
		Corpos cetônicos																																																																																																																																																							
		Sedimento																																																																																																																																																							
		Microalbuminúria																																																																																																																																																							
		Proteinúria de 24h																																																																																																																																																							
		TSH																																																																																																																																																							
		ECG																																																																																																																																																							
		Hemograma																																																																																																																																																							
		Hematócrito																																																																																																																																																							
		Hemoglobina																																																																																																																																																							
		VCM																																																																																																																																																							

## **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