

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS**

**Lienys Sobrado Garcia**

**Pelotas, 2015**

**Lienys Sobrado Garcia**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS**

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

Orientadora: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G216m Garcia, Lienys Sobrado

Melhoria da Atenção a Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS / Lienys Sobrado Garcia; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família que depositou confiança em mim e me apoiou em tudo, tendo paciência pela ausência durante o tempo todo. Em especial as minhas filhas que são a razão de minha vida.

## **Agradecimentos**

A minha orientadora, Mônica Bergmann C. Vohlbrecht agradeço a sua presença permanente ao longo do curso. Sua compreensão em todos os momentos de dificuldade.

A Equipe de Saúde da Família da UBS Santa Terezinha, pela compreensão e pela ajuda na implementação da intervenção e ações desta Especialização.

Aos usuários que concordaram em participar neste projeto tornando possível sua realização.

Enfim, a todos aqueles que de um modo ou de outro, contribuíram para que este trabalho fosse concluído com sucesso, meu sincero agradecimento.

## Resumo

GARCIA, Lienys Sobrado. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Santa Teresinha, Pelotas/RS.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2013). O Diabetes Mellitus configura-se hoje uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Segundo o Ministério da Saúde (2013), a cada dez segundos, uma pessoa morre no mundo em consequência das complicações do diabetes. Pelo menos, uma em cada dez mortes entre adultos de 35 a 64 anos no mundo por conta da doença. No Brasil é estimado que existam cerca de 11 milhões de portadores de diabetes, sendo que 7,5 milhões já sabem que tem a doença. Em todo o mundo, há 246 milhões de pessoas com diabetes. Tendo em vista que estas doenças constituem um problema mundial, e devido a necessidade de melhorar a cobertura deste programa, a equipe escolheu realizar a intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Santa Teresinha. Considerando-se para a intervenção aumento da cobertura e da adesão, qualificação da atenção, registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção saúde. Utilizaram-se como referências os protocolos 36 e 37 do Ministério da Saúde (MS) e os instrumentos disponibilizados pelo curso: as fichas-espelho e a planilha de coleta de dados digital. Na área adstrita há 6.876 usuários, sendo estimados 1.537 com hipertensão e 439 com diabetes para uma cobertura de 28% em ambos, pois, eram acompanhadas 434 e 121 pessoas respectivamente. A intervenção foi realizada com 284 pessoas com hipertensão e 84 com diabetes, alcançando a cobertura de 54,3% de usuários hipertensos cadastrados no programa e 65,1% de usuários diabéticos cadastrados. Em relação à qualidade do serviço atingiu-se 100% de hipertensos e diabéticos com exames clínicos, 95,8% (272) dos hipertensos, 98,8% (83) dos diabéticos com exames complementares e com estratificação de risco cardiovascular, 100% de atividades de educação em saúde. Entretanto, a Saúde Bucal se mantém precária dadas as circunstâncias do processo de trabalho, sendo avaliados com relação a necessidade de atendimento odontológico 233 (82%) para hipertensos e 75 (89,3%) para diabéticos. A ação programática voltada aos hipertensos e/ou diabéticos foi incorporada a rotina da unidade. E embora tenhamos limitações da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, foi possível alcançar melhorias no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 01	Figura 01. Equipe da UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS. 2015.	13
Figura 02	Figura 02. Fotografia da reunião de equipe. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	15
Figura 03	Figura 03. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	48
Figura 04	Figura 04. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	53
Figura 05	Figura 05. Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	54
Figura 06	Figura 06. Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	55
Figura 07	Figura 07. Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	56
Figura 08	Figura 08. Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	57
Figura 09	Figura 09. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	58
Figura 10	Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	59
Figura 11	Figura 11. Gráfico da proporção de hipertensos com	60

avaliação da necessidade de atendimento odontológico  
UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Figura 12	Figura 12. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	61
Figura 13	Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	62
Figura 14	Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	63
Figura 15	Figura 15. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	64
Figura 16	Figura 16. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	65
Figura 17	Figura 17. Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	66
Figura 18	Figura 18. Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	67
Figura 19	Figura 19. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	68
Figura 20	Figura 20. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	69
Figura 21	Figura 21. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	70
Figura 22	Figura 22. Fotografia atividade com grupo de	71



hipertensos e diabéticos da UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Figura 23	Figura 23. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	71
Figura 24	Figura 24. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	72
Figura 25	Figura 25. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	73
Figura 26	Figura 26. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	74
Figura 27	Figura 27. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.	75

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DIU	Dispositivo Intrauterino
DOE	Dialogo Orientador de Especializando
EAD	Especialização à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSM	Pronto Socorro Municipal
PA	Pronto Atendimento
RS	Rio grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	42
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão .....	77
5 Relatório da intervenção para gestores .....	80
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	85
Referências .....	87
Anexos .....	88

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, no município de Pelotas, RS, intitulada “Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS santa Terezinha, Pelotas/RS”.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho:

Unidade 1 - Análise Situacional foi realizada o reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas.

Unidade 2 - Análise Estratégica consistiu na realização do projeto de intervenção.

Unidade 3 - Intervenção com duração de 12 semanas, na qual descreve a intervenção realizada na unidade de saúde.

Unidade 4 - Avaliação da intervenção possibilitou avaliar resultados e realizar a discussão.

Unidade 5 - Possibilitou a divulgação ao gestor a realização e a melhoria da atenção prestada nessa ação programática.

Unidade 6 - Possibilitou a divulgação à comunidade acerca das potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 7 - Apresenta a reflexão crítica realizada após a finalização da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A Secretaria de Saúde está estudando alternativas para melhor e acomodar as equipes que estão se constituindo, visto que a Unidade Básica de Saúde (UBS) atende no modelo tradicional até nossa chegada. A Secretaria Municipal de Saúde está fazendo um processo licitatório para seleção de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), com o objetivo de implementar equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Estou muito orgulhosa de fazer parte e espero contemplar com meus maiores esforços contribuindo no seu desenvolvimento. Nossa equipe mantém uma boa relação de trabalho, da mesma forma em relação a comunidade.

Além disso, estamos fazendo atividades na comunidade como visitas domiciliares a usuários idosos, com doenças crônicas e incapacitantes. Ainda faltam muitas coisas para fazer no sentido de ações de ESF, sendo que atualmente, realizamos atendimento de urgência e emergência, não tendo todos os recursos necessários, entretanto, curativos, alguns procedimentos, notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis estão sendo realizados. As reuniões de equipe estão ficando cada vez mais organizadas. Existe mapeamento da população na UBS, na qual estou trabalhando, a equipe atual está muito interessada em fazer parte do programa, embora faltam muitas coisas por fazer, mas temos a maior disposição para continuar o trabalho.

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

O município de Pelotas, Rio Grande do Sul, cuja população é de 341.180 habitantes (IBGE, 2013), possui sistema de saúde constituído por 51 Unidades

Básicas de Saúde (UBS), sendo destas, 31 Estratégias de Saúde da Família e 19 Tradicionais, 01 Centro de Especialidades (Médicas), 01 Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI Navegantes), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Jequitibá, 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 06 hospitais (02 universitários, 03 filantrópicos, 01 privado). Portanto, disponibiliza atenção de baixa, média e alta complexidade. Ainda não possui Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, localizada na zona urbana, distrito zona norte, ainda oferece serviço de saúde como modelo tradicional de atendimento, estando, neste momento, em fase de transição para Estratégia Saúde da Família, na qual serão implantadas duas equipes. O atendimento na UBS ocorre nos turnos de manhã e tarde, através de duas médicas do Programa “Mais Médicos para o Brasil”, um assistente social, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. A equipe ainda não conta com agentes comunitários de saúde (ACSs) visto que o processo de seleção pública está em tramites, mas existe a previsão de que em breve aconteça.



Figura 01. Equipe da UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS. 2015.

A estrutura física da UBS é inadequada para a implantação de duas equipes de ESF, sendo insuficiente sua área física, pois é uma casa alugada pela prefeitura, adaptada para unidade de saúde. Não possui sala para ACSs, mas as

reuniões podem ser feitas no salão onde acontecem as atividades com os grupos. Faltam consultórios próprios para enfermagem. Não há farmácia somente uma pequena sala onde é guardada a medicação e fornecida para os usuários. Não há sala de nebulização própria, pois é compartilhada com a sala de curativos, assim como não há sala de guarda de arquivos de prontuários, sendo compartilhada com a recepção. A sala de puericultura é a mesma sala de vacinas coisa que dificulta o atendimento e faz com que fique mais demorada as consultas. Sendo assim, a estratégia viável para melhorar esta situação é a transferência das equipes de saúde para outro prédio ou a construção de um novo.

Já em relação aos aspectos positivos pode-se citar o acesso ao atendimento médico que a população precisa e a melhoria na qualidade destes pela comunidade, visto que hoje toda a população é atendida, tanto através de agendamento (feito pelas médicas numa situação específica) quanto de demanda espontânea e oferecida uma atenção de qualidade, pois as duas médicas são Especialistas em Saúde Familiar. Elas têm a responsabilidade de cuidar da saúde dessa comunidade que fica abaixo da sua guarda. Como aspecto negativo, aponta-se, ainda a ausência dos agentes comunitários de saúde e também, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como grupos de educação em saúde para os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (Pré-Natal, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, adolescentes.). Como alternativa a este problema, acredita-se que a complementação das equipes seja feita no próximo mês e possa adequar o serviço de atenção primária à saúde, cumprindo com as metas propostas.

As futuras duas equipes de ESF que serão implantadas através do Programa Mais Médicos atenderão uma população estimada de 6.876 pessoas na área adstrita, sendo o perfil demográfico demonstrado abaixo, conforme Caderno de Ações Programáticas (UNASUS).

Quadro 1 Perfil demográfico da população adstrita a UBS Santa Terezinha. Pelotas/RS, 2015.

Mulheres em idade fértil (10-49)	2133
Mulheres entre 25 e 64 anos	1893
Mulheres entre 50 e 69 anos	710
Gestantes na área – 1,5% da população total	103.14
Menores de 1 ano	83
Menores de 5 anos	166
Pessoas de 5 a 14 anos	1020
Pessoas de 15 a 59 anos	4504
Pessoas com 60 anos ou mais	938
Pessoas entre 20 e 59 anos	3941
Pessoas com 20 anos ou mais	4879
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	1537
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	439

Fonte: Caderno de Ações Programáticas. UNASUS/UFPel. Pelotas/RS, 2015.

Portanto a estrutura das equipes após sua implantação e complementação com ACSs, não ficarão adequadas, conforme Portaria 2.488/2011, que estabelece como parâmetro ideal 3.000 pessoas por equipe na ESF que pode diminuir se tivesse população em situação de comunidades indígenas ou quilombolas. Adverte-se que se fizermos uma divisão igualitária cada equipe ficaria com 3.438 usuários.

Com o ingresso de duas médicas generalistas, o atendimento a demanda espontânea foi intensificado, melhorando a estabilidade e suprindo a necessidade, evitando sobrecarga em algum profissional ou população desassistida. O mesmo é feito em qualquer turno de trabalho com independência da equipe que faça o atendimento do usuário que precise nesse momento, mas marcando a próxima consulta com a médica que faz parte da equipe dessa população alvo. Até agora não existe excesso na demanda espontânea e os casos com urgências são atendidos na hora e recebem o encaminhamento adequado. Vale lembrar que antes deste programa, a população ficava aguardando por horas nos Pronto Socorro



Municipal (PSM) ou Pronto Atendimento (PA) e na maioria das vezes o problema poderia ter sido resolvido na UBS do bairro.

Quanto à saúde da criança, o programa não está bem executado, tanto em puericultura quanto em vacinação. Na faixa etária de menores de 1 ano, a cobertura é 22%. Temos uma estimativa pelo Caderno de ações Programáticas (CAP) de 83 crianças, sendo que apenas 18 são acompanhadas na unidade. A atenção à saúde da criança não está estruturada de forma programática e contínua, pois o serviço atual é feito na demanda espontânea (mãe ou responsável é quem traz a criança à UBS, sem haver o serviço de busca aos faltosos ou grupos de promoção de saúde).

Já em relação à faixa etária até 72 meses, não se tem indicadores na UBS e o serviço é ofertado da mesma maneira. Sendo assim, pode-se dizer que o atendimento a criança menor de um ano é realizado com maior acompanhamento da equipe de saúde, mas ainda insuficiente quanto à promoção em saúde. A população ainda não dispõe de atividades de prevenção de doenças ou promoção de saúde fora da UBS, como grupos de educação em saúde (só funciona o grupo voltado para hipertensão e diabetes), a prevenção é feita somente durante o atendimento dos profissionais, tanto pela falta de estrutura física na UBS quanto pela falta de profissionais na equipe mínima de ESF (ACSs), não havendo assim planejamento ou monitoramento das referidas ações.

Em relação ao Pré-Natal, a gestante é atendida desde a confirmação diagnóstica que na maioria das vezes não ocorre no primeiro trimestre (limitado pela pouca disponibilidade dos exames diagnósticos) com 16% de atendimentos a gestantes e 22% a puérperas (no qual até o mês passado era feito pelo ginecologista). A estimativa segundo o CAP é que se tenha 103 gestantes na área adstrita só que a unidade só acompanha 17, já para as puérperas a estimativa é de 83 e apenas 18 são acompanhadas na unidade. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática conforme protocolo do Ministério da Saúde, o problema detectado é a descontinuidade da assistência por parte das gestantes ao serviço, sendo que neste momento, ainda não existe busca ativa das faltosas a consultas agendadas. O registro é feito na carteira da gestante e no prontuário, mas não há monitoramento nem avaliação das ações. Como aspecto positivo pode-se citar a qualidade do atendimento, assim como a forma que é proposta, através de agendamento subsequente (quando a gestante sai da consulta já deixa a próxima agendada). Já a adesão não é a esperada, pois muitas consultam

fora de área ou com outros especialistas e só voltam para a UBS se são referidas. Para melhorar estes indicadores é preciso iniciar a busca ativa das mulheres em idade fértil que estão grávidas, mesmo aquelas que desejam engravidar no futuro, para preparar e avaliar os fatores de risco que possam ser modificados.

Quanto a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, a mesma é feita de forma “secundária”, ou seja, quando o exame é uma indicação de rotina ou sob pedido da própria usuária (iniciar o uso de Dispositivo Intrauterino (DIU) ou queixa de sintomas ginecológicos). As ações estão estruturadas de forma assistencial conforme a demanda, no protocolo do Ministério da Saúde. Pode-se considerar a falta de ações programáticas à população-alvo como ponto negativo e não ter registradas as usuárias que tem risco incrementado para um melhor seguimento. O enfermeiro desenvolve este serviço, não existe monitoramento nem planejamento das ações por outro profissional. Na UBS temos somente 4% de cobertura no atendimento da população feminina entre 25 e 64 anos, indicador muito baixo para o programa, sendo que a estimativa segundo o CAP é de 1.893 usuárias nessa faixa etária e apenas 84 são acompanhadas pela unidade. Já com relação a cobertura de câncer de mama, temos em acompanhamento apenas 76 (11%), sendo que a estimativa é que se tenha 710 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos na área da unidade. A meta principal seria o cadastramento de 100% das mulheres e incluir as que já tem vida sexual ativa.

A atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes não possui número exato de cadastrados, pois não tem sido acompanhado regularmente. Segundo a estimativa do CAP são 1.537 pessoas com hipertensão residentes na área, desses apenas 434 (28%) são acompanhados, já para diabéticos a estimativa é de 439 e temos acompanhados 121 (28%). Os usuários hipertensos e/ou diabéticos são atendidos conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS), mas a consulta médica é conforme demanda espontânea, sem busca ativa aos faltosos ou monitoramento nem planejamento das ações. Mas, muitos usuários ainda possuem cadastro em outra UBS.

Com o advento da Farmácia Popular nota-se que houve diminuição destes usuários na UBS, mensalmente, em busca dos medicamentos, visto que a receita é válida por 4 meses. Na nossa UBS tem um grupo de hipertensos e diabéticos, com os quais fazemos ações de promoção e prevenção no âmbito da UBS que poderá mudar quando iniciar a ESF.

Acreditando-se que a expectativa de vida é determinada pela qualidade da atenção primária em saúde e fatores biopsicossociais, a UBS tem cobertura de 33% no programa Saúde do Idoso, que é desenvolvida através do Protocolo do MS, por enquanto sem planejamento nem monitoramento das ações. Nota-se que da estimativa de 938 idosos, segundo o CAP, apenas 306 fazem acompanhamento na UBS. A falta de grupos de educação em saúde é um ponto negativo, mais tendo em vista que a maioria dos hipertensos e diabéticos são idosos também ficamos ganhando nesse sentido como grupo com atendimento e desenvolvimento de uma ação de Educação em saúde coletiva. Como ponto positivo, cita-se a boa adesão destes 33%, que consultam regularmente e cumprem com as orientações médicas. A equipe de enfermagem junto à médica desenvolve ações de saúde com um grupo de idosos no âmbito da UBS (controla o estado nutricional, avalia o risco de quedas, faz teste cognitivo para avaliar estado psicológico e outras ações).

Para melhorar a qualidade do atendimento precisa-se de ações (exame de Avaliação Multidimensional Rápida) que não estava sendo feito antes de nossa chegada, pois a clínica geral não atendia a população maior de 60 anos sem ter antes uma avaliação pelo especialista em Geriatria. No momento do mapeamento pela Secretaria de Saúde Municipal começou-se nas consultas a implantação deste teste para avaliação de risco de morbimortalidade na população alvo.

Em relação à saúde bucal não podemos fazer um análise da mesma porque, embora se tenha uma odontóloga, só se faz consulta a demanda espontânea da população e não se trabalha com grupos específicos.

Como maior desafio que a UBS Santa Terezinha apresenta é a implantação das duas equipes de ESF completas, assim como estrutura física adequada. Já os pontos positivos que podem ser destacados é a motivação da equipe quanto à mudança de modelo de atendimento, a migração do modelo tradicional para ESF.

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

Durante o curso de especialização, desde a realização da tarefa da segunda semana de ambientação até a tarefa de análise situacional, observo que existem diferenças. Hoje não existe mais demanda reprimida para atendimento médico, pois todo usuário é atendido, seja por livre demanda, ou demanda programática,

trazendo assim, satisfação à população. Entretanto os encaminhamentos para especialistas e exames de média complexidade permanecem na mesma situação e os encaminhamentos para especialistas, assim como exames seguem com tempo de espera, muitas vezes, indeterminado ou quando agendados não atendem mais a necessidade do usuário, que já passou a ser outra, ou já realizou no sistema privado, ou foi a óbito, posso dizer que na unidade em que trabalho é oferecido atendimento a todas as pessoas de diferentes grupos etários, mas acredito que esta atenção tem possibilidade de melhorar agora que conheço com mais profundidade como funciona verdadeiramente uma ESF, graças a este curso.

Na análise situacional foi possível identificar as fragilidades do serviço, conforme o caderno de ações programáticas evidencia, bem como as necessidades da população, servindo como uma radiografia do serviço, embasando para escolha do foco no qual realizarei a intervenção. Também me possibilitou atuar “em saúde” conforme necessidade da população através da estrutura, processo e resultados que não podem ser dissociados para a avaliação dos serviços, que muitas vezes não são levados em conta pelos profissionais.

Comparando a tarefa da segunda semana de ambientação com a atual, é possível que se perceba ainda a ausência do modelo de atendimento em APS focada na prevenção de doenças e promoção de saúde, pois o modelo curativo segue como o principal. Nesta linha, evidencia-se que é fundamental o diagnóstico de saúde da comunidade, para que seja possível o início da mudança de tal modelo e assim, seja trabalhada com a população a importância da cultura da prevenção e educação em saúde para melhorar indicadores. O que depende de nossa intervenção profissional humanizada que será feito com vontade máxima.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Uma das doenças crônicas mais frequentes é a Hipertensão Arterial e o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (BRASIL, 2013). O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, o número de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006). Segundo Ministério da Saúde (2013), a cada dez segundos, uma pessoa morre no mundo em consequência das complicações do diabetes – são 3,2 milhões de mortes por ano. Levando em consideração que estas doenças constituem um problema mundial além de ser uma das queixas mais frequentes dos usuários nas consultas e a repercussão para a saúde, eu juntamente com minha equipe decidi fazer a intervenção sobre este tema.

Na minha UBS temos duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) compostas por: médicas clínicas gerais (2), enfermeiros (2), técnicos de enfermagem (2), assistente social (1), Agente Comunitário de Saúde (ACS) (ainda não estão completos). A estrutura física é adaptada, pois o local é uma casa de família que foi alugada pela prefeitura, mas contamos com dois consultórios médicos, um para enfermagem, uma sala de vacinas e puericultura, uma sala de curativos e nebulização, uma sala de reuniões, uma recepção com sala de arquivos para os prontuários e uma sala de espera com cadeiras suficientes para os usuários

das equipes. Conforme estimativa a Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha, possui 1.537 pessoas hipertensas, mas somente 28% (434) estão cadastrados. Assim como a estimativa de diabéticos de 439 pessoas apenas 28% (121) são acompanhados. Vale ressaltar que a UBS ainda não está com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantado, mas já estamos em processo de implementação com a chegada dos agentes comunitários e a formação das equipes de trabalho.

A população total da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Terezinha é de 6.876 usuários para a formação de duas equipes de saúde com a implementação da ESF. Pode-se dizer que em nossa UBS há muitas dificuldades, por exemplo, no caso da Hipertensão: só temos 50% (215) com a realização de estratificação do risco cardiovascular, 80% (348) de nossos usuários tem atrasos nas consultas agendadas em mais de 7 dias, só 20% (86) têm feito seus exames complementares em dia, só 20% (86) tem sido orientado sobre a importância da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, não temos avaliados na atenção à saúde bucal. No caso da Diabetes também temos dificuldades, pois 28% (121) são acompanhados na UBS, 68% (82) apresentam atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, só temos 49% (59) com estratificação de risco cardiovascular, apenas 32% (39) tem feito seus exames complementares em dia, 39% (39) tem realizado o exame físico dos pés e 39% (39) dos pulsos, de todos nossos diabéticos 39% (39) receberam orientações sobre a prática de exercício e dieta saudável.

Acredita-se que a intervenção pode ajudar a melhorar os indicadores de saúde da UBS, irá oferecer maior relação entre os usuários e os profissionais de saúde, aumentar o conhecimento das doenças e suas possíveis complicações, proporcionar maior cobertura populacional realizando o cadastramento da população de hipertensos e/ou diabéticos, priorizar o atendimento, organização de visitas domiciliares na busca de faltosos, avaliação e monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA, treinamento dos ACSs para educação em saúde aos usuários e familiares. São desenvolvidas na UBS ações de promoção em saúde com a formação de um grupo de pessoas com hipertensão e diabetes com os quais vamos fazer importantes atividades de promoção e prevenção à saúde. Neste momento a implementação da ação programática ainda não está sendo feita devido à inexistência da equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família, visto que a UBS ainda trabalha no modelo tradicional de Atenção Primária em Saúde, com duas

turmas de trabalho (manhã e tarde), dificultando qualquer ação do ponto de vista programático, sendo esta a principal limitação existente. A intervenção proporcionará melhor qualidade de vida à população adstrita à UBS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Santa Terezinha/Pelotas, RS.

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

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

Meta 1.1 – Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 – Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

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

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

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

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

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

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

Meta 2.7 – Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8 – Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

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

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Meta 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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



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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saude(UBS) Santa Terezinha, no Município de Pelotas, RS. Participarão da intervenção 769 hipertensos e 220 diabéticos com 20 anos ou mais de idade residentes na área de abrangência.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

Meta: cadastrar 50% dos hipertensos e diabéticos da área no programa da UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa da UBS.

Detalhamento: Capacitar ACS para o levantamento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência e garantir o registro de hipertensos e diabéticos na UBS.

Organização e Gestão do serviço:

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

- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão e realização de glicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira devem manter registro ativo e atualizado em cada atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos. A equipe tratará sobre o tema da qualidade do acolhimento nas reuniões da mesma para qualificar esta ação desempenhada no dia-a-dia do serviço. A equipe manterá avaliação e calibragem dos equipamentos no tempo oportuno, solicitando a revisão à secretaria municipal de saúde.

#### Engajamento Público:

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

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

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

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

Detalhamento: Para essas ações serão divulgadas informações em murais, cartazes, folhetos e serão realizadas conversas semanais antes de começar a consulta, no grupo de hipertensos e diabéticos.

#### Qualificação da Prática Clínica:

-Capacitar os ACSs para o levantamento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste.

Detalhamento: Fazer reunião mensal com os Agentes de Saúde para orientar sobre o levantamento dos usuários e dúvidas com a realização desse processo. A médica e a enfermeira deverão oferecer de forma teórica e prática na reunião mensal da equipe, capacitação sobre a forma correta dos procedimentos e avaliação posterior de cada membro da equipe.

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

Metas:

-Realizar exame clínico apropriado a 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados.

-Garantir 100% de exame complementar em dia a hipertensos e diabéticos cadastrados.

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação:

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

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

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

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Detalhamento: A médica irá monitorar se as ações estão sendo realizadas através da revisão das fichas-espelho, que deverão ser preenchidas durante as avaliações individuais e visitas domiciliares da equipe.

Organização e Gestão do serviço:

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizada reunião com os membros da equipe para apresentação das tarefas que cada profissional desempenhará no exame clínico do usuário, sempre com supervisão da médica ou da enfermeira. Durante as reuniões de equipe, para isso será realizada leitura e análise dos protocolos adotados pela unidade. Será organizada a rotina do serviço e a agenda dos profissionais de modo a possibilitar a participação de toda a equipe nas capacitações sobre o protocolo do hipertenso e diabético. A médica e a enfermeira vão oferecer os exames complementares necessários para cada usuário de forma individual e específica em cada atendimento. Será proposto um encontro com todos os profissionais para debater e discutir a periodicidade de atualização dos protocolos.

A secretaria municipal de saúde será informada sistematicamente sobre as necessidades da população quanto aos exames em tempo oportuno para procurar resolver este problema. A equipe vai pedir para a secretaria municipal de saúde e a prefeitura municipal o apoio para o abastecimento das medicações que estes usuários precisam na farmácia. Será elaborado em conjunto com a odontóloga o cronograma de atendimento para hipertensos e diabéticos.

#### Engajamento Público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

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

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

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

Detalhamento: Serão realizadas rodas de conversas com o grupo de hipertensos, diabéticos e a toda a comunidade sobre riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, como também sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também será abordado nesses encontros a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e o adequado controle laboratorial na prevenção das complicações e sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Serão feitos cartazes informativos na Unidade Básica de Saúde com temas em relação à saúde bucal.

#### Qualificação da Prática Clínica:

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

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

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes mellitus.

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

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

Detalhamento: A médica vai realizar atividade teórico/prática demonstrativa sobre o exame clínico adequado para todos os membros da equipe, de acordo com seu perfil e atribuição. Na reunião da equipe vamos falar sobre o protocolo para

solicitação de exames complementares, atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão, as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.**

Meta:

Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas

Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Escrever de forma regular no registro dos usuários e prontuários cada consulta e data para o novo atendimento. Além disso, as agentes de saúde devem lembrar nas visitas os dias de acompanhamento para cada usuário e monitorar estes registros de forma sistemática para verificar se está sendo alcançada a meta estabelecida.

Organização e Gestão do serviço:

-Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

Detalhamento: Os agentes de saúde irão fazer visitas aos usuários faltosos às consultas. Será realizado cronograma para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.  
- Esclarecer aos hipertensos e diabéticos da comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Oferecer rodas de conversas sobre a importância do adequado acompanhamento nestas doenças, a periodicidade preconizada para a realização das consultas devendo ser estas ações um espaço de troca de experiências e discussão com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

-Capacitar os ACSs para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Discutir nas reuniões da equipe sobre a abordagem adequada do ACSs na orientação e estimulação dos hipertensos e diabéticos para adesão ao tratamento.

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

Meta:

-Manter ficha de acompanhamento a 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar os registros de hipertensos e diabéticos na unidade.  
- Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Para o monitoramento da qualidade dos registros, a enfermeira realizará uma revisão mensalmente sobre as fichas-espelho e os prontuários clínicos. O monitoramento dos registros será realizado no acolhimento com a enfermeira e nos atendimentos clínicos pela médica.

Organização e Gestão do serviço:

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Para manter as informações do SIAB atualizadas, as ACSs deverão colocar os dados no SIAB mensalmente e a enfermeira irá monitorar mensalmente. Para Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos hipertensos e diabéticos, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, ainda será realizada a reunião de capacitação do protocolo a ser utilizado pela UBS pela médica na primeira semana de intervenção.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: Será realizada conversa com a comunidade mensalmente tendo como responsabilidade a médica. Também serão orientados nos atendimentos clínicos e nas atividades com a população da UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A capacitação e o preenchimento destas ações será realizado durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

Objetivo 5: Avaliação do risco

Meta: estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação:



- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular por ano.

Detalhamento: Será realizada pelo menos uma vez por ano a estratificação de risco a nossos usuários, para isso, temos que primeiramente priorizar os que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas que podem produzir complicações graves. A enfermeira ficará responsável por monitorar nos prontuários destes usuários para ver se aquele indivíduo tem realizado a estratificação.

#### Organização e Gestão do serviço:

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

Detalhamento: A equipe deve priorizar o atendimento dos diabéticos e hipertensos de alto risco, para isso a equipe deve determinar um dia na semana para o seguimento dos usuários de alto risco.

#### Engajamento Público:

- Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular.

- Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Os usuários serão orientados na consulta sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Além disso, serão realizadas palestras falando do controle de fatores de risco modificáveis.

#### Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco e quanto às estratégias para controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Serão realizadas atividades de capacitação para toda a equipe de saúde sobre a realização de estratificação de risco segundo o score de

Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Objetivo 6 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular (avaliação de Risco).**

Metas:

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Manter orientação sobre os riscos do excesso de peso a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal.

Detalhamento: A médica vai avaliar de forma periódica as fichas-espelho para verificação da realização das ações de orientação nutricional, realização de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a higiene bucal aos hipertensos e diabéticos por todos os membros da equipe.

Organização e Gestão do serviço:

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

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual de hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A equipe deve organizar palestras sobre alimentação saudável, atividade física e procurar que além da participação de todos os membros da equipe possam participar outros profissionais que possuam mais conhecimentos sobre o tema. A equipe deve reservar um espaço de orientações individuais para os usuários nas consultas.

Além disso, serão realizados grupos com os usuários hipertensos e diabéticos, mensalmente na unidade de saúde, sendo que a equipe reunirá-se uma semana antes de cada grupo para definir o responsável pela atividade na semana e o tema que será norteador da discussão. É importante ressaltar que os profissionais serão norteadores, mas serão os próprios usuários que conduzirão a discussão sobre os temas de saúde, para isso serão necessárias cadeiras que estão disponíveis na unidade em número suficiente.

#### Engajamento Público:

- Orientar os hipertensos e diabéticos sobre a existência de um tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância de alimentação saudável.
- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão fixados pela unidade informações em murais, cartazes, folhetos e livros na UBS e na comunidade com informações sobre alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular, existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal, assim como falar destes temas nas palestras com periodicidade mensal. Serão responsáveis toda a equipe.

Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe para tratamento de tabagistas.
- Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar e orientar a equipe nas reuniões semanais de equipe para aumentar os conhecimentos sobre: práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e orientações de higiene bucal com responsabilidade da doutora, licenciada de enfermagem e dentista.

### **2.3.2 Indicadores**

Metas Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Em nossa intervenção vamos adotar os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e nº 37, Hipertensão e Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde,

2014. Os mesmos já se encontram disponíveis na UBS um de cada volume, sendo de acesso para todos os profissionais que o necessitam. O levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelos agentes comunitários de saúde e pela equipe durante as visitas domiciliares.

O registro específico de monitoramento será realizado através de Formulário Específico, ficha-espelho (ANEXO A) para cada um dos 989 usuários estimados, 220 diabéticos (50% da estimativa do CAP) e 769 hipertensos (50% da estimativa do CAP), os quais serão providenciados pelo gestor. A ficha-espelho foi disponibilizada pela UFPel, assim como a planilha de coleta de dados digital (ANEXO B), além de registros da realização de grupo de hipertensos e diabéticos, o qual contempla a data, o local, o grupo, o nome, a assinatura dos usuários, o resultado do teste rápido de glicemia, o resultado da aferição da pressão arterial, os faltosos e a assinatura de cada profissional da equipe que participou da realização do grupo de hipertensos e diabéticos.

Cada membro da equipe terá suas atribuições especificadas conforme protocolo - manual de normatização do serviço de atenção ao hipertenso e diabético. Será realizada capacitação, na qual os profissionais da unidade receberão treinamento para acolhimento aos hipertensos e diabéticos segundo o protocolo do ministério da saúde. O treinamento ocorrerá na unidade, durante reunião de equipe e vai ser conduzido pela Médica.

A enfermeira da Unidade ficará responsável pela consulta de enfermagem com foco na avaliação de saúde, riscos, educação em saúde e saúde bucal, a Auxiliar de Enfermagem realizará aferição de sinais vitais e participará nas atividades educativas/preventivas. O material necessário para os procedimentos será garantido pela secretaria municipal de saúde, a Médica irá realizar avaliação de exames e prevenção/detecção ou tratamento de complicações, a Assistente Social ficará responsável pela avaliação de fatores econômicos, sociais, culturais que podem influenciar a percepção sobre a doença e o tratamento, o estímulo à participação/controle social e os Agentes Comunitários de Saúde uma vez que estes estejam disponíveis, realizarão busca ativa, levantamento, acompanhamento e educação em saúde aos hipertensos e diabéticos.

O acolhimento aos hipertensos e/ou diabéticos ou suspeita de ser hipertenso e/ou diabético se dará através das consultas agendadas e de livre demanda pelo atendimento da equipe de enfermagem. O Monitoramento e Avaliação ocorrerão,

principalmente, através da comparação entre as fichas E-SUS, agenda de atendimentos programáticos e planilha de registro da realização de grupo de hipertensos e diabéticos. Após esta comparação e análise de participação nos grupos de educação em saúde e consultas programadas, será realizada busca ativa dos faltosos, pelos Agentes Comunitários de Saúde assim que eles estiverem disponíveis, com a finalidade de verificar a causa da ausência e agendamento para próxima data. Este monitoramento será semanal.

Quanto ao Engajamento Público, todos integrantes da equipe serão responsáveis pela disseminação da informação quanto à importância da prevenção da Hipertensão e do Diabetes ou detecção e tratamento adequado com o objetivo de evitar complicações causadas por esta doença, através de palestras à comunidade realizadas pela enfermeira, auxiliar de enfermagem, médica, assistente social e agentes comunitários de saúde durante os grupos de educação em saúde, sendo que ocorrerá esclarecimento durante a procura por atendimento na UBS (consulta médica e de enfermagem) e visita domiciliar realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Destaca-se que serão realizados grupos com os usuários hipertensos e diabéticos, mensalmente na unidade de saúde, sendo que a equipe reunir-se-á uma semana antes de cada grupo para definir o responsável pela atividade na semana e o tema que será norteador da discussão, é importante ressaltar que os profissionais serão norteadores, mas serão os próprios usuários que conduzirão a discussão sobre os temas de saúde, para isso serão necessárias cadeiras que estão disponíveis na unidade em número suficiente. O registro destas atividades será através do preenchimento de Formulário Específico - planilha de registro da realização de grupo de hipertensos e diabéticos, e Prontuário do usuário.

Quanto à Qualificação da Prática Clínica, será realizada uma capacitação para toda equipe de saúde que atua na UBS, baseando-se nos Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37, Hipertensão e Diabetes Mellitus, Ministério da Saúde, 2013, momento no qual também serão demonstradas as atribuições específicas de cada profissional. A capacitação será realizada na unidade e ministrada pela médica no horário da reunião de equipe ou em outro horário programado. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.



### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Monitorar a avaliar a execução das metas e ações do programa de atenção a hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos.	X											
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.		X										
Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.		X										
Orientar os usuários e a comunidade quanto ao programa de atenção à saúde de hipertensos e idosos e todas as ações e periodicidade de realização.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar a equipe para a realização de todas as ações previstas no projeto de intervenção, assim como a realização adequada dos registros.			X									
Garantir a solicitação dos exames complementares.					X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico ao usuário com hipertensão e/ou diabetes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo registro atualizado das medicações utilizadas pela população.					X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de hipertensos na unidade de saúde				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

A Equipe de Saúde de Santa Terezinha no município de Pelotas, em parceria com gestor Municipal e moradores da comunidade do bairro Santa Terezinha, realizou uma intervenção para melhorar a qualidade da vida das pessoas que tem Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus que pertencem a nossa unidade, mediante um conjunto de ações planejadas de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno para evitar as complicações. A intervenção ocorreu no período de 16 de junho a 18 setembro, durante 12 semanas. As ações desenvolvidas foram planejadas e seguiram um cronograma baseado em ações propostas nos seguintes eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foram trabalhados os seguintes objetivos:

Ampliar a cobertura para Hipertensos e/ou Diabéticos.

Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao programa.

Melhorar o registro das informações.

Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Durante a intervenção realizada em equipe foram cadastrados 298 usuários, sendo que 284 com hipertensão e 84 com diabetes, destaca-se que muitos tem as duas patologias associadas por isso a diferença numérica. Para alcançar essa cobertura fizemos a reorganização da agenda dos atendimentos clínicos dando prioridade em dependência das demandas aos usuários de alto risco com

hipertensão e diabetes, durante o desenvolvimento do programa foi aumentando a quantidade de pessoas que procuraram a unidade. O retorno dos usuários eram agendados de acordo com o risco. Essa medida de acompanhamento foi realizada no princípio com dificuldade porque ao mesmo tempo estava sendo implantada em nossa UBS a ESF e precisávamos de todo apoio da equipe, uma vez que reorganizamos a agenda para casos priorizados, os de maior risco, e a demanda espontânea para os demais usuários, verificação da pressão arterial e prova de hemoglicoteste a todos os usuários com fatores do risco dessas doenças que procuraram atendimento na unidade. Foram garantidos todos os materiais para o desenvolvimento do projeto, a ficha-espelho e planilha coleta de dados para o preenchimento das informações fornecidas pelos usuários cadastrados, do mesmo jeito com relação a logística relacionada com o material adequado para a tomada da pressão arterial (Esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica).

Em relação à vinculação da comunidade com o projeto foi realizado pela equipe porque não temos conselho local de saúde, utilizamos membros da comunidade para informar o início do programa e as principais ações que foram desenvolvidas. Foram utilizadas, além disso, as salas de espera na unidade e as divulgações através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários em cada uma das residências dos moradores do bairro.

Foram realizadas capacitações na unidade básica de saúde com uma duração de uma hora para cada temática, com todos os membros da equipe sobre como fazer o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes da mesma maneira aos agentes comunitários para o adequado cadastramento de hipertensos e diabéticos e a metodologia adequada para tomada da pressão arterial e realização de hemoglicoteste. A seguir a figura 2 apresenta uma fotografia de uma das reuniões de equipe para organização do processo de trabalho.





Figura 02. Reunião de equipe na UBS Santa Terezinha, Pelotas/RS, 2015.

Os membros da equipe foram capacitados em relação a metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis. A equipe durante todo o projeto fez o monitoramento semanal nas reuniões de equipe do comportamento do cadastramento dos usuários cadastrados e os benefícios e dificuldades do desenvolvimento do projeto, além das possíveis estratégias para solucioná-las. Com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção a usuários com hipertensão e diabetes foram realizadas capacitações com todos os membros da equipe sobre o protocolo de HAS e DM, além de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo com prioridade aqueles com resultados alterados, foram reorganizadas a agenda para atendimento odontológico priorizado a todos aqueles usuários classificados como alto risco.

Durante todo o desenvolvimento do projeto só foi possível o atendimento odontológico a 285 usuários agendados no programa por dificuldades com a dentista que não faz parte da estratégia de saúde da unidade, mas foi colaborativa na medida do possível.

Em relação ao comportamento dos medicamentos semanalmente foram realizadas avaliação do comportamento de abastecimento e em algumas ocasiões

tivemos dificuldades que foram alertadas aos gestores municipais e tomadas as estratégias oportunas para o abastecimento adequado de acordo com a necessidade dos usuários cadastrados, do mesmo jeito foram reavaliados alguns usuários que usavam uma quantidade de medicamentos que não ficavam de acordo com o protocolo de tratamento, em alguns dos casos foi baixada a dose e em outros casos foi retirado o medicamento e orientado o direito de acessar aos medicamentos na farmácia popular, estes usuários tiveram um controle contínuo com o apoio de toda equipe.

No atendimento individual foi orientada aos usuários cadastrados, a necessidade de fazer os exames complementares para avaliar o risco cardiovascular, alguns deles tinham os exames em dia de acordo com o protocolo, outros foram indicados e reagendada a consulta para avaliação desses exames, uns fizeram os exames particulares e a maioria pelos laboratórios do SUS, isso foi algo que atrapalhou a intervenção porque é muito demorado, o tempo para agendar a realização dos exames nos laboratórios do SUS, mas terminamos com 286 usuários com exames e avaliação do risco.

Durante todo o desenvolvimento da intervenção foram realizadas as buscas ativa de faltosos por todos os membros da equipe. Mensalmente se realizava um relatório do comportamento dos faltosos com o apoio dos dados que tínhamos na ficha-espelho, os nomes foram entregues aos agentes comunitários por cada microárea, os quais eram responsáveis por fazer as visitas domiciliares e em muitos casos foram agendados, outros por dificuldades ou algum impedimento fazíamos a visita nas residências para o cadastramento. Em cada atendimento individual se orientava aos cadastrados a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações, a equipe foi capacitada, os membros da equipe receberam orientação sobre o preenchimento das informações de todos os registros utilizados no projeto. Utilizou-se semanalmente a planilha coleta de dados com todas as informações fornecidas na ficha-espelho para que mensalmente os indicadores da intervenção pudessem ser acompanhados e assim avaliar o desenvolvimento da mesma, fazendo ajustes necessários. Todas as informações foram enviadas ao Ministério da Saúde pelo sistema e-SUS.

Com o objetivo de fazer atendimento intencional com os hipertensos e/ou diabéticos tínhamos reorganizado a agenda para aqueles classificados como alto

risco de doenças cardiovasculares em dependência da frequência do acompanhamento de acordo com o protocolo. Os usuários foram orientados em cada atendimento de sua classificação do risco. Além do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Para promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos foi criado em nossa comunidade o grupo de hipertensos e diabéticos onde foram realizadas ações de promoção da saúde em conjunto com a comunidade na sala de espera com temáticas sobre estas doenças. Todos os membros da equipe participaram dessa atividade. Foram realizadas rodas da conversa sobre hipertensão e diabetes, sintomas, fatores do risco, principais complicações e importância do tratamento dietético e medicamentoso. As ações de promoção e prevenção da saúde planejadas com a comunidade, não foram desenvolvidas como esperávamos porque não tínhamos conselho de saúde na comunidade nem NASF e só foi possível pelo trabalho da equipe da UBS.

Durante todo o desenvolvimento da intervenção em cada uma das ações foram realizadas fotos e entrevistas com os usuários sobre os atendimentos e as sugestões para melhorar atenção aos usuários com hipertensão e diabetes.

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

Não houve ações previstas que não foram desenvolvidas, apresentamos situações que por motivos diversos não conseguimos atingir as metas propostas, todavia foram realizadas de forma parcial e a equipe segue no trabalho para atingi-las em sua totalidade.

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

Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, trabalhamos diariamente neste sentido já que muitos dos usuários tiveram que voltar com resultados de exames e em muitos casos mudava a classificação de risco e, portanto o período de acompanhamento de sua doença e atualização de dados na filha-espelho. Foi por isto que os indicadores foram baixos no primeiro mês da intervenção.

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

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, portanto, ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial aos de alto risco. Continuaremos com as ações planejadas na unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Santa Terezinha. Na área adstrita temos uma população total por equipe de 3.438 usuários, uma estimativa da população com 20 anos ou mais de 2.303, destes estima-se 523 pessoas com hipertensão e 129 com diabetes, segundo a planilha de coleta de dados eletrônica utilizada para análise dos dados. A intervenção foi realizada com 284 hipertensos e 84 diabéticos, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 54,3% de usuários hipertensos cadastrados no programa e 65,1% de usuários diabéticos.

Nesse momento é importante destacar que há uma diferença entre os dados de cobertura apresentados no relatório da análise situacional e os que são apresentados agora, porque como referido anteriormente a unidade encontrava-se em um período de transição, sendo que duas equipes de ESF estavam sendo implementadas na UBS, dessa forma para realização da intervenção optou-se por utilizar os dados referentes apenas a equipe em que atuo porque a outra equipe estava desenvolvendo outro projeto de intervenção, dessa forma com dificuldade de atender a demanda de atividades programáticas de acordo com o cronograma estabelecido, mas as duas equipes tem como rotina o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos, por isso os números diferenciados e a redução das estimativas de hipertensos e diabéticos da área de abrangência. A seguir são apresentados os resultados conforme cada uma das metas propostas.

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

Meta 1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Na área adstrita da equipe temos uma estimativa de 523 hipertensos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram atendidos um total de 81 hipertensos com uma proporção de 15,5%, no segundo mês 175 usuários foram cadastrados que equivale a 33,5%, alcançando ao final do terceiro mês um total de 284 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados uma proporção de 54,3%.

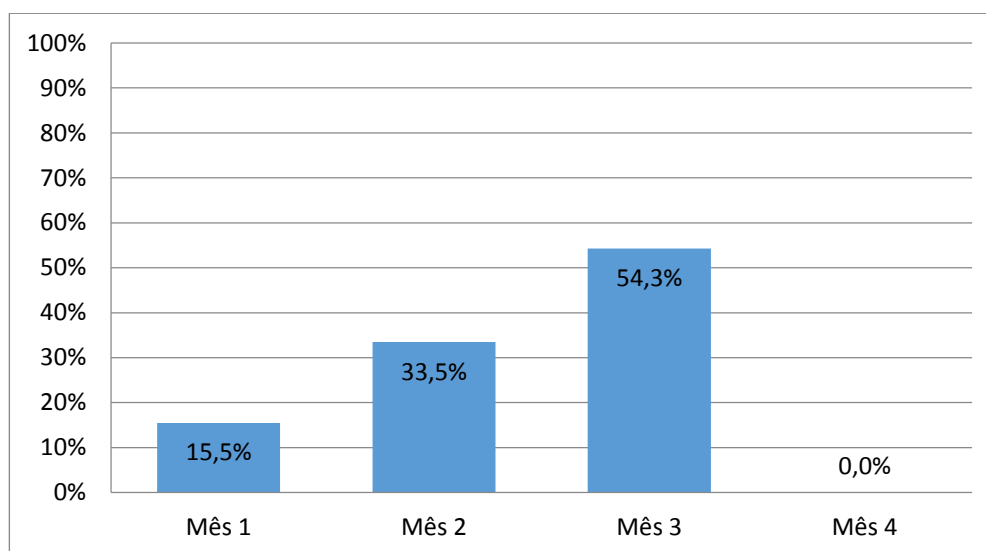


Figura 03. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Finalizamos a intervenção com a meta de cobertura atingida, que era de 50% para hipertensos, ao final atingimos uma proporção de 54,3% de cobertura no atendimento aos hipertensos com 20 anos ou mais, claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100%.

Enfrentei muitas dificuldades ao longo da intervenção para alcançar este número, a chegada dos agentes comunitários de saúde e o início do cadastramento da população de minha área foram as maiores dificuldades, mas ao final consegui atingir a meta proposta, acredito que nos próximos meses estaremos em 100% de cobertura, já que agora contamos com uma equipe completa.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em minha área adstrita temos uma estimativa da existência de um total de 129 diabéticos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 33 usuários com uma proporção de 25,6%, no segundo mês de intervenção o número de cadastrados foi de 54 (41,9%), no terceiro mês ao final da intervenção tivemos um total de 84 diabéticos cadastrados, atingindo uma proporção de cobertura de 65,1% da população diabéticos com 20 anos ou mais.

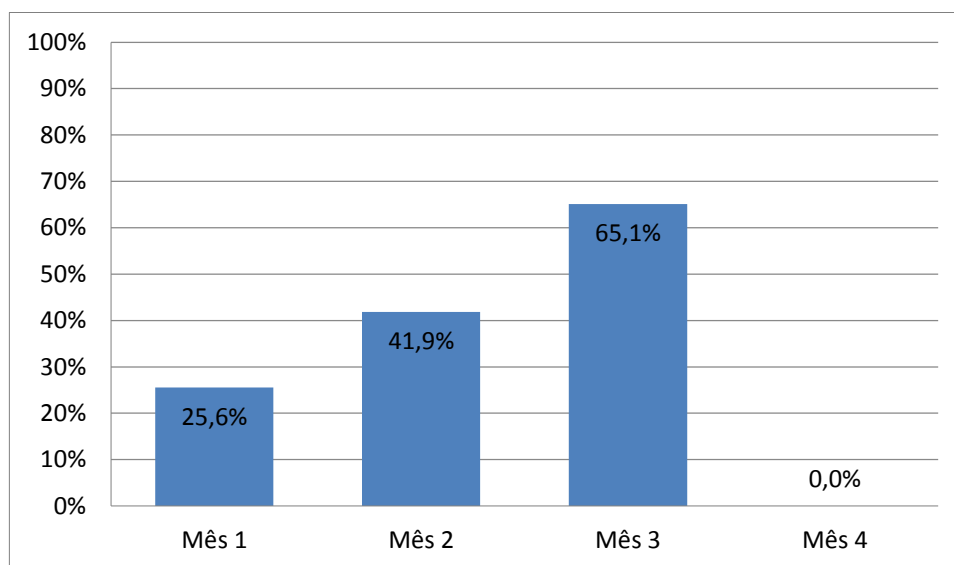


Figura 04. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Finalizamos a intervenção com a meta de cobertura atingida, ela era de 50% para diabéticos, ao final conseguimos 65,1% em cobertura de atendimento a diabéticos, claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100%. Creio que com a ajuda de minha equipe que agora se encontra completa poderemos melhorar este número e chegar a 100% nos próximos meses. Graças a ajuda de minha equipe foi possível atingir a meta, foi de vital importância a ajuda dos agentes comunitários para o cadastramento dos usuários hipertensos e

diabéticos, além disso apresentamos dificuldades porque a estratégia de saúde estava sendo implantada recentemente e precisávamos maior apoio da comunidade.

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

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Levando em consideração que tivemos um total de 81 hipertensos cadastrados no primeiro mês da intervenção, obteve-se o exame clínico apropriado para um total de 37 (45,7%) hipertensos, já no segundo mês cadastramos um total de 175 usuários, desses 154 (88%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo e ao final do terceiro mês de intervenção todos os 284 hipertensos com 20 anos ou mais que foram cadastrados tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado chegando a uma proporção de 100%.

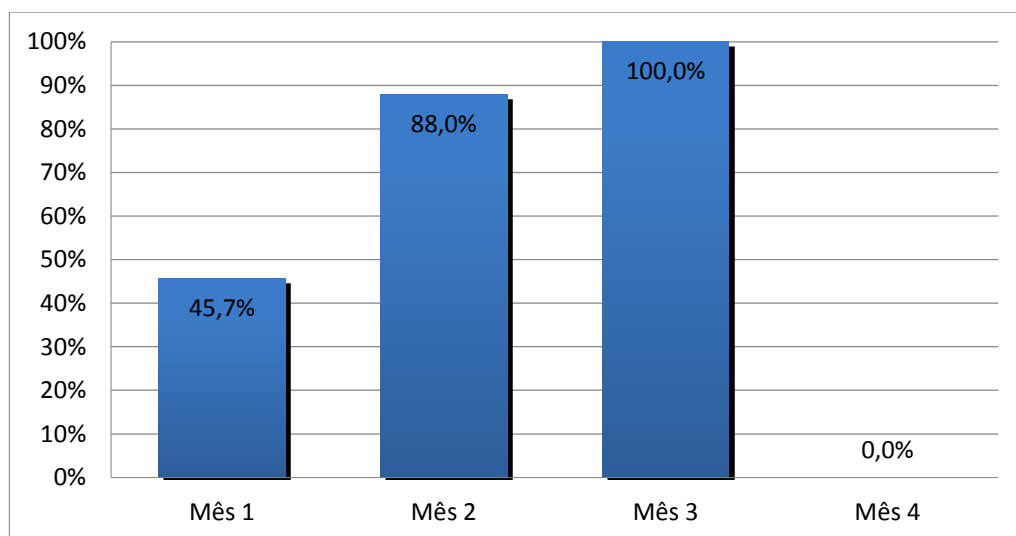


Figura 05. Gráfico da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A proporção de 100% só foi atingida no último mês devido ao tempo relativo de cada consulta e a demanda de usuários para atendimento na unidade. Devemos levar em consideração a relação do vínculo com os usuários que se criou ao longo destes meses que permitiu terminarmos a intervenção com a meta atingida.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.



Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção dos 33 diabéticos cadastrados na unidade, 21 (66,6%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado, no segundo mês o número total de diabéticos cadastrados foi de 54 sendo que 53 (98,1%) receberam o exame de acordo com o protocolo, já no final do terceiro mês de intervenção finalizei com 84 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados, sendo que todos tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado atingindo uma proporção de 100%.

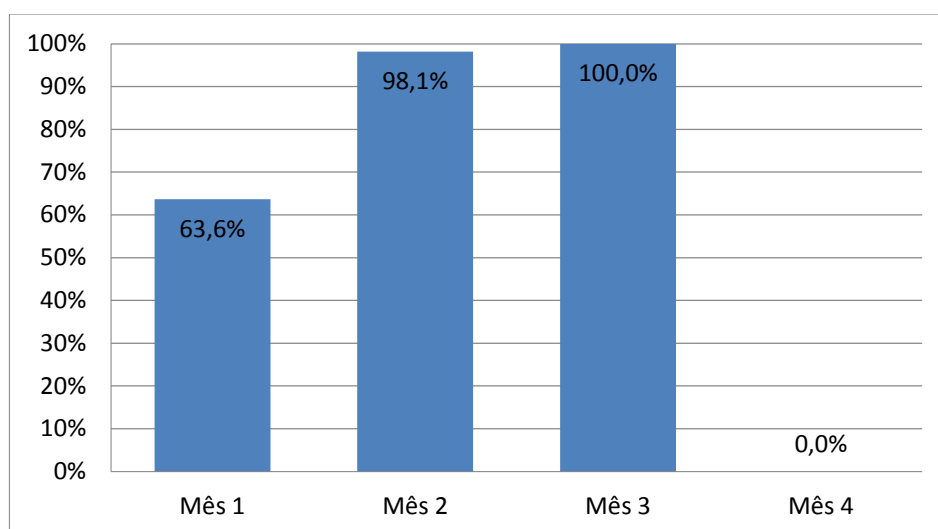


Figura 06. Gráfico da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Ao longo destes meses conseguimos criar vínculo com os usuários e organizar o processo de trabalho para no final da intervenção atingir a meta de 100%. Nos primeiros meses a grande demanda e o tempo necessário para a realização do exame clínico apropriado impediram de atingir 100% logo de início.

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

No início da intervenção, no primeiro mês dos 81 hipertensos cadastrados, 34 (42%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos

175 hipertensos cadastrados, 114 (61,1%) possuíam exames complementares em dia, finalizei a intervenção com um total de 284 hipertensos cadastrados sendo que destes um total de 272 possuem os exames complementares em dia atingindo uma proporção de 95,8%.

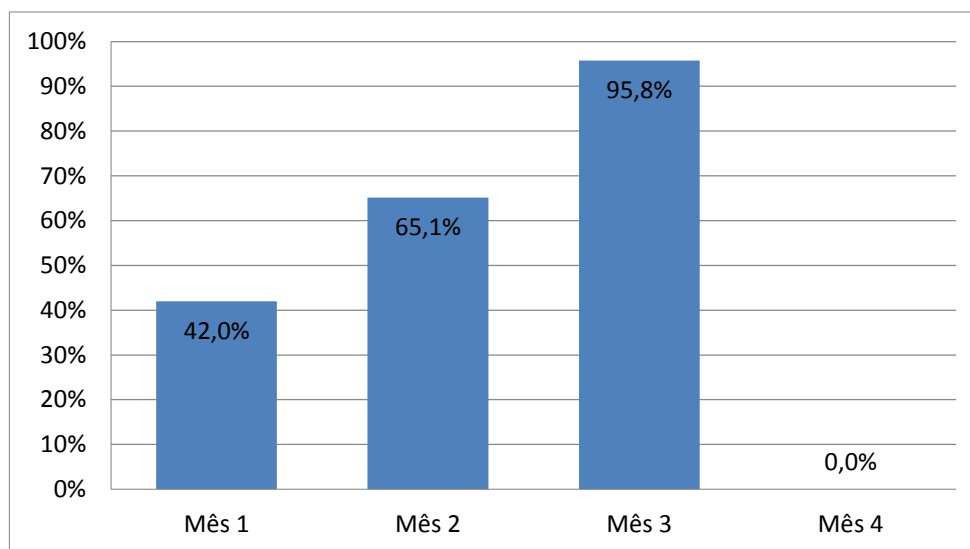


Figura 07. Gráfico da proporção de hipertenso com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Em relação a meta de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de ter solicitado para todos os usuários, devido a demora para a marcação e realização dos mesmos até o fechamento da intervenção ainda não tinha o resultado dos exames de todos os usuários por isso não consegui atingir 100% da meta.

Meta 4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

No primeiro mês de intervenção dos 33 diabéticos cadastrados com 20 anos ou mais, 18 (54,5%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês o número de cadastrados era de 54 e destes 41 (75,9%) estavam com os exames em dia, ao final da intervenção tive um total de 84 diabéticos com 20 anos

ou mais cadastrados, sendo que 83 estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado atingindo uma proporção de 98,8%.

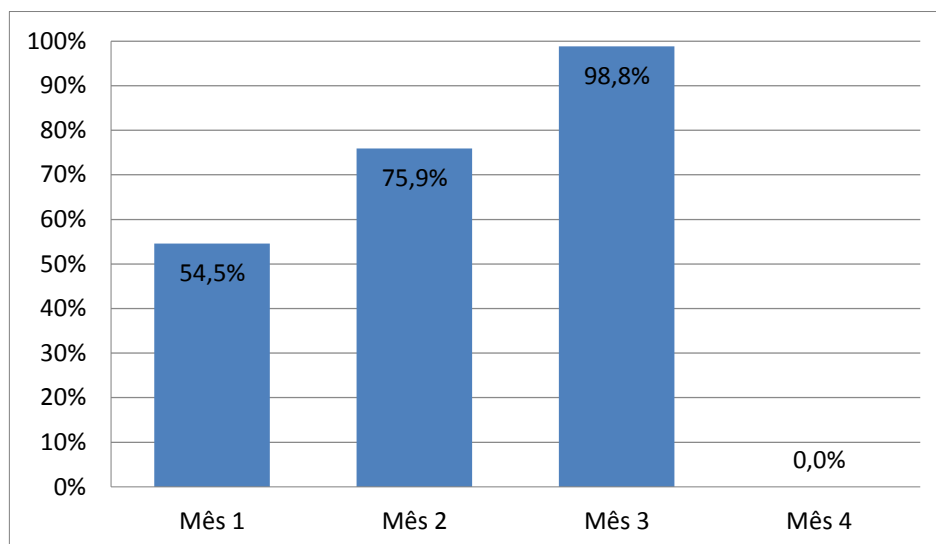


Figura 08. Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Em relação a meta de exames complementares em dia, apesar de ter solicitado para todos os diabéticos, devido a demora para a realização dos mesmo até o fechamento da intervenção, ainda não tenho o resultado dos exames de todos eles, por isso não consegui atingir 100%.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês de intervenção dos 66 hipertensos, um total de 39 (59,1%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 144 cadastrados, 90 (62,5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados foi de 248 e o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 158 (63,7%), terminei a intervenção com 63,7% da meta atingida.

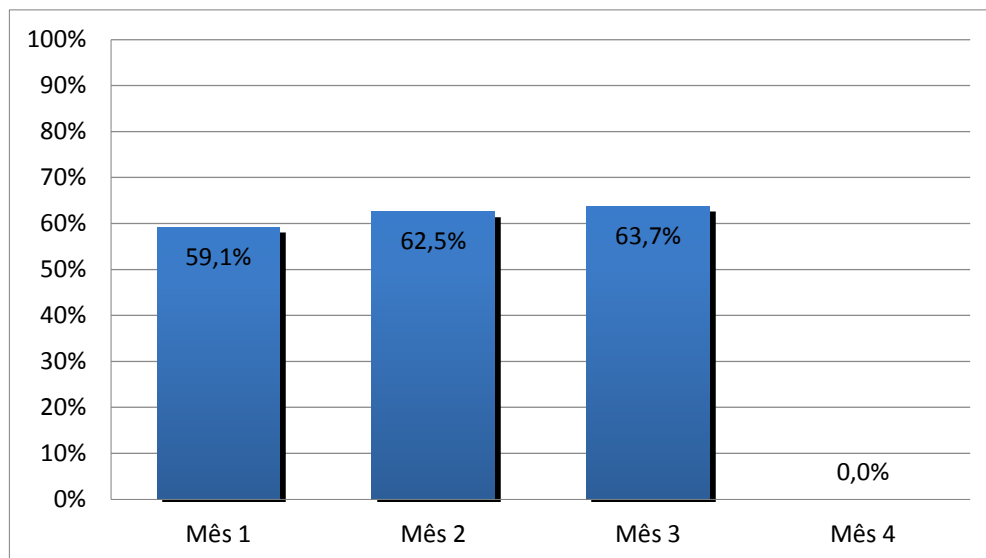


Figura 09. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A adequação da medicação é algo gradual, é muito difícil mudar estilos de vida na população, muitos hipertensos faziam uso da mesma medicação durante anos sem nenhuma adequação, para tal adequação, muitas vezes, é necessário exames complementares, por estes fatores a meta de 100% não foi atingida ao final da intervenção.

Já que isto é um trabalho gradual, muitas vezes é necessário o convencimento do usuário que o medicamento que é fornecido na unidade ou na farmácia popular de forma gratuita tem o mesmo efeito que o medicamento pago. Acho que temos que trabalhar mais com a população para conseguir que todos os hipertensos utilizem os medicamentos disponíveis na farmácia popular.

Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Dos 84 usuários diabéticos cadastrados ao longo destes meses 81 possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular e 03 usuários diabéticos que não usam nenhuma medicação, sendo que no primeiro mês o número de cadastrados foi de 31 usuários, destes 17 (54,8%) utilizavam medicamentos da

farmácia popular, no segundo mês de 51 diabéticos cadastrados, 28 (54,9%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular e no terceiro mês de um total de 81 diabéticos cadastrados 51 (63%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, finalizando a intervenção com 63% da meta atingida.

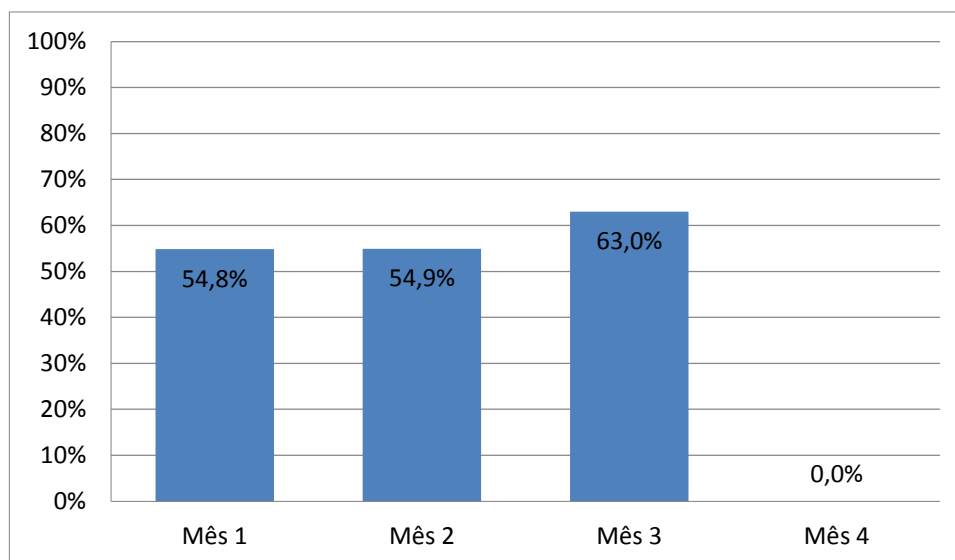


Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Como para diabéticos acontece igualmente com os hipertensos, embora se tenha disponíveis na farmácia popular a adequação para esta medicação é de forma gradual e por isso que a meta não foi atingida em 100%.

Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 81 hipertensos cadastrados, 20 (24,7%) tinham passado por avaliação odontológica, no segundo mês o número de cadastrados era de 175, sendo que 100 (57,1%) passaram por avaliação odontológica. Ao final da intervenção tivemos um total de 284 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 233 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico, atingindo uma proporção de 82%.

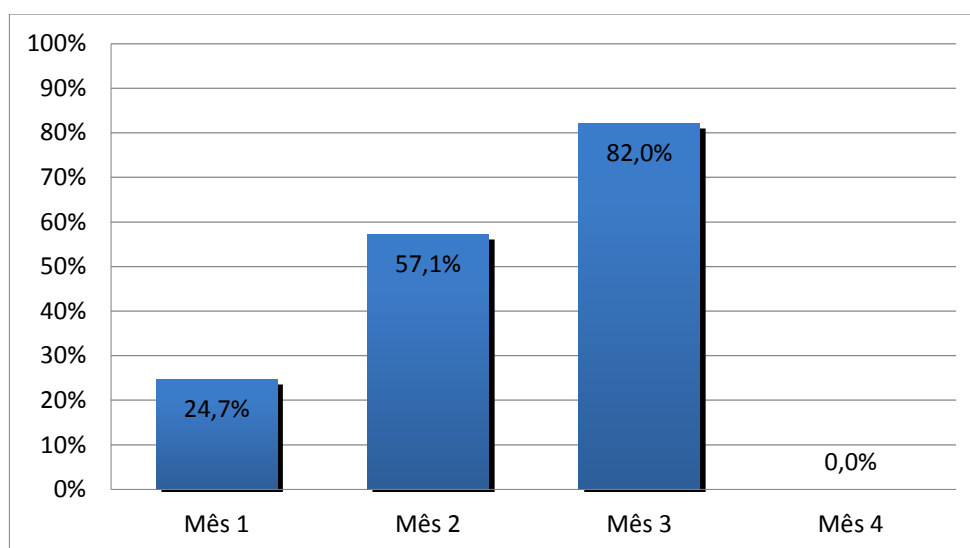


Figura 11. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Esta meta não foi atingida porque a dentista da unidade não faz parte da equipe da estratégia de saúde da família e trabalha apenas meio turno, durante o período ela também esteve de férias, mas quando estava presente ela sempre esteve à disposição para ajudar na avaliação dos usuários hipertensos cadastrados no programa, além disso, na UBS não temos equipe de saúde bucal, não temos outro profissional capacitado neste tipo de atenção que possa identificar em cada usuário se tem alguma doença odontológica que precise de atendimento, mais na medida que foi desenvolvida a intervenção fomos capacitando aos profissionais de minha equipe para realização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico porque como explique anteriormente na UBS só temos uma dentista que não é parte da ESF.

Meta 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 33 diabéticos cadastrados, sendo que 12 (36,4%) passaram por avaliação odontológica, no segundo mês dos 54 cadastrados, 44 (81,5%) tinham passado por avaliação

odontológica. Finalizei a intervenção com um total de 84 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 75 (89,3%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

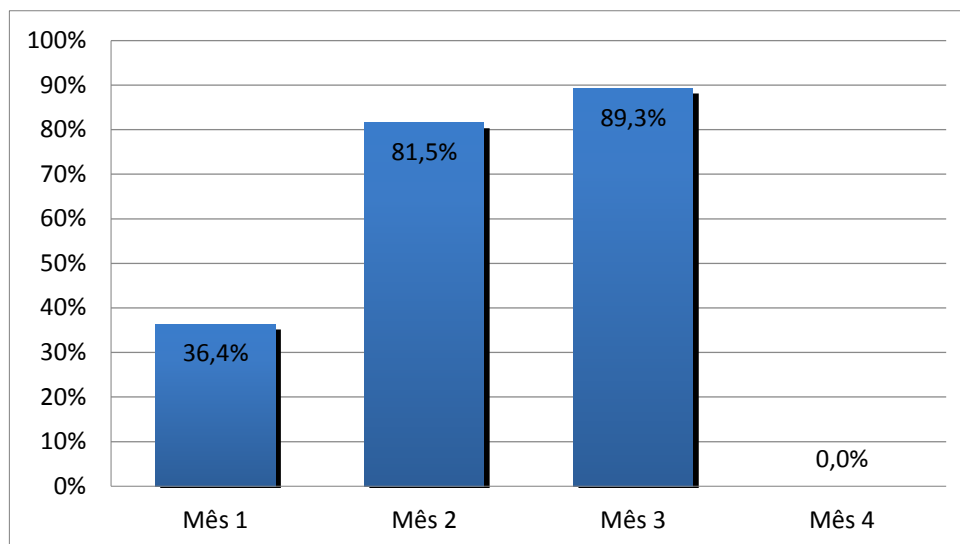


Figura 12. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A dentista da unidade não faz parte da equipe de ESF trabalhando apenas meio turno e durante a intervenção esteve um período de férias, o que impossibilitou atingir a meta, mas quando estava presente na unidade sempre esteve a disposição, ajudando na intervenção, além de isso na UBS não temos equipe odontológica e a dentista não trabalha com grupos populacionais, na UBS não temos equipe de saúde bucal, não temos outro profissional capacitado neste tipo de atenção que possa identificar em cada usuário se tem alguma doença odontológica que precise de atendimento, mais na medida que foi desenvolvida a intervenção fomos capacitando aos profissionais de minha equipe para realização de avaliação da necessidade de atendimento

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

Meta 1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Durante o primeiro mês de intervenção tivemos um total de 55 hipertensos faltosos à consulta e destes foi realizado a busca ativa em 08 (14,5%) casos, no segundo mês o número de faltosos foi 35 usuários e foi realizada a busca ativa em todos eles atingindo 100%, finalizamos a intervenção com um total de 08 (100%) hipertensos com busca ativa.

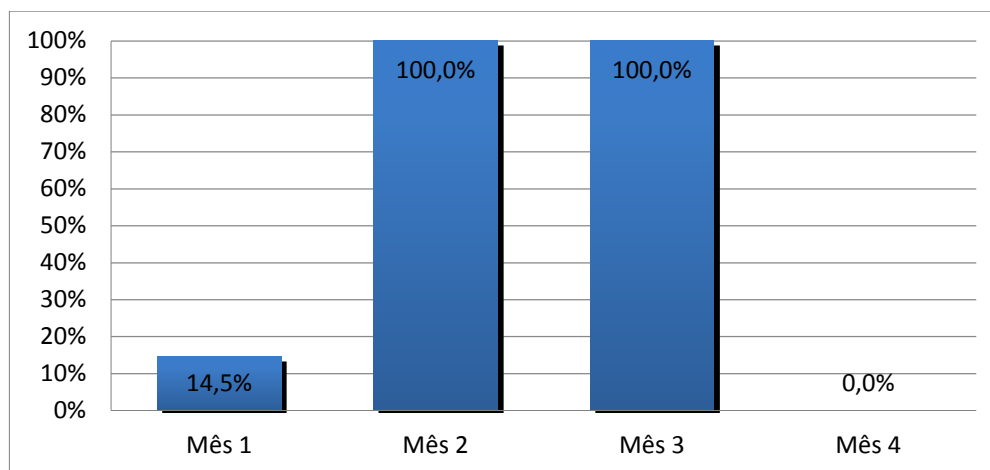


Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos a consulta com busca ativa. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A busca ativa foi um dos grandes problemas da intervenção, a falta de agentes comunitários e de uma equipe completa impossibilitaram a realização de busca ativa, além da implantação da ESF e o cadastramento da população no início da intervenção. Acho que agora que tenho uma equipe completa vou conseguir mudar esses números e a busca ativa vai ser uma rotina incorporada nas ações da equipe.

Meta 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

No primeiro mês de intervenção tivemos 20 diabéticos faltosos à consulta, foi realizada a busca ativa a 03 (15%), no segundo mês de intervenção tivemos um total de 07 diabéticos faltosos e realizamos a busca ativa a todos, atingindo 100%, no terceiro mês tivemos 01 diabético faltoso e foi realizada a busca ativa, dessa forma atingimos 100%.



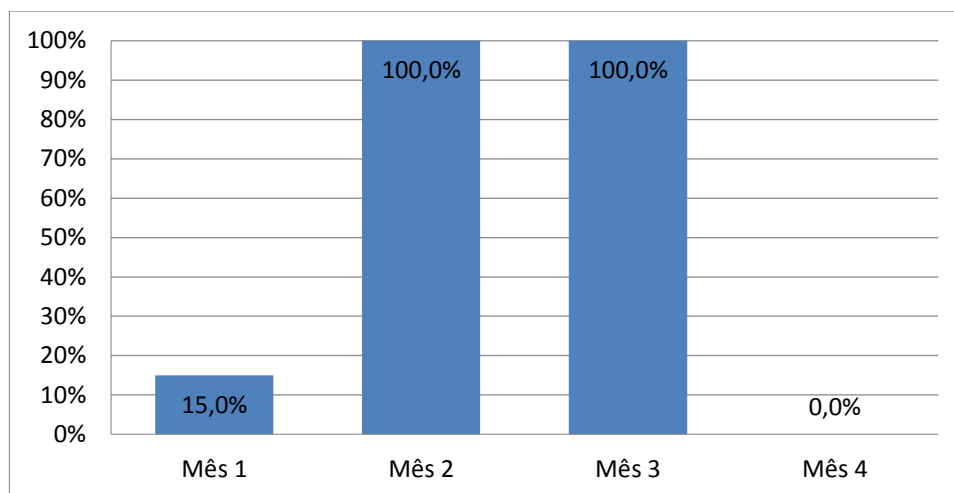


Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos faltosos a consulta com busca ativa. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Em relação à busca ativa de faltosos a consulta que foi mais difícil no início da intervenção por falta de equipe de saúde completa, assim com o início da ESF e o cadastramento da população. Temos que dizer que nos diabéticos faltosos do segundo mês foi realizada a busca ativa de todos e foram chamados para consulta no terceiro mês por isso que só terminamos a intervenção com 01 usuário diabético faltoso a consulta. Acho que isto vai mudar nos próximos meses, já que minha equipe agora se encontra completa.

#### Objetivo 4: Realizar o registro das informações

Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Dos 81 hipertensos acompanhados no primeiro mês de intervenção um total de 56 (69,1%) estava com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês o número era de 175 usuários cadastrados e 150 (85,7%) com o registro adequado. Ao final da intervenção todos os 284 hipertensos com 20 anos ou mais estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento com uma proporção de 100%.

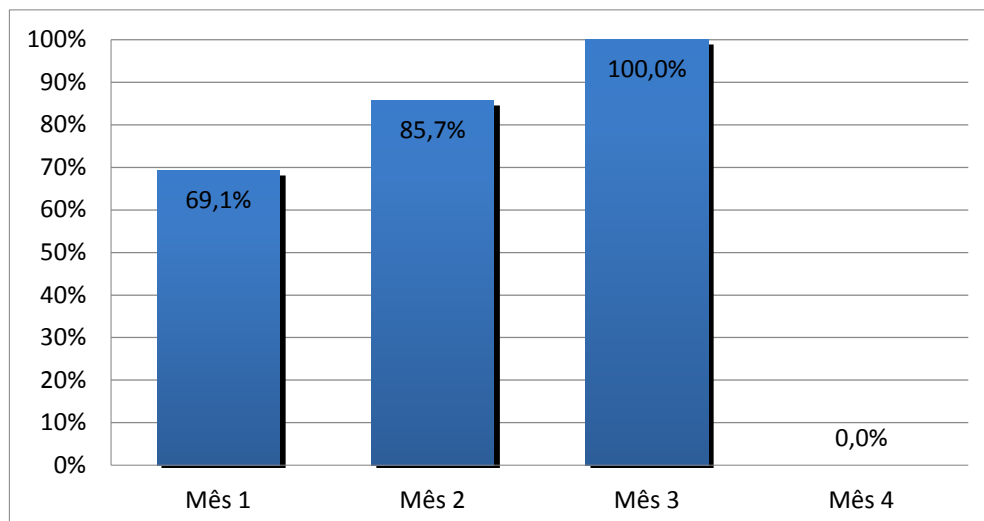


Figura 15. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

O registro na ficha de acompanhamento é algo gradual, assim como a adequação dos medicamentos e a realização do exame clínico, por isso a meta foi sendo atingida de forma gradual, ao final do terceiro mês conseguiu atingir a meta proposta de 100%.

Ressalto ainda que este registro na ficha de acompanhamento acaba por levar um tempo considerável e ainda existem outros documentos que nós profissionais da ESF temos que preencher, acontece que muitas vezes a falta de tempo devido a grande demanda, acaba nos dificultando o preenchimento, assim ficam os registros de forma incompleta, mas é notável que é um cuidado que temos que ter e incorporá-lo a nossa rotina.

Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 33 diabéticos acompanhados um total de 25 (75,8%) estava com o registro adequado na ficha de acompanhamento, já no segundo mês de intervenção o número de diabéticos acompanhados era de 54, sendo que destes 52 (96,3%) estavam com o registro adequado. Ao final da intervenção todos os 84 diabéticos com 20 anos ou mais

estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, atingindo uma proporção de 100%.

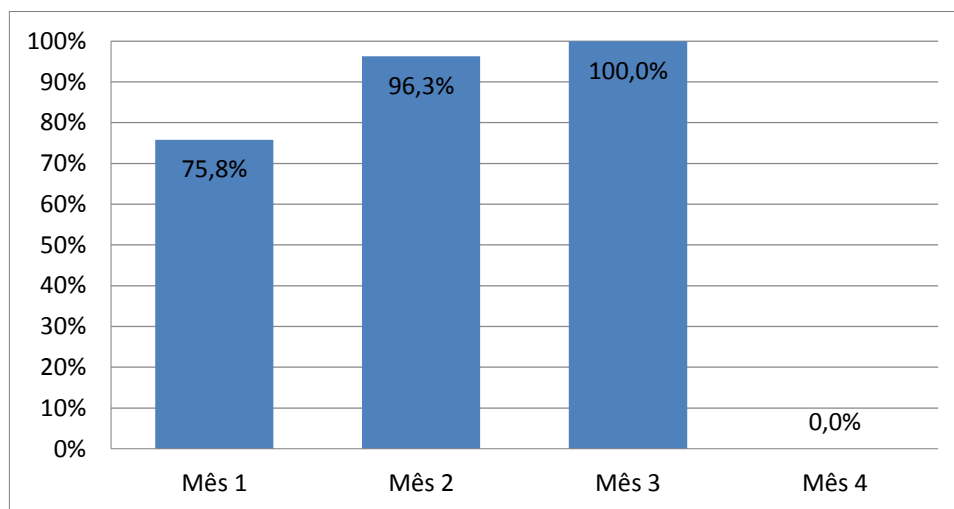


Figura 16. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Ao longo destes meses o atendimento ao usuário vai progredindo, o mesmo se dá com os registros na ficha de acompanhamento, ao final consegui atingir a meta de 100% de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

#### Objetivo 5: Avaliação de risco

Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Dos 81 hipertensos cadastrados no primeiro mês de intervenção um total de 30 (37%) estava com a estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês o número de hipertensos acompanhados era de 175 e destes 112 (64%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular, finalizei a intervenção com 272 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular de 284 cadastrados, uma proporção de 95,8%.

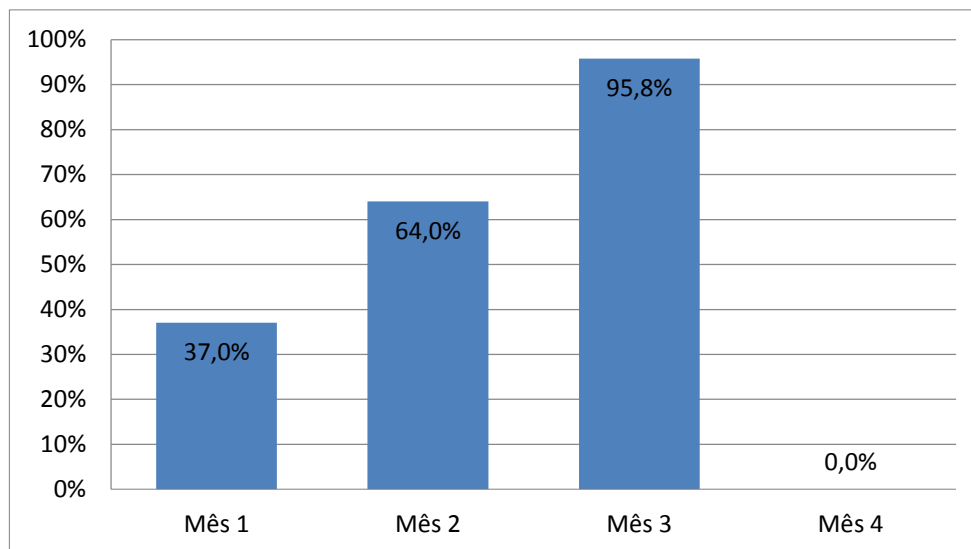


Figura 17. Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A estratificação de risco cardiovascular é associada ao exame clínico e, portanto, foi realizado de forma gradativa ao longo da intervenção, ao final a meta não foi atingida em 100% porque finalizei a intervenção com hipertensos que ainda não tinham exames complementares feitos para avaliação do risco cardiovascular.

Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 33 diabéticos acompanhados 20 (60,6%) possuíam a estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês o número de acompanhados foi de 54 e destes 39 (72,2%) estavam com a estratificação de risco cardiovascular em dia. Finalizamos o terceiro mês com um total de 84 diabéticos cadastrados e 83 (98,8%) com estratificação de risco cardiovascular.

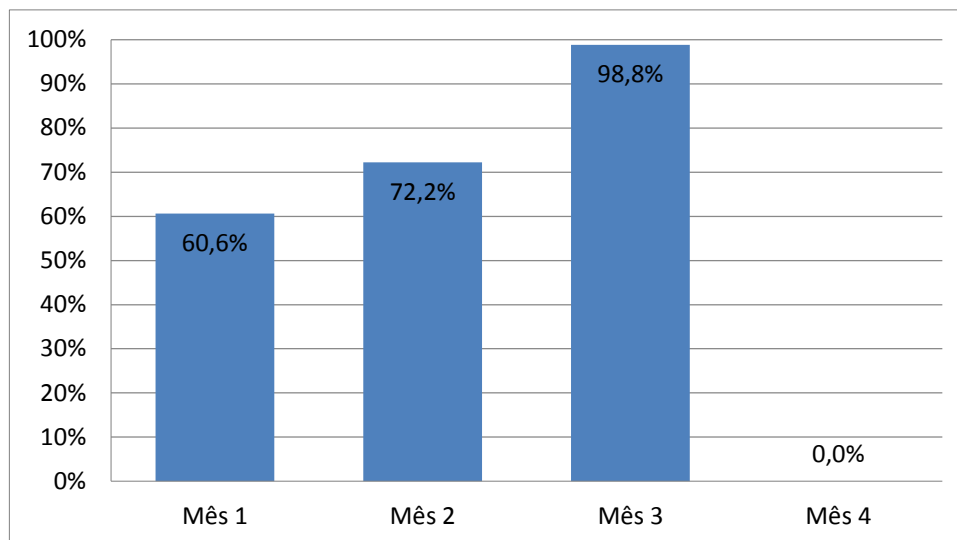


Figura 18. Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Como a estratificação de risco está associada ao exame clínico e avaliação dos exames complementares que foi realizada de forma gradativa ao longo da intervenção, ao final da intervenção a meta de 100% não foi atingida porque faltou um usuário que não tinha exames complementares em dia.

#### Objetivo 6: Promoção da saúde em hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 81 hipertensos acompanhados, destes 57 (70,4%) receberam orientação nutricional, no segundo mês o número de acompanhados foi de 175 e um total de 154 (88%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ao final de intervenção todos os 284 (100%) hipertensos com 20 anos ou mais tinham recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável.

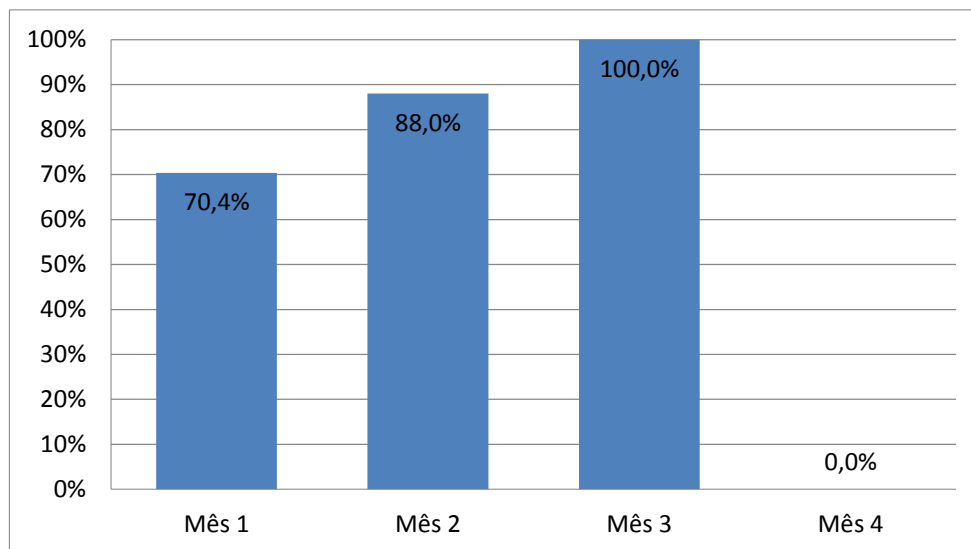


Figura 19. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A orientação sobre alimentação saudável tem que ser algo que esteja de acordo com a realidade que cada usuário vive, ao longo dos meses, procurei conhecer melhor alguns usuários e entender suas condições bem como criar um vínculo para assim ter maior eficácia nas orientações sobre alimentação.

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Dos 33 diabéticos acompanhados no primeiro mês da intervenção 28 (84,8%) receberam orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês o número de cadastrados foi de 54 e todos eles receberam orientação nutricional (100%), no terceiro mês tivemos 84 diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados e 84 (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

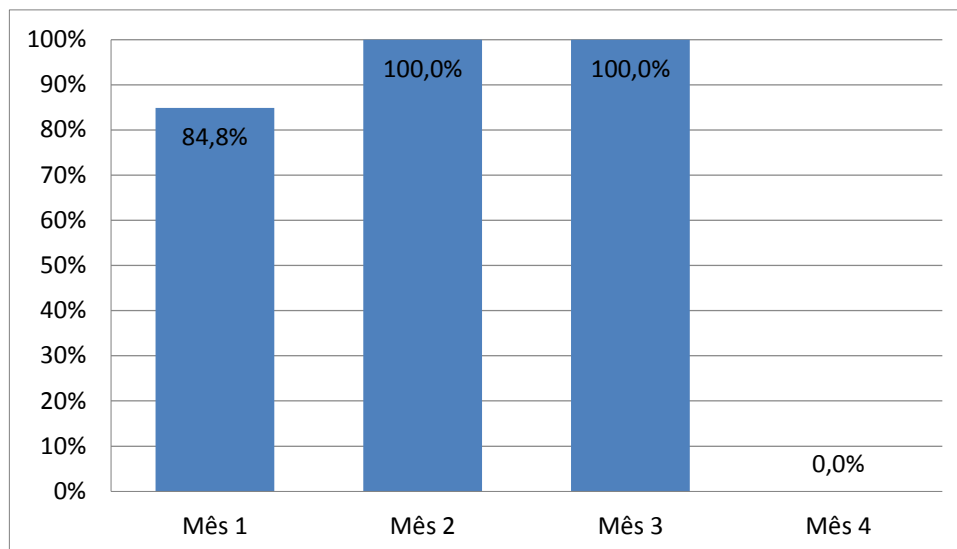


Figura 20. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

As orientações nutricionais sobre alimentação saudável devem ser específicas e direcionadas com a realidade de cada usuário, por isso é algo gradual. Faz-se necessário conhecer melhor a realidade de cada um antes de se dar esse tipo de orientação, elas foram gradativas ao longo da intervenção e se deram em conjunto com o vínculo que foi criado com estes usuários, ao final dos meses atingimos a meta em 100%.

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

Ao longo do primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 81 hipertensos destes 37 (45,7%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 175 destes 153 (87,4%) receberam orientação e finalizamos a intervenção com 284 hipertensos acompanhados e todos eles receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, atingindo uma proporção de 100%.

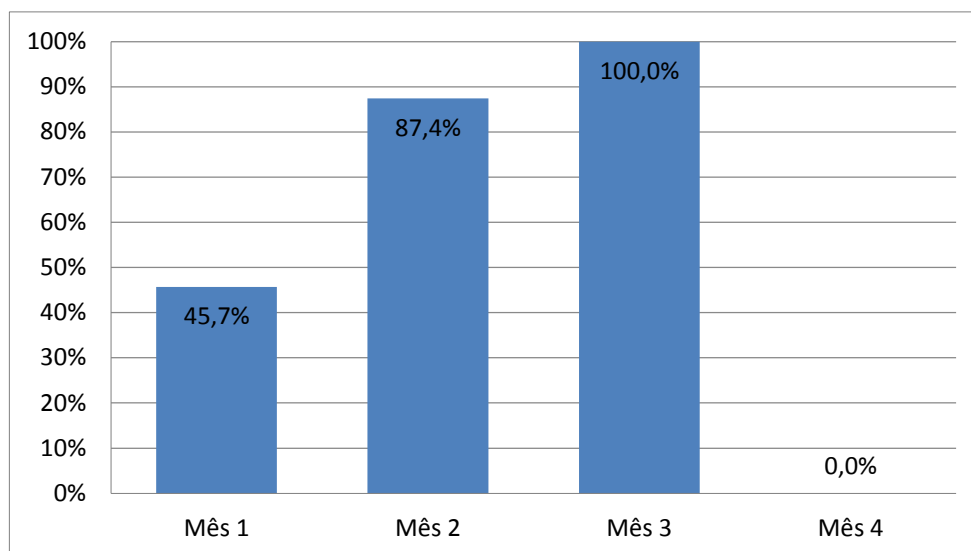


Figura 21. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A atividade física requer cuidado em sua prática, é necessária uma avaliação das condições físicas do usuário, devido a isso a orientação é gradual, se faz necessário conhecer a rotina do usuário e ter conhecimento do seu quadro geral de saúde.



Figura 22. Atividade com grupo de hipertensos e diabéticos da UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.



Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

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

Ao longo do primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 33 diabéticos, destes 20 (60,6%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 54 e todos eles 54 (100%) receberam orientação. Finalizamos a intervenção com 84 diabéticos acompanhados e todos eles receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, atingindo uma proporção de 100%.

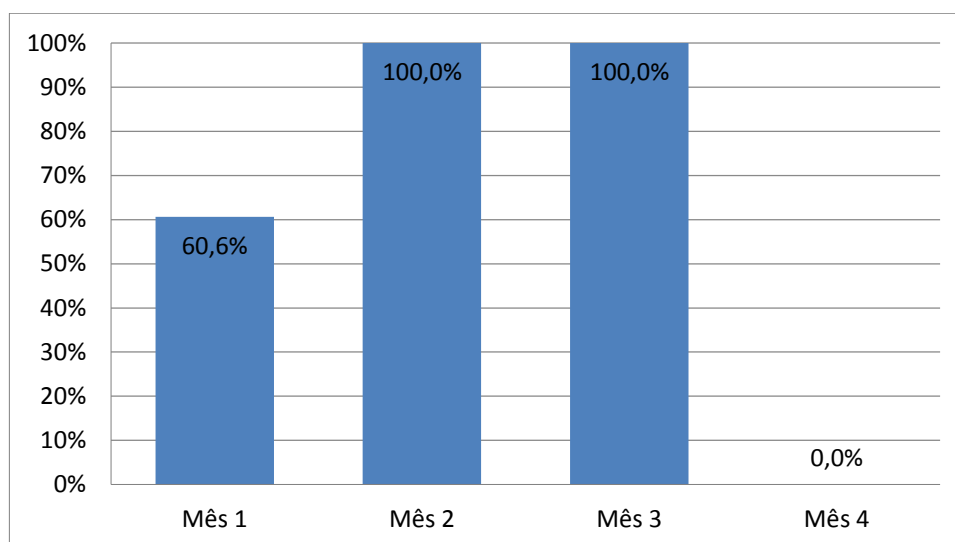


Figura 23. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

É necessário conhecer a rotina do usuário e ter conhecimento do seu quadro geral de saúde para orientar o indivíduo sobre a realização de atividades físicas.

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

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

De todos os 81 hipertensos acompanhados no primeiro mês, 35 (43,2%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 175 hipertensos cadastrados e 156 (89,1%) receberam orientação. Terminamos a

intervenção com 284 usuários cadastrados e todos (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

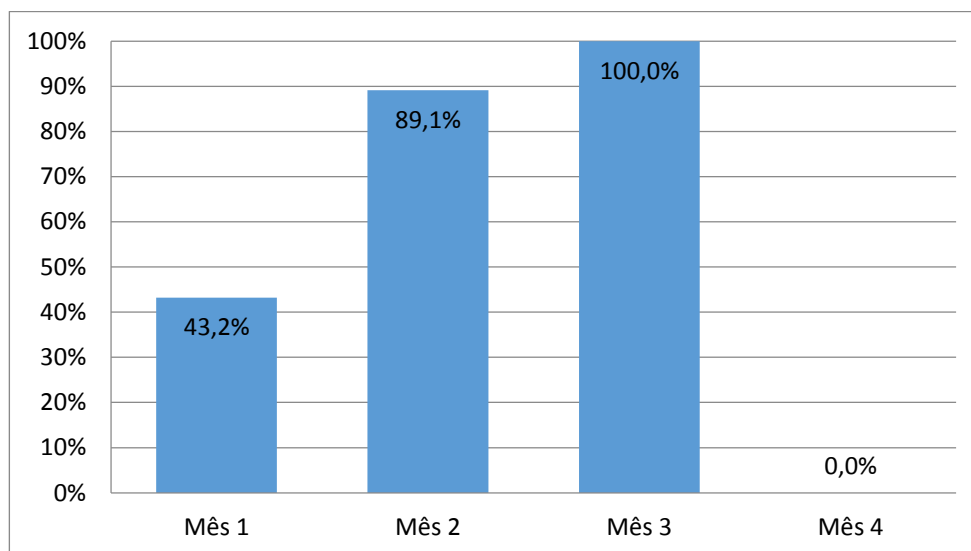


Figura 24. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Durante a primeira consulta percebi que os hipertensos nunca haviam recebido orientações sobre os riscos do tabagismo ou pelo menos não estava registrado, foi algo que fui incluindo gradativamente em minhas consultas, além disso, foi bom incluir os hipertensos fumantes ao grupo de fumantes da UBS. Ao final da intervenção atingi a meta em 100% de hipertensos com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

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

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 33 diabéticos acompanhados um total de 15 (45,5%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês dos 54 acompanhados 53 (98,1%) receberam orientação. Terminamos o terceiro mês de intervenção com 100% dos 84 diabéticos acompanhados com orientação sobre os riscos do tabagismo.

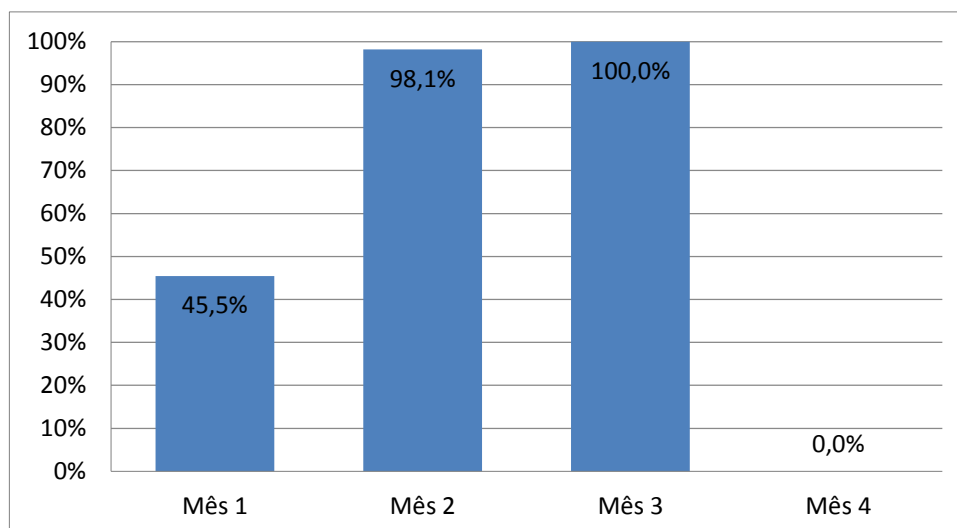


Figura 25. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

Como não identifiquei nos prontuários dos diabéticos acompanhados o registro de orientações sobre os riscos do tabagismo, fiz a inclusão na rotina das minhas consultas de forma gradativa as orientações, assim como a incorporação de muitos deles ao grupo de fumantes da UBS e ao final atingi 100% da meta.

Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês cadastramos um total de 81 hipertensos e destes 45 (43,2%) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês de 175 cadastrados 153 (87,4%) receberam a orientação, finalizamos a intervenção com 284 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados e todos receberam orientação sobre higiene bucal atingindo uma proporção de 100%.

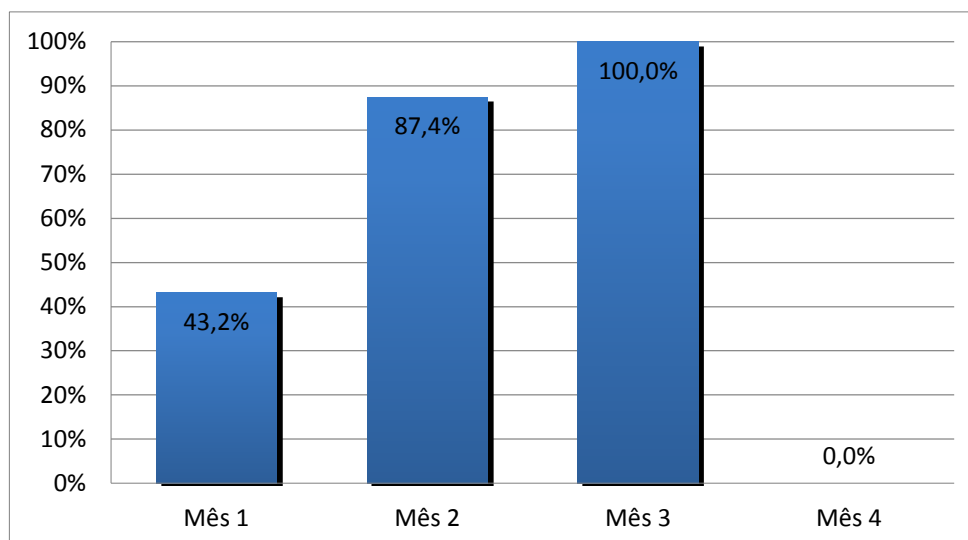


Figura 26. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

A orientação sobre higiene bucal foi gradativa durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor as condições sociais de cada usuário e a sua rotina com relação a higiene, além disso, contamos com a ajuda da dentista para a realização de atividades educativas com a população em relação a higiene bucal, sendo que ao final da intervenção a meta foi atingida.

**Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos**

**Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.**

Ao longo do primeiro mês de intervenção cadastramos um total de 33 usuários diabéticos com 20 anos ou mais, destes 16 (48,5%) receberam orientação sobre higiene bucal, já no segundo mês dos 54 cadastrados, 54 (100%) receberam orientação, finalizei a intervenção com 84 diabéticos cadastrados e todos (100%) com orientação sobre higiene bucal.

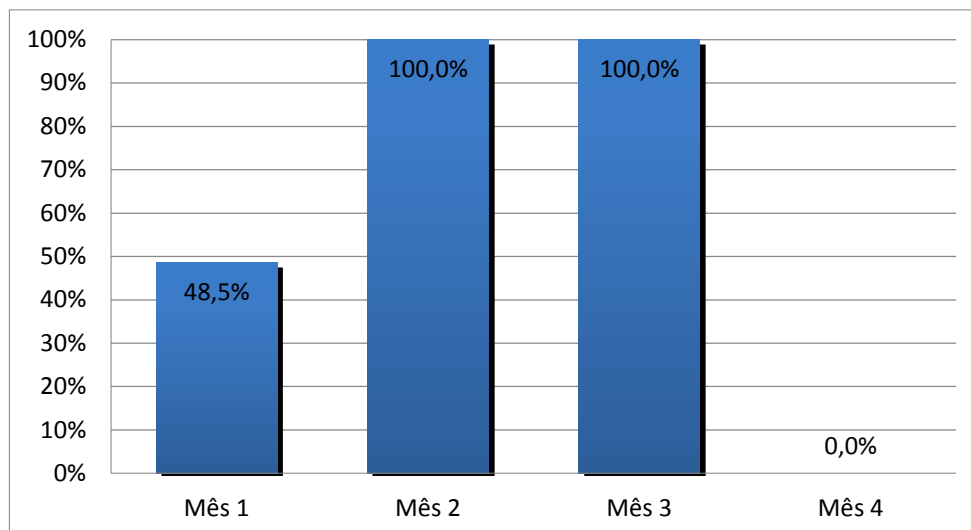


Figura 27. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Santa Terezinha/Pelotas-RS, 2015.

O vínculo com o usuário permite conhecer de forma mais ampla a realidade do mesmo e assim nos permite dar orientações com maior embasamento, por isso as orientações foram de forma gradual e também contamos com ajuda da dentista com as orientações aos diabéticos sobre a higiene bucal, ao final da intervenção terminou-se com a meta atingida em 100%.

## 4.2 Discussão

O projeto de intervenção desenvolvido na UBS possibilitou o início do cadastramento dos hipertensos e diabéticos na unidade e propiciou uma melhoria na atenção à saúde destes usuários, já que anteriormente a unidade não contava com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e com o projeto tivemos aumento da cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

A intervenção foi importante para a equipe iniciar o planejamento das atividades e avaliar aspectos importantes na saúde das pessoas com hipertensão e diabetes como exames clínicos em dia, avaliação de exames complementares, avaliação do risco cardiovascular, prescrição de medicamentos, assim como orientações nutricionais.

Os ganhos para a unidade básica de saúde são inúmeros, desde o início do cadastramento dos hipertensos e diabéticos até a melhoria da qualidade e

ampliação dos serviços prestados, ainda temos um melhor controle de insumos e além de uma melhora significativa nos registros existentes na unidade. Antes de implementada a intervenção os atendimentos eram feitos de maneira rápida e não existiam os agendamentos para o retorno dos usuários.

Desde o início a intervenção exigiu uma capacitação contínua seguindo o Protocolo de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) oferecendo a possibilidade de ampliar os conhecimentos em relação ao tema por todos os integrantes da equipe. Foram debatidos temas de interesse a cada semana nas reuniões da UBS e dadas as atribuições de cada profissional para o trabalho desde os ACSs com o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos e a busca ativa na comunidade, a técnica de enfermagem com as medidas dos parâmetros vitais e a revisão das carteiras de vacinas, a enfermeira com o preenchimento dos dados na ficha-espelho, a revisão das receitas médicas para fornecer medicamentos e os controles de estoques e validade da farmácia interna, a médica com as consultas completas, o pedido de exames complementares em dia e os tratamentos individualizados segundo fatores de risco associados.

Não somente a intervenção teve um grande impacto para a comunidade, mas a implantação da estratégia de saúde da família como um todo. Toda a população ficou satisfeita com os atendimentos e foram incluídos na agenda semanal com dias para as consultas do pré-natal, puericulturas, grupos de idosos, grupo de hipertensos e diabéticos e cada dia os atendimentos a demanda espontânea eram menores, as consultas de urgência/emergência eram classificadas por pessoal mais capaz.

Não houve nenhuma queixa e o impacto foi percebido pelos elogios dados para os profissionais na sala de espera da UBS. Acho que se começasse neste momento a intervenção seria mais efetiva, já que agora tenho uma equipe completa, estamos cadastrando a população de nossa área, com a equipe completa, as atividades de educação em saúde podem ser realizadas de forma mais ampla, poderíamos ter um melhor acompanhamento dos usuários com a ajuda dos ACSs, o processo de implantação da estratégia de saúde da família está se consolidando agora e a cobertura poderia ter sido de 100% na população alvo.

A intervenção já está incorporada a rotina da equipe, a definição de objetivos e metas já fazem parte do nosso planejamento, o próximo passo é a finalização do

cadastro dos usuários da área adstrita de minha equipe bem como a ampliação da cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos. Estamos em condições de superar algumas das dificuldades encontradas e melhorar cada dia mais a qualidade de vida da população brasileira. Nossa UBS está adequada em espaço físico e recursos para continuar desenvolvendo o trabalho proposto.

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

Prezado Gestor (a),

Nosso trabalho de intervenção teve a finalidade de buscar um aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha do município Pelotas. Para isso foi implementado na unidade uma intervenção com duração de 12 semanas e as atividades foram realizadas com usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita da minha equipe, destaca-se que durante esse período recebemos ajuda por parte do gestor que nos apoiou com recursos para facilitar o desenvolvimento do projeto.

Conseguimos resultados consideráveis ao longo da intervenção, foram cadastrados 284 hipertensos e 84 diabéticos com uma cobertura de 54,3% para hipertensos e de 65,1% para diabéticos, alcançamos 100% de qualidade nos exames clínicos em dia para todos eles, mas não foi possível alcançar 100% nos exames complementares em dia pelas dificuldades na demora dos resultados, sendo que foi alcançado 95,8% (272) para hipertensos e 98,8% (83) para diabéticos. A proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi melhorada ao longo da intervenção com 63,7% (158) para hipertensos e 63% (51) para diabéticos, não conseguimos a meta planejada com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, apesar disso os resultados foram bons com 82% para hipertensos e 89,3% para diabéticos.

Outra meta que não conseguimos atingir foi a avaliação do risco cardiovascular, a qual ficamos em 95,8% (272) para hipertensos e 98,8% (83) para



diabéticos, alcançamos 100% no registro adequado das fichas de acompanhamento para todos hipertensos e diabéticos cadastrados, assim como 100% nas orientações: nutricional, de prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal dos usuários atendidos em relação a importância do estilo de vida para evitar complicações e agravos destas doenças crônicas.

No desenvolvimento dessas 12 semanas enfrentamos muitas dificuldades, como a demora na realização dos exames complementares e a falta de equipe completa no início da intervenção, mas o trabalho continua e graças à colaboração de toda a equipe e ajuda dos gestores vamos melhorar os resultados alcançados. Agora a UBS está em processo de informatização e o trabalho vai ficar ainda mais ágil, pedimos apoio permanente dos gestores para o desenvolvimento das futuras ações e dar continuidade a nosso trabalho. Estamos solicitando ao gestor maior apoio nas dificuldades como pouca disponibilidade de horário da dentista, assim como demora nos resultados dos exames complementares para melhorar a qualidade de atenção aos usuários da UBS e pedimos a compreensão de todos, pois essas ações serão em benefício próprio tendo em vista que aumentando o autocuidado reduzimos os gastos com ações curativas que são mais custosas aos serviços de saúde.

Atenciosamente,

Equipe da Unidade de Saúde da Família de Santa Terezinha

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

Prezada comunidade,

É com grande alegria que venho contar a vocês sobre um trabalho desenvolvido na unidade de saúde de nossa região. Com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Santa Terezinha. Implementamos uma intervenção com duração de 12 semanas, o qual trabalhou com a atenção voltada aos usuários hipertensos e diabéticos da unidade.

O motivo de trabalhar com hipertensos e diabéticos foi após uma análise da situação dos usuários da unidade, onde percebemos que era necessário principalmente uma ampliação na cobertura e uma melhora na qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, levando em conta os riscos de complicações decorrentes do agravamento destas doenças associado a falta de acompanhamento médico destes usuários e a falta de orientação quanto aos cuidados como alimentação, além da importância da realização de exercícios físicos.

Orientações estas que a equipe abordou de forma integral durante todas as atividades tanto individuais em consultas, quanto nas coletivas com os grupos que realizamos: grupo de hipertensos e diabéticos, outra orientação importante foi das complicações e dos riscos do tabagismo, ainda é importante destacar que foi organizado também um grupo de fumantes na unidade.

Ao longo das 12 semanas foi possível chegar a uma cobertura de 54,3% (284) para hipertensos e de 65,1% (84) para diabéticos. Durante a intervenção foram realizados exame clínico de forma apropriada, indicados exames complementares,

prescrição de medicamentos na farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, preenchemos os registros adequados na ficha de acompanhamento, fizemos avaliação do risco cardiovascular, busca ativa de usuários faltosos as consultas, assim como todas as orientações nutricionais, sobre prática diária de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal para melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Chegamos ao final da intervenção com ótimos resultados com uma equipe disposta a incorporar a intervenção em sua rotina de trabalho, além de uma maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe, esperamos cada vez mais qualificar nossas práticas para prestar uma atenção integral aos nossos usuários, aumentando cada vez mais a cobertura e a qualidade do atendimento de toda a população de nossa área.

As sugestões da comunidade forem importantes e acho que a intervenção foi produtiva para a comunidade, embora não recebemos mais apoio, pois ainda não temos líderes comunitários para ajudar no trabalho e por isto que solicitamos mais apoio da comunidade para nosso trabalho futuro e poder ampliar a intervenção a outros grupos populacionais, estamos solicitando a formação do conselho local de saúde da comunidade para melhorar nosso trabalho, por isso gostaríamos de convidá-los a comparece a unidade de saúde na data que será agendada para uma reunião. Em breve informaremos, mas desde já agradecemos a atenção de todos. Nossa equipe espera sempre sua colaboração.

Atenciosamente,

Equipe da unidade de saúde Santa Terezinha

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

O curso da especialização contribuiu numa experiência muito importante para o desenvolvimento e reorganizações do processo do trabalho na unidade básica de saúde Santa Terezinha. Minha expectativa inicial ao curso era mais com relação ao processo de trabalho da médica inserido na ESF, esperava que o curso fosse mais uma atualização sobre a forma de atuação das médicas na atenção básica no Brasil, e me surpreendi quando iniciei e descobri que era uma intervenção a ser realizada, tentei realizar o melhor projeto possível.

O curso teve um significado em minha prática profissional, mais no sentido, de me ajudar a planejar minhas ações e trabalhar de forma organizada e com os conhecimentos adequados para o manejo dos usuários na unidade e na comunidade com base nos protocolos adotados no Brasil. Oportunizou também conhecer a real situação do território, através da estrutura, processo e resultado, para um planejamento em saúde que vá ao encontro das necessidades da população.

Durante o desenvolvimento foram utilizadas as ferramentas fornecidas pelo curso, os protocolos do Ministério de Saúde de 2013, em relação ao manejo dos usuários com doenças crônicas de Hipertensão e Diabetes, além de 8 horas semanais para as trocas e experiências com nossos colegas e professores, os debates e entraves dos fóruns de saúde coletiva, bem como as sugestões da orientadora através de Diálogo Orientador/Especializando (DOE) que foi de muito apoio para melhorar a qualidade das tarefas e de aumentar o nível de conhecimento sobre outras doenças e situações cotidianas que enfrentamos em nosso serviço mediante o estudo dos casos clínicos interativos.

Considero que foi muito importante aumentar meu nível de conhecimento na realização de programas de intervenção nos problemas de saúde da comunidade,

fazer ações de promoção e prevenção de saúde mais intencionadas. Acho que um dos elementos mais importantes foi que temos agora na unidade um programa com atendimento organizado, com ampla cobertura de usuários cadastrados com hipertensão e diabetes, qualidade de atenção, adequado registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúdes planejadas.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Fonte Alinhamento Número

Área de Tran... Colar Área de Tran... Fonte Alinhamento Número

CS

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

1223

1224

1225

1226

1227

1228

1229

1230

1231

1232

1233

1234

1235

1236

1237

1238

1239

1240

1241

1242

1243

1244

1245

1246

1247

1248

1249

1250

1251

1252

1253

1254

1255

1256

1257

1258

1259

1260

1261

1262

1263

1264

1265

1266

1267

1268

1269

1270

1271

1272

1273

1274

1275

1276

1277

1278

1279

1280

1281

1282

1283

1284

1285

1286

1287

1288

1289

1290

1291

1292

1293

1294

1295

1296

1297

1298

1299

1300

1301

1302

1303

1304

1305

1306

1307

1308

1309

1310

1311

1312

1313

1314

1315

1316

1317

1318

1319

1320

1321

1322

1323

1324

1325



## **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