

**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 Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN.**

**Mirna Hernández Pérez**

**Pelotas, 2015**

**Mirna Hernández Pérez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN.**

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

**Orientador: Eliane Carloni da Silva**

**Pelotas, 2015**

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

Pundefinedm Pérez, Mirna Hernández

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/Rn. / Mirna Hernández Pérez; Eliane Carloni Da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 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. Silva, Eliane Carloni Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

A meus filhos e minha família que mesmo distantes se fazem presentes em minha vida e a todos os que deram seu apoio, carinho e dedicação para fazer possível a realização deste trabalho.

## **Agradecimentos**

A orientadora do curso pela dedicação, preocupação, compreensão, paciência e comprometimento durante a confecção do meu trabalho. A minha equipe de saúde do PSF, pela confiança que depositam em mim, aos integrantes do NASF que sempre cooperaram com meu trabalho e obrigada a todos aqueles que fizeram possível que eu pudesse terminar meu trabalho.

## Resumo

HERNANDEZ, Mirna Pérez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN**. 2015. 92f. 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 (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são duas doenças crônicas que podem ocasionar a invalidez temporal ou permanente assim como desencadear complicações e até mesmo a morte. A HAS é uma doença altamente prevalente, sendo responsável pelo menos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doenças arterial coronária, em combinação com a diabetes representa 62% do diagnóstico primário de usuários submetidos à dialise, além de ser fatores de riscos das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, que se encontram dentro das 10 primeiras causa de morte no Brasil e no mundo. No Brasil constituem 32,2 % das mortes por infarto do miocárdio e derrame cerebral. A intervenção que realizamos teve como objetivo melhorar a Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN. O projeto foi desenvolvido no período de três meses (12 semanas), na área da UBS Marlete Nobrega da Luz. Para alcançar os objetivos propostos foi desenvolvido um cronograma, com metas e ações, como cadastro dos hipertensos e/o diabéticos que foi atualizado na planilha de coleta de dados no momento da consulta. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Na área adstrita à UBS há 4.104 usuários cadastrados, a intervenção teve como foco as pessoas com hipertensão e diabetes que contabilizam 624 e 154 respectivamente. A intervenção exigiu capacitação da equipe no cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Com os resultados obtidos foi possível atingir quase todas as metas propostas, na cobertura tivemos dificuldades no cadastramento dos diabéticos, na realização dos exames complementares assim como na aquisição de medicamentos na farmácia popular, não sendo possível atingir a totalidade dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade. Esta atividade envolveu o trabalho de toda a equipe, cada um com sua atribuição, agregando conhecimentos nas práticas com os usuários. Durante a intervenção foram acompanhados 407 (65,2%) hipertensos residentes na área de abrangência, e 91 (59,1 %) diabéticos, a intervenção proporcionou maior adesão dos usuários ao programa, o preenchimento dos dados foi realizado na planilha de coleta de dados e na ficha espelho disponibilizados pelo curso. A intervenção propiciou o melhor controle de todas as atividades realizadas e o planejamento de ações que permitiram ter uma melhor disponibilidade dos recursos médicos e humanos na unidade, com melhoria da organização e possibilidade de avaliar os resultados alcançados, além disso, ajudou a ter uma melhor inter-relação com a comunidade, incorporando muitas ações de prevenção e promoção de saúde, para alcançar mudanças no estilo de vida, melhorar a qualidade de vida e evitar as complicações tão frequentes nestes grupos de hipertensos e diabéticos.

Palavras-chave: Saúde da Família, atenção primária à saúde, doença crônica, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015	66
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	66
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	68
Figura 4	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	69
Figura 5	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	70
Figura 6	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	71
Figura 7	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.	71

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
APS	Atenção Primária à saúde
CAP	Caderno de ações programáticas
CEO	Centro de especialidade odontológica
DM	Diabetes mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
Ead	Ensino à distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
MS	Ministério da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
RAS	Relatório de Análise Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
UBS	Unidade básica de saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	24
2.2.1 Objetivo geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	48
2.3.3 Logística .....	54
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	63
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão .....	75
5 Relatório da intervenção para gestores .....	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
Referências .....	86
Apêndices.....	88
Anexos 86	

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a UNASUS. Neste trabalho foi realizada uma intervenção para melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos, na UBS Marlete Nobrega da Luz. O volume está constituído por cinco unidades de trabalho, sendo que na primeira parte desenvolvemos a Análise Situacional que permitiu ter o maior conhecimento sobre a unidade de saúde com avaliação das ações desenvolvidas na UBS e quais as deficiências, na segunda parte foi apresentada Análise Estratégica onde determinamos uma ação programática para ser realizado um projeto de intervenção. A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção após o projeto realizado durante 12 semanas na unidade de saúde. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos representativos destes indicadores de saúde, discussão após a realização da intervenção, incluindo as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer do período e os relatórios à comunidade e gestores ressaltando a importância da participação de todos para a melhoria da atenção prestada. Na quinta parte apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. Na última seção temos as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na unidade de saúde Marlete Nobrega da Luz, que pertence ao Bairro Maria Terceira do município Parelhas, no estado Rio Grande do Norte, com uma economia regular, a maior parte composta por trabalhadores, uma parte deles moram nas favelas, que é uma área na periferia do bairro, desprovido de recursos econômicos, com as ruas sem asfaltos, não tem rede de água e esgoto, com a falta de saneamento, onde existe o vício em drogas e o índice de risco elevado.

Na rede de saúde há quinze unidades públicas e cinco privadas, hospitais, unidades de saúde e pronto-socorro. O hospital municipal Doutor José Augusto Dantas, é uma unidade de saúde mista que presta atendimento ao SUS. Perto do hospital tem um laboratório que tem convênio com o SUS e que realiza os exames laboratoriais para tudo o município, além disso, tem no município outros laboratórios privados, assim como clínicas privadas, três farmácias que prestam serviços como farmácia popular, além de ter outras farmácias privadas. Tem uma população, com uma cobertura de 8 UBS, destas 6 são ESF tradicionais, tem um NASF (Núcleo de Apoio à saúde da Família), uma policlínica, uma base de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e dentro das especialidades deste município temos um psiquiatra, psicólogo, fisioterapia, ortopedia, audiofonia, as outras especialidades são encaminhadas para outros municípios, através do SUS.

Minha unidade básica de saúde tem uma estrutura física que não é adequada, sendo um local adaptado, muito pequena que não reúne as condições necessárias que deve ter uma UBS, sua ampliação está programada para ser realizada, mas ainda desconhecemos a data exata de quando isto vai ser feito, com a ampliação da unidade de saúde as condições dela vai ser melhoradas, por enquanto neste momento tem

apenas um consultório médico que é compartilhado com o enfermeiro, não tem almoxarifado, escovário, sanitário para deficientes, sala de esterilização, abrigo de resíduos sólidos, depósito de lixo, farmácia. Não há recepção, apenas uma pequena sala de espera, onde é feita a recepção dos usuários e uma pequena sala de vacinas que inclui um arquivo para os prontuários. Na sala de curativos são feitas nebulização e tem uma autoclave para esterilização do material odontológico e materiais de curativos. Todas as salas tem pouca iluminação e não tem boa ventilação. Têm dois banheiros, um para os usuários e outro para os profissionais, mas não tem um banheiro para deficientes físicos que precisem usar as cadeiras de rodas.

Na unidade temos o trabalho compartilhado em dois horários, um pela manhã de 7:30 h à 12:00 h e outro pela tarde de 13:00 h à 16:30 h, de segunda-feira a sexta-feira, todas as semanas no mês, também temos consulta odontológica, a qual é compartilhada com outra dentista do outro bairro perto da unidade, por isso o odontólogo da unidade só tem atendimento durante 3 dias na semana.

Entre as atividades de promoção da saúde e educação preventiva realizamos palestras em escolas e creches incentivando bons hábitos alimentares, higiene dos alimentos e como atuar sobre fatores de risco para prevenir doenças crônicas não transmissíveis, sobre como prevenir doenças sexualmente transmissíveis, além disso são ensinados sobre o uso adequado dos meios de proteção no local de trabalho, o que é muito importante nesta área à prevenção de doenças ocupacionais, como a silicose, tão prevalentes nesta população.

Em termos de doenças mais frequentes nos usuários que frequentam a UBS são as infecções respiratórias agudas e diarreias, hipertensão arterial descompensada, diabetes mellitus descompensadas e dislipidemias, causadas principalmente por maus hábitos alimentares, ou seja, a falta de uma boa orientação dietética, pois esta é uma população acostumada a um estilo de vida que leva ao consumo excessivo de medicamentos, quando em alguns casos, uma dieta simples poderia compensar essas doenças.

Chama atenção ainda o alto nível de consumo da população de psicotrópicos e sedativos que em algumas ocasiões não tem prescrição médica adequada, a gravidez na adolescência e acredito que isso acontece pela pouca divulgação de métodos anticoncepcionais e falta de educação sexual aos adolescentes, que, juntamente com a pouca comunicação entre os pais e adolescentes leva ao aumento destes.

Em nossa unidade temos feito visitas domiciliares a acamados e mais necessitados de nosso atendimento, além de executar consultas programadas e planejadas para usuários com doenças crônicas não transmissíveis, mulheres grávidas e crianças.

No princípio a demanda espontânea era muita, mas pouco a pouco com o agendamento das consultas de retorno, diminuiu a quantidade de consultas por demanda espontânea. Temos alguns atendimentos de urgência, além disso, temos marcado um dia de atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos, em dois horários de consultas.

O acolhimento da população é feito na sala de espera, porque não temos uma recepção, o mesmo é realizado por uma equipe específica de acolhimento sendo realizado em todos os dias de atendimento da UBS em todos os horários de consulta. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde são escutados e atendidos em suas necessidades, os usuários com problemas de saúde agudos que precisam do atendimento com o médico são atendidos no mesmo dia e os que não necessitam naquele momento, tem a consulta agendada para o dia seguinte. Há reuniões com a equipe de saúde é realizada uma vez ao mês, além de realizar atividades coletivas tais como palestras nas escolas, creches, conversações do grupo, reuniões com a comunidade as quais são realizadas uma vez ao mês também.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Parelhas, está localizado na mesorregião central potiguar e microrregião do Seridó oriental no estado Rio Grande do Norte(RN), distante 246 km de Natal a capital estadual. Tem clima tropical semiárido. Tem uma população de 24.000 habitantes, sendo o 27º município mais populoso do estado Rio Grande do Norte. Na indústria é o maior produtor de telhas do RN, por isso é conhecido como a capital da telha, tem mais de quarenta indústrias, onde trabalham a maior quantidade da população, além disso, tem algumas minas de pedras preciosas onde trabalha uma parte importante da população, outra pequena parte dela trabalha em outras atividades como prestação de serviços e no setor comercial (Wikipédia, 2015).

Na rede de saúde há quinze unidades públicas e cinco privadas, hospitais, unidade de saúde e pronto-socorro. O hospital municipal Doutor José Augusto Dantas, é uma unidade de saúde mista que presta atendimento ao SUS. Perto do hospital tem

um laboratório que tem convênio com o SUS e que realiza os exames laboratoriais para todo o município, além disso, tem no município outros laboratórios privados, assim como clínicas privadas, três farmácias que prestam serviços como farmácia popular, além de ter outras farmácias privadas. Tem uma população, com uma cobertura de 8 UBS, destas 6 são ESF e 2 tradicionais, tem um NASF (Núcleo de Apoio à saúde da Família), uma policlínica, uma base de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), um CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e dentro das especialidades deste município temos um psiquiatra, psicólogo, fisioterapia, ortopedia, audiofonia, as outras especialidades são encaminhadas para outros municípios, através do SUS.

A UBS Marlete Nobrega da Luz está localizada na zona urbana do município Parelhas, onde a área de abrangência tem boas condições socioeconômicas, tem redes de esgoto, aqueduto e iluminação, a maioria da população tem trabalho, há usuários de drogas e alguns desempregados, mas não constituem uma parte grande da comunidade. Há uma área pequena à favela onde as condições socioeconômicas não são as melhores, com muitas casas carentes da rede de esgotos, asfaltos. As construções desta área, apesar das dificuldades, têm boas condições de construção. No bairro há ainda muitas fábricas de costura, ferraria, padarias, comércios, fruteiras, lanchonetes, lojas de ferro e de roupas, lojas de moto e carro, que estão localizados em quase toda a área de abrangência, além disso, temos 4 escolas estaduais e 3 municipais, dentro delas uma creche, também contamos com 6 igrejas, uma católica e o restante evangélicas.

A unidade tem como modelo de atenção a ESF, tem um vínculo adequado com o SUS, a comunicação entre a equipe e a secretaria de saúde é aceitável, além disso, na área de abrangência temos quatro escolas, uma estadual e três municipais, todas são públicas, uma creche, outra que presta alfabetização e ensino fundamental, nestas instituições são realizadas palestras, avaliação visual, vacinação, verificação nutricional. Na unidade são feitos encaminhamentos para outras especialidades e o hospital, e estes encaminhamentos para o hospital são através do sistema de ambulância (SAMU) para os usuários que tenham alguma patologia que impossibilite seu traslado para o hospital por outra via. Não há contra referência dos médicos do hospital sendo a comunicação deficiente. Com relação aos exames laboratoriais e outros exames de média e alta complexidade são encaminhados para a secretaria do

município, onde são agendados em dependência das prioridades e disposição de recursos.

A equipe de saúde é composta por 13 pessoas, uma médica, um enfermeiro, um dentista, uma técnica de enfermagem, uma técnica de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais e 7 agentes comunitários. Temos comunicação com a comunidade mediante as palestras realizadas e também mediante os ACS, que recolhem informações das comunidades e são planejadas ações de saúde e desta forma a equipe busca envolver os usuários da comunidade nestas ações.

O número de habitantes na área adstrita é de 4104, sendo à UBS que mais habitantes tem no município, onde do sexo feminino são 2262, 55 % e do sexo masculino 1842, 45 %, com uma população que predomina entre 15 e 60 anos, 2528 pessoas, 61 % o qual demonstra que é uma população relativamente jovem. A estrutura da equipe de trabalho está de acordo com a população que atendemos, dentro das fragilidades temos que não são realizadas pequenas cirurgias e procedimentos cirúrgicos, não participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, o qual é necessário para ajudar a aumentar muitos insumos que não temos disponíveis na unidade de saúde.

Como estratégia para minimizar as deficiências que tem a unidade de saúde, é necessária a ampliação da mesma para haver mais salas de consultas e de reunião, porque esta estrutura sendo pequena impossibilita fazer muitas coisas que poderão ser feitas no local mais amplo. Esta situação foi informada ao gestor do município, que responde que não há recursos financeiros para realizar esta reforma na unidade. Além disso, necessitamos de muitos medicamentos e equipamentos para trabalhar, também devemos separar os horários para as diferentes atividades da equipe, ter diferentes horários de vacinação nesta sala a qual se usa para outras atividades, além disso, na sala de curativos fazem nebulização e agora está instalada a autoclave para esterilização dos materiais, o qual já está se realizando na unidade de saúde em horários diferentes. Também precisamos ampliar a cobertura de medicamentos, porque os que temos não são suficientes para o atendimento da população.

Em relação às atribuições da equipe há participação no processo de territorialização e mapeamento da área, identificação de grupos de riscos, assim como famílias e indivíduos expostos a riscos, grupos de agravos tais como hipertensão, diabetes entre outras, sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, etc.), sinalização das redes sociais (grupos de idosos, associação de

moradores, conselho local, etc.), atendimentos de urgências e emergências, mas só com tratamento oral, pois não temos medicamentos injetáveis e outros insumos necessários para um pronto atendimento dos usuários nestas condições.

O cuidado em saúde junto à população da área de abrangência na unidade é realizado nos domicílios, nas escolas e nas creches. Esse trabalho foi realizado em indústrias, mediante as palestras para prevenir doenças laborais, tão frequentes como a silicose entre outras. A equipe de saúde realizou cuidados nos domicílios mediante visitas domiciliares aos usuários acamados, idosos maiores de 75 anos, usuários com alguma deficiência mental, motora, visual, ou auditiva, puérperas, gestantes e crianças menores de um ano e qualquer usuário que tenha algum impedimento de comparecer à unidade e que necessite de nosso acompanhamento no domicílio. As visitas são solicitadas pelos ACS ou por algum familiar ou cuidador, todas as semanas.

A unidade tem uma estrutura física inadequada, a sala de consulta médica além de ser pequena, tem dificuldades com a iluminação e ventilação e a escassez de salas faz que muitas sejam misturadas e uma sala serve para realizar várias funções, por exemplo, na sala de espera é realizado o acolhimento dos usuários, na sala de vacinação há o arquivo dos prontuários dos usuários, na sala de curativos é realizado a nebulização e tem a autoclave para esterilização o qual tem que ser realizado em horários diferentes, mas as vezes acontece que chega algum usuário com dificuldade respiratória que precisa de uma nebulização, então nesse momento se a técnica de enfermagem está fazendo algum curativo, tem que aguardar e isso ocasiona incômodo aos usuários. Não há boa iluminação e ventilação em nenhuma sala da unidade, que produz mais mal estar nos usuários que são atendidos na unidade. Dentre os procedimentos que são realizados no domicílio, temos consultas médicas, curativos aos usuários que estejam acamados com feridas ou escaras, orientações sobre educação e cuidados de saúde, acompanhamentos de problemas de saúde, tais como doenças crônicas não transmissíveis descompensadas, com complicações ou sequelas, aferição da pressão arterial, procedimentos de enfermagem, aplicação de medicação injetável, medicamentos orais, vacinação, coletas de exames laboratoriais, troca de sondas e bolsas de ostomias, revisão puerperal.

Na unidade o trabalho é realizado de forma organizada. No princípio a demanda espontânea era muita, mas pouco a pouco tornamos possível que os usuários fossem marcando a consulta de retorno, sendo desta forma menor a



quantidade de consultas por demanda espontânea e sendo maior quantidade das consultas programadas e de acompanhamento. Temos alguns atendimentos de urgência, além disso, temos marcado um dia de atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos, em dois horários de consultas.

O acolhimento da população é feito na sala de espera, porque não temos uma recepção, o mesmo é realizado por uma equipe de acolhimento específico para isso, o qual é realizado em todos os dias de atendimento da UBS e todos os horários de consulta. Todos os usuários que chegam à unidade de saúde são escutados e atendidos em suas necessidades, todos os usuários com problemas de saúde agudos que precisam do atendimento com o médico são atendidos no mesmo dia e os que não necessitam naquele momento, retornam em outro dia, são realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de realizar atividades coletivas tais como palestras nas escolas, creches, conversações do grupo, reuniões com a comunidade.

Com relação à saúde das crianças, a estimativa do caderno de ações programáticas (CAP) é de 60 crianças com 52 (87 %) acompanhadas na UBS, com 52 (100%) com consultas em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde, com teste do pezinho até sete dias, com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última semana, com vacinas em dia, orientação sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes, 10 (19%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 39 (75%) com triagem auditiva, 43 (83%) com avaliação de saúde bucal.

Em relação à saúde das crianças podemos dizer que temos 52 (87%) crianças menores de um ano acompanhadas na unidade e realizamos puericulturas a todas as crianças menores de um ano, o qual é feito mensalmente, duas vezes na semana nos dois horários de consulta. As crianças são medidas e pesadas para verificar seu crescimento e seu estado nutricional o qual tem relação com um bom desenvolvimento psíquico motor e em cada consulta é feito uma avaliação das condições sociais, vacinação, condições da mãe, aleitamento materno, orientações de como evitar acidentes em casa. Todas as crianças que demandam atendimento para problemas de saúde agudos são atendidas no mesmo momento na unidade de saúde e não precisam procurar outro serviço de saúde, além disso, temos um registro adequado e trabalhamos com o protocolo de atendimento de puericultura para melhor desempenho na consulta, em quanto ao seguimento das crianças podemos dizer que é adequado na UBS.

Dentre outras ações são feitas as imunizações, prevenção de anemia por meio do tratamento preventivo com sulfato ferroso depois de 6 meses, também indicamos hemoglobina as crianças depois dos 6 meses de vida, controle de saúde bucal e prevenção de problemas odontológicos. A equipe de saúde faz visitas domiciliares às crianças, medida tão importante para olhar as condições socioeconômicas onde moram e também prevenção de violências.

Na unidade de saúde não há um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, o qual é necessário para um melhor controle e organização dos prontuários das crianças. Realizamos palestras sobre aleitamento materno, prevenção de acidentes, cuidados do recém-nascido, alimentação saudável entre outras. Todas as ações são planejadas e monitorizadas e delas participam todos os membros da equipe de saúde.

Na unidade temos 26 (42%) gestantes acompanhadas, dado que não corresponde com a estimativa do CAP é de 61. Realizamos um seguimento das gestantes mensalmente e as que têm algumas doenças ou infecções agudas ou crônicas são atendidas com um maior controle e seguimento, até o final da gestação. As gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre são 19 (73%), com exame ginecológico por trimestre são 15(57%) e para os demais indicadores de qualidade, temos as 26 (100%) atendidas. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática, o serviço adota um protocolo, contamos com um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações, nem todas as gestantes assistem as consultas acompanhadas por um familiar, apenas as gestantes adolescentes que geralmente vão acompanhadas por suas mães. Fazemos palestras sobre educação em saúde abordando o aleitamento materno, evitar acidentes na casa, cuidados do recém-nascido, dieta saudável e manter uma boa higiene pessoal e do ambiente e a equipe também faz visitas domiciliares as gestantes e puérperas.

As ações desenvolvidas na unidade são diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, vacinação, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física e saúde bucal, promoção de saúde mental nas consultas individuais e atividades coletivas. Dentro dos aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal é aumentar as visitas domiciliares para

a captação precoce das gestantes e ter um arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes para um melhor controle do pré-natal.

Em relação ao puerpério temos uma estimativa de 60 puérperas, mas na realidade temos apenas 25 (42%) puérperas que são acompanhadas na unidade, sendo 25 (100%) com consultas realizadas antes dos 45 dias de pós-parto, com a sua consulta puerperal registrada, que receberam orientações sobre os cuidados básico do recém-nascido, com orientações sobre aleitamento materno e planejamento familiar, com exame das mamas, com avaliação quanto à intercorrências e de seu estado psíquico, 18 (72%) com exame ginecológico realizado, porque as outras não se negaram a realizar o exame. Na unidade as puérperas são acompanhadas pela equipe de saúde, a primeira visita domiciliar é realizada pelos ACS e depois são realizadas visitas domiciliares mensalmente tanto pelo enfermeiro, o dentista e médico, e dependendo das necessidades são novamente reavaliadas e no momento da consulta do recém-nascido, a puérpera também é consultada, por isso o acompanhamento é realizado em conjunto e são orientadas as ações de saúde no mesmo dia, são orientadas as medidas de higiene das mamas, manter uma boa alimentação, aumentando a ingestão de líquidos, higiene pessoal adequada, orientação sobre a forma correta de amamentar as crianças, estar em um ambiente ventilado, tranquilo e evitar o estresse.

Das mulheres entre 25-64 anos para prevenção de câncer de colo de útero, segundo estimativas dados do CAP temos 845 (82%), com 736 (87%) com exame citopatológico em dia, com 195 (23%) com mais de 6 meses de atraso no exame, com exame citopatológico alterado temos apenas 4 mulheres, 764 (76,4%), com avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, com orientação sobre DST, com exames coletados com amostra satisfatória, 15 (2%) com exames coletados com células representativas da junção escamo colunar. Na UBS não há condições para fazer exames citológicos, pois não tem sala de consulta ginecológica, não tem espéculos para coleta de amostras do exame citológico e as usuárias têm que ir a uma clínica privada e pagar o preventivo. Isso é com certeza uma dificuldade que temos na unidade, mas as orientamos a sempre que realizam o exame citopatológico em clínica privada, retornar na unidade para consulta, com avaliação os resultados e preenchimento dos prontuários. Esta situação foi analisada com o gestor e foi decidido fazer os exames citológicos na policlínica de todas as semana na sexta feira, já que na unidade não temos sala ginecológica para

fazer os exames citopatológico. Acho que essa é uma solução imediata, a melhor solução seria ampliar a unidade de saúde e fazer uma sala ginecológica para fazer o preventivo, além da disponibilização de materiais para o exame preventivo do câncer de colo do útero, com um caderno para registrar as usuárias que realizam o exame preventivo e um registro específico para o controle destas mulheres.

Em relação ao controle do câncer de mama, o número de mulheres entre 50 e 69 anos temos 238 (77%) enquanto o total estimado pelo CAP é de 309, destas apenas 136 (57 %) tem mamografia em dia, 87 (37%) tem 3 meses ou mais no exame, mas estes dados são uma estimativa porque não temos um registro destas usuárias. Na consulta médica é realizado o exame de mama preventivo a todas as mulheres de risco e também feita a solicitação de mamografia e/ou ultrassonografia de mama, as quais são encaminhadas para a secretaria de saúde para marcar o exame, além disso, não temos na unidade de saúde a existência de um arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia. Os resultados são registrados no prontuário das usuárias e a equipe de trabalho realiza palestras sobre evitar o tabagismo, fazer exercícios físicos sistêmicos, uma alimentação adequada, rica em frutas e vegetais, assim como realizar exame de mama periodicamente.

A estimativa do CAP em relação ao usuários com hipertensão é 851, mas, temos 624 usuários cadastrados (73%), mas, nem todos estão acompanhados na unidade, há 396 (63 %) com atraso de consulta agendada em mais de 7 dias e com avaliação de saúde bucal e 310 (50%) com exames complementares periódicos em dia, realização de estratificação de risco, com orientação sobre atividade física e alimentação saudável.

Com relação à Diabetes Mellitus temos uma estimativa no CAP de 243 usuários que não corresponde à realidade da UBS que é de 154 (63%) usuários, sendo 84 (56%) com realização de estratificação de risco, 107 (69%) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 109 (71%) com exames complementares periódicos em dia, 136 (88%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior e avaliação de saúde e 128 (88%) com medida da sensibilidade dos pés, no entanto estes dados não refletem a realidade da população, pois não há os registros adequados desta população, assim como dos hipertensos.

Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, são feitas ações para controle do peso corporal e se estímulo da prática

regular da atividade física, realiza-se informação sobre os malefícios do consumo de álcool e tabagismo em forma de palestras na unidade de saúde, nas escolas, creches. São realizados atendimentos de adultos portadores de HAS e DM uma vez na semana nos dois horários de atendimento. Todos os usuários que demandam atendimento para problemas de saúde agudos são atendidos o mesmo dia, não temos um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM e não temos profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com hipertensão e DM.

Temos muitas dificuldades na atenção aos hipertensos e diabéticos, primeiramente porque não temos atualizados os dados no sistema, na unidade não temos um registro específico para estes usuários, não é usado o protocolo no atendimento, não temos o conhecimento da população da área de abrangência e dos usuários que são acompanhados na unidade, a demanda do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos é maior, as vezes com descompensação de suas doenças o qual reflita que não estão sendo bem acompanhados na unidade, além disso temos muitos usuários jovens com complicações graves e sequelas, tais com AVC, além de ter amputação de membros e alguns estão acamados por complicações dessas doenças crônicas.

Dentre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e à DM, são fazer o arquivo específico para os registros destes usuários, realizar palestras nas indústrias e nas associações de bairro sobre as doenças crônicas não transmissíveis e sobre eliminar maus hábitos de saúde, ter uma alimentação saudável que permita evitar as complicações destas doenças que podem levar a morte ou a invalidez transitória ou permanente. Aferir a pressão arterial dos usuários maiores de 18 anos que vão à unidade para fazer diagnóstico precoce da doença e também fazer glicose capilar aos usuários que tenham fatores de risco para diabetes mellitus, para de esta forma realizar a prevenção, diagnóstico e um bom tratamento destas doenças na população que é atendida na unidade de saúde. Acredito que a grande dificuldade desta ação é o rastreamento de novos casos e a atenção de forma integral.

O número de idosos acompanhados na unidade de saúde é de 415 (94%) da população segundo estimativa do CAP que é 443. Existe uma boa atenção às pessoas idosas para melhorar a qualidade de vida, como orientação sobre alimentação saudável, importância dos exercícios físicos sistemáticos, evitar o sedentarismo,

deixar o tabagismo e alcoolismo, saúde bucal e manter um controle das doenças crônicas não transmissíveis tão frequentes nestas pessoas. Com relação aos idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa temos 100%, todos tem acompanhamento em dia, destes 216 (52 %) são hipertensos e 134 (32 %) são diabéticos, todos recebem orientação sobre nutrição saudável e atividade física regular, dentro das atividades que são desenvolvidas no cuidado aos idosos são imunizações, promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental.

O trabalho na unidade de saúde é planejado e organizado de acordo ao protocolo de atendimento para idosos, também fazemos controle das doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes mellitus e cardiopatias isquêmicas entre outras para evitar as complicações e assim conseguir elevar a qualidade de vida destas pessoas. Na unidade de saúde temos um programa de atenção integral aos idosos, que ajuda no planejamento das ações e consultas além de favorecer as ações de prevenção e promoção de saúde.

O maior desafio na unidade de saúde é a ampliação de sua estrutura física, para possibilitar a disponibilidade de todas as salas que precisamos, para desta forma melhorar nosso trabalho, poder ter uma sala de reunião que nos permita realizar atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como outras reuniões como da equipe de saúde, também necessitamos ter materiais como espéculos para fazer exame citológico preventivo e arquivos para ter controlados todos os usuários atendidos na UBS. Nosso melhor recurso não é material e sim humano, nós temos uma equipe de saúde bem integrada, que gosta de trabalhar juntos para melhorar todas as condições na unidade de saúde, uma equipe que tem um alto valor humano, integrado e com uma alta responsabilidade do trabalho.

Diante da realidade de nossa população e de nossa situação no atendimento às ações programáticas, a equipe optou pelo trabalho foco da intervenção com os hipertensos e diabéticos, pois detectamos uma deficiência nesta ação, com a necessidade de reorganização do trabalho, dos registros de forma adequada para a realização do acompanhamento, pesquisa de novos casos e além disso atividades de prevenção para a população adulta, com avaliação daqueles com fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas de grande impacto na atenção básica e na saúde pública.

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

Ao comparar o texto inicial da situação da ESF com este relatório, podemos ver como este relatório é mais organizado e estruturado, melhor elaborado em relação ao inicial, porque neste momento nós temos mais conhecimentos dos problemas mais significativos que temos em nossa unidade de saúde e também podemos buscar novas alternativas para melhorar as condições de nossos atendimentos. Apesar das dificuldades encontradas devido a condição estrutural, podemos dizer que as ações realizadas são para intensificar o comprometimento da equipe de saúde, pois foi possível ter conhecimento das maiores necessidades de adequações e das ações que permitem um bom acompanhamento dos usuários.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil está entre os países onde as doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) constituem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%) e desde a década de 1960 têm sido mais comuns que as doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, diarreias agudas, broncopneumonias (BRASIL, 2006). Na faixa etária de 30 a 69 anos essas doenças foram responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Apesar de ser passível de prevenção, essas doenças continuam sendo um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2013a).

Em meu município e minha unidade de saúde, também há uma alta prevalência, além de ter muitas pessoas as vezes jovens com complicações destas doenças por não ter um bom controle, por isso a necessidade de organização da atenção no serviço, sendo o que motivou a equipe para fazer o trabalho de intervenção com o foco em hipertensão e diabetes. Por esta problemática e para seu melhor controle, foi implantado no Brasil no ano 2002 o programa do ministério da saúde chamado HIPERDIA que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos e realizar a estratificação de risco cardiovascular para a classificação pelos riscos, além disso, permite o planejamento, monitoramento e avaliação das ações para estes grupos de usuários mediante o uso dos protocolos oficiais de atendimentos, o qual permite melhorar a qualidade dos serviços de atenção da saúde (BRASIL, 2013a).

A ação programática sobre hipertensão e diabetes mellitus é importante para a saúde da população de nossa UBS porque nos permite ter o melhor controle e atenção destes usuários mediante ações de educação em saúde, evitar hábitos tóxicos tais como tabagismo, alcoolismo, consumo excessivo de café, alimentação saudável, realizar exercícios físicos sistemáticos, evitar o sedentarismo, controle do sobrepeso e obesidade, evitar o estresse. Neste momento, estamos trabalhando sobre seus fatores de riscos para evitar com esta ação que possam ter complicações graves, tais como danos em órgãos alvos como coração, cérebro e os rins e que não fiquem descompensados de suas doenças crônicas não transmissíveis. O trabalho com estas ações que permitam ter uma ampla cobertura do serviço deve envolver a equipe de trabalho e também a população do bairro, melhorando o serviço a este grupo de pessoas que procuram a unidade de saúde apenas quando tem algum sintoma de descontrole de suas doenças. Desejamos com a intervenção oferecer um melhor planejamento das ações de saúde encaminhadas à mudanças nos estilos de vida, com acompanhamento de qualidade para manter uma qualidade de vida elevado.

A unidade de saúde tem uma estrutura que não é a adequada para uma UBS porque é um local adaptado, muito pequeno, tem apenas um consultório médico, o qual é compartilhado com o enfermeiro, tem uma pequena sala de vacinação, a qual se usa para outras funções, como recepção dos usuários, tem uma sala de curativos, onde são feitas nebulizações e esterilização do material e instrumental para uso odontológico, tem uma pequena sala para consulta odontológica, além disso, não temos uma sala de reunião para fazer palestras assim como reunião com a equipe de



trabalho. As atividades coletivas são feitas nas casas de usuários da comunidade, mas as reuniões com a equipe de saúde são realizadas nas casas dos profissionais. A equipe de trabalho está constituída por uma médica, um enfermeiro, um odontólogo, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde e uma auxiliar dos serviços gerais. A área de abrangência da UBS é uma das maiores do município com uma população de 4104 habitantes, que conta de 7 micro áreas atendidas pelos ACS e tem perto da área de abrangência uma favela, caracterizada por condições socioeconômicas desfavoráveis.

A equipe desenvolve algumas ações de promoção em saúde, houve melhora no acolhimento e temos o material adequado para aferição da pressão arterial e realização de hemoglicoteste, mas ainda não é suficiente para garantir a qualidade de assistência necessária.

Na cobertura temos 624 hipertensos e 154 diabéticos, mas nem todos fazem o acompanhamento na unidade de saúde, por isso temos muitas dificuldades na atenção aos hipertensos e diabéticos, primeiramente porque não temos atualizados os dados no sistema, na unidade não temos um registro específico para estes usuários, não é usado o protocolo no atendimento, não temos o conhecimento da população da área de abrangência e dos usuários que são acompanhados na unidade, além de ter muitos usuários hipertensos e diabéticos que assistem a unidade com descompensação de suas doenças, também temos muitos usuários jovens com complicações graves e sequelas, tais com AVC, além de ter amputação de membros e alguns estão acamados por essas doenças descontroladas.

Desta forma a equipe espera que com a intervenção esta realidade possa começar a ser modificada, para que as ações sejam desenvolvidas com a qualidade necessária para um acompanhamento adequado da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

#### 2.2.1.1. Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

Ampliar a cobertura à 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 diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao objetivo 1 Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas relativas ao objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este foi estruturado para ser realizado em 16 semanas na UBS Marlete Nobrega da Luz, mas em virtude das férias do especializando, foi realizado em 12 semanas nos meses de abril/2015 a julho/2015. Participarão da intervenção todos hipertensos e/ou diabéticos que engloba as pessoas acima de 20 anos da área de abrangência da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica de HAS e DM n° 36 e 37 do Ministério da Saúde de 2013. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e/o diabéticos na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Cobertura**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 - cadastrar 80 % dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 - cadastrar 80 % dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Eixo de Monitoramento e avaliação:

AÇÃO:

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

Detalhamento das ações:

A equipe de saúde da unidade através de visitas domiciliares irá monitorar todos os hipertensos e diabéticos que foram cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Na unidade de saúde podemos manter um arquivo específico para ter os prontuários dos hipertensos e diabéticos.

O monitoramento dos cadastros será realizado pelo enfermeiro da unidade de saúde com uma periodicidade mensal.

Eixo de organização e gestão do serviço

AÇÃO:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

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

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

A equipe de saúde fará um registro com os dados geral de todos os portadores de hipertensão e diabetes, o qual foi confeccionado no computador da unidade básica, para ter um melhor controle deles, e a cada vez que venham para consultas programadas será realizado o acolhimento, com garantia de que os esfigmomanômetros estejam bem calibrados para a aferição da pressão arterial, assim como que os glicômetros sejam suficientes para fazer controle da glicose de todos os diabéticos.

Realizar a busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos mediante as visitas domiciliares com as consultas reagendadas.

Garantir o registro de todos os atendimentos de hipertensos e diabéticos realizados na unidade de saúde.

Realizar a capacitação de todos os profissionais na unidade de saúde para o acolhimento destes usuários.

Eixo de engajamento público:

AÇÃO:

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 das ações:

Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sendo os responsáveis os ACS.

Orientar os mais predispostos como os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes;

Informar e esclarecer sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes, tanto na unidade de saúde como na comunidade mediante palestras, atividades grupais nas escolas, igrejas e durante as visitas domiciliais.

Através de palestras na comunidade, escolas e creches buscamos informar a todos sobre o adequado conhecimento do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos e desta forma envolver a comunidade nestas ações de cuidado da saúde, além de explicar a importância de medir a pressão arterial a todos os usuários por acima de 18 anos pelo menos uma vez ao ano. Os profissionais responsáveis por esta atividade são o enfermeiro e a médica da unidade de saúde.

Orientar sobre a vigilância da pressão arterial nos diabéticos que tenham cifras maiores de 135/80 mmHg e a comunidade sobre os fatores de risco que podem levar ao aparecimento destas doenças.

Orientar sobre a população sobre o programa de atenção aos usuários com fatores de riscos de hipertensão e diabetes com ações desenvolvidas tanto na unidade de saúde como na comunidade, além de realizar atividades em grupos e parcerias, nas escolas e igrejas.

#### 4-Qualificação da prática clínica:

##### AÇÃO:

Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

##### Detalhamento das ações:

Os agentes comunitários de saúde serão capacitados pelo enfermeiro da unidade de saúde no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, além disso, foi capacitada a equipe de saúde para a verificação da pressão arterial assim como para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sendo o profissional responsável pela atividade à técnica de enfermagem e o enfermeiro.

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

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

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

#### Eixo de monitoramento e avaliação

##### Ações:

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

Detalhamento das ações:

Realização de consultas médicas programadas com exame clínico adequado a todos os usuários hipertensos e diabéticos a cada quatro meses, com indicação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo e com a periodicidade de cada seis meses para que sempre sejam controlados, além da revisão dos hipertensos e diabéticos mensalmente.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Na unidade de saúde há uma distribuição de cada membro da equipe para fazer o exame clínico de hipertensos e diabéticos com ajuda do enfermeiro e a técnica de enfermagem. O acolhimento inicial é feito pela técnica de enfermagem, e além de medir e pesar aos usuários, o enfermeiro verifica a pressão arterial, a técnica de saúde bucal realiza o exame bucal e a médica faz o exame físico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Na unidade de saúde temos impressa uma versão atualizada do protocolo para atendimento dos hipertensos e diabéticos, disponível aos profissionais sendo necessário o uso de forma rotineira nos atendimentos.

Eixo do engajamento público.

Ação:



Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológica

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

Detalhamento das ações:

Orientar os usuários e comunidade sobre os fatores de riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de manter o controle de exame clínico periodicamente mediante a realização de palestras na comunidade, através das consultas individuais e atividades coletivas.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações:

Com a capacitação, a equipe de saúde será preparada para a realização do exame clínico apropriado através de discussões nas reuniões de equipe, tendo como responsáveis o médico e enfermeiro da unidade.

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.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ações:

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

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

#### Detalhamento das ações:

Realizar mensalmente o monitoramento do número de hipertensos com exames laboratoriais e os que tenham exames laboratoriais solicitados periodicamente, através de fichas espelhos e foi feito no computador com ajuda da técnica de enfermagem.

#### Eixo de Organização e gestão do serviço

##### Ações:

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 os exames complementares preconizados.

#### Detalhamento das ações:

Na unidade de saúde são solicitados os exames complementares para realizar no hospital, os mesmos são garantidos pela secretaria de saúde do município, que não falem reativos para realizá-los e o controle destas solicitações e realizações pela equipe de saúde é feito periodicamente. Desta forma, foi conversado com o gestor municipal para garantir a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

#### Eixo do engajamento público.

##### Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

#### Detalhamento das ações:

Orientar aos usuários e comunidades sobre a importância de fazer os exames complementares adequadamente segundo o tempo estabelecido (periodicidade) no protocolo de atendimento dos hipertensos e diabéticos, para garantir o acompanhamento de qualidade.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Realizar a atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes, o qual é desenvolvido nas reuniões com a equipe de saúde, segundo protocolo, esta capacitação são realizadas nas reuniões com a equipe, cada 15 dias.

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.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento das ações:

Garantir a todos os hipertensos e diabéticos o acesso aos medicamentos da farmácia popular mediante o cadastramento dos usuários na farmácia popular e prescrição nas consultas médicas.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento das ações:

Na unidade o estoque de medicamentos é controlado sistematicamente, além disso, temos um caderno no qual são registrados todos os medicamentos dos

hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção integral, sendo atualizado uma vez ao mês, o qual é feito com ajuda da técnica de enfermagem.

Eixo do engajamento público.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Orientar a comunidade sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e possíveis alternativas, estas orientações são realizadas nas atividades coletiva, palestras com os grupos e na consultas médicas, pela equipe de saúde.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento das ações:

Realização de reuniões com os profissionais onde se reflita sobre como deve ser o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, quais são os sintomas e sinais fundamentais, qual é o tratamento adequado para cada usuário, dependendo de suas condições de saúde, e esta capacitação é feita mensalmente pela a médica e o enfermeiro.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Por meio da avaliação da dentista da unidade de saúde se controla os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e na consulta médica fazemos revisão da boca deles para diagnosticar qualquer problema odontológico que precise, também são monitorados através das fichas de atendimento e os prontuários e se prioriza seu atendimento pela dentista.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ação:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos, organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os hipertensos e diabéticos, será realizado por meio da técnica de saúde bucal que organiza o atendimento em de acordo com as necessidades dos usuários, de sua urgência, e daqueles que tenham alguma situação que precisem de avaliação antes de seis meses. A organização das prioridades de atendimento será em dependência da condição que motivou à consulta e a capacidade de atendimento de consultas programadas. Neste momento no município há muitas dificuldades com o atendimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo do engajamento público.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Orientar a comunidade sobre a necessidade de ter avaliação de saúde bucal especialmente aos hipertensos e diabéticos mediante as atividades coletivas e nas consultas médicas e odontológicas, pela equipe de saúde.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Capacitaremos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, nas reuniões da equipe, com o odontólogo e a técnica de saúde bucal.

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

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

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

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Na unidade de saúde monitoramos a assistência aos hipertensos e diabéticos de acordo com as consultas previstas a cada quatro meses e também são monitorados os arquivos mensalmente por parte dos agentes de saúde.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações:

As visitas domiciliares serão organizadas para buscar os faltosos às consultas programadas e em caso que o usuário apresente alguma condição física ou mental que dificulte sua locomoção até a unidade de saúde, será realizada a consulta médica na casa do usuário sem necessidade de seu traslado para a unidade de saúde. As visitas domiciliares são realizadas com a médica, técnica de enfermagem, enfermeiro e técnica em saúde bucal e estas visitas serão organizadas de acordo as condições físicas, socioeconômicas e necessidades mais urgentes que apresente o usuário e em dependência da avaliação de necessidade feita pelos agentes de saúde.

Eixo do engajamento público.

Ação:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

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

Detalhamento das ações:

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecemos aos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, mediante palestras realizadas. Sempre existe espaço para escutar as estratégias que a comunidade sugere e isto será organizado de forma tal que permita que a comunidade tenha também seu momento para falar sobre suas necessidades.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ação:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

Realizar a capacitação dos agentes comunitários para a orientação de hipertensos e diabéticos em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, sempre com a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida que possa aparecer.

Objetivo 4- melhorar o registro das informações.

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

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

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Realizar o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, avaliando quantos usuários vêm às consultas programadas, como é a qualidade da consulta, se tem realizados exames laboratoriais pelo menos cada seis meses, além disso, se tem um bom seguimento depois da consulta e também devem ter a programação da próxima consulta como esteja orientado no programa. Realizar a revisão das fichas espelhos e os prontuários dos usuários, o qual é realizado mensalmente e o responsável por esta ação é o enfermeiro.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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



#### Detalhamento das ações:

Manteremos as informações do SIAB atualizadas por meio dos agentes de saúde que fazem visitas domiciliares mensais.

Na unidade de saúde temos um arquivo com todas as fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, com revisão mensal destes arquivos com ajuda da técnica de enfermagem.

No computador da unidade de saúde temos organizado um sistema de registro que viabiliza situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, devendo manter as informações atualizadas para esse monitoramento que será feito pela técnica de enfermagem.

#### Eixo do engajamento público.

##### Ação:

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

#### Detalhamento das ações:

Orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sendo realizado na unidade de saúde, mediante palestras aos usuários e se realiza semanalmente.

#### Eixo de qualificação da prática clínica.

##### Ações:

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

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

#### Detalhamento das ações:

A capacitação a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos durante as atividades coletivas, orientações nas reuniões da equipe, desenvolvidas por mim, com ajuda do enfermeiro.

A capacitação a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas é feito com ajuda da técnica de enfermagem e o enfermeiro,

Objetivo 5- Mapear hipertensos e diabéticos de riscos 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.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação:

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

Detalhamento das ações:

Monitoramos o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, antes da consulta médica vai ser revisados os prontuários dos usuários e preenchidos na ficha espelho a cada 4 meses, esta atividade será realizada por mim e pela técnica de enfermagem.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como alto risco e organização da agenda para o atendimento desta demanda, para o atendimento de forma programada e continuada.

Eixo do engajamento público.

Ação:

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

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

Detalhamento das ações:

Nas palestras realizadas na comunidade e nas escolas com os trabalhadores estes serão orientados sobre o nível de risco e à importância do acompanhamento programado destas doenças crônicas, além de orientar sobre quais são os usuários que tem maior risco hereditário, por alimentação inadequada, sedentarismo, hábitos de tabagismo, alcoolismo e como estes usuários tem que realizar controle da pressão arterial e da glicose pelo menos duas vezes ao ano, esta atividade vai ser realizada pela equipe de saúde, cada 15 dias.

Orientamos aos usuários e a comunidade sobre as mudanças no estilo de vida saudável, estas orientações são realizadas na unidade de saúde, durante as consultas programadas e por meio de cartazes nas paredes com informações que permitam aos usuários ler enquanto aguardam pelo atendimento.

Eixo de qualificação da prática clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo a escala de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e as estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis, esta atividade vai ser realizada por mim, nas reuniões da equipe.

Objetivo 6 – promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Eixo de monitoramento e avaliação:

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento das ações:

Orientar sobre como manter uma nutrição saudável, garantindo que os usuários possam fazer uma dieta alimentar adequada, que evite o aparecimento de fatores de riscos. Isto é feito na consulta programada e mediante palestras realizada cada 15 dias e o responsável pela atividade é a médica e o enfermeiro.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ação

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações:

Dar informações sobre alimentação saudável, por meio de palestras nas escolas, creches, igrejas, sendo estas atividades realizadas pelo enfermeiro e a médica da unidade de saúde, além disso, dialogar com a secretaria de saúde do município para realizar parcerias institucionais que permitam envolver a nutricionistas nestas atividades.

Eixo de engajamento público

Ação

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

#### Detalhamento das ações

Na unidade de saúde, assim como na comunidade orientar os usuários sobre a importância de manter uma alimentação saudável que permita evitar a aparição destas doenças assim como suas complicações mais frequentes mediante as palestras, orientações no grupo, cartazes colocados na unidade e nas escolas, esta atividade vai ser realizada pela equipe.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

##### Ação

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade sobre metodologias de educação em saúde.

#### Detalhamento das ações.

Capacitar a equipe sobre educação em saúde e sobre como manter uma alimentação saudável, de forma contínua nas reuniões com a equipe para reafirmar cada vez mais seus conhecimentos.

Meta: 6.3 garantir a orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta: 6.4 garantir a orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

#### Eixo de monitoramento e avaliação

##### Ação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

#### Detalhamento das ações

Neste momento está sendo construído um ginásio perto na unidade de saúde para que toda a comunidade possa realizar exercícios físicos sistemáticos e principalmente os hipertensos e diabéticos, isto vai ser de muita ajuda para estes

usuários, neste caso a técnica de enfermagem vai ser a responsável para monitorar esta atividade.

#### Eixo de Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

#### Detalhamento das ações

Na unidade de saúde foi colocado o mural com a divulgação destas atividades e também são colocados como vão ser feitas as atividades físicas, além disso, estão sendo envolvidos educadores físicos das escolas nestas atividades, com enfermeiro como responsável.

#### Eixo de engajamento público

##### Ações

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

#### Detalhamento das ações

Tanto a comunidade como na unidade, os hipertensos e diabéticos são orientados sobre a importância da prática de atividade física regular, com ajuda dos agentes comunitários de saúde e como responsável está a médica da unidade.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da unidade sobre a promoção da prática de atividade física regular.

#### Detalhamento das ações

Capacitar toda a equipe de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, tendo como responsável a técnica de enfermagem.

Metas: 6.5- Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Metas: 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

Detalhamento das ações

Monitorar as atividades sobre orientação dos riscos do tabagismo nos hipertensos e diabéticos, na unidade de saúde sendo o responsável desta atividade o enfermeiro.

Eixo de Organização e gestão do serviço

Ação

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

Detalhamento das ações

Mediante reuniões da equipe com a secretaria de saúde solicitar a compra de medicamento que permitam eliminar o tabagismo, sendo o responsável a técnica de saúde bucal, o enfermeiro e a médica.

Eixo de engajamento público

Ações

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

Detalhamento das ações

Mediante palestras na comunidade orientar os usuários sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, cujo responsável nesta atividade é a médica da unidade.

Eixo de qualificação da prática clínica

### Ações

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

### Detalhamento das ações

Capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde, sendo o responsável a dentista da unidade de saúde.

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

Meta6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

### Eixo de monitoramento e avaliação

#### Ação

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

### Detalhamento das ações

Orientar os hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal, mediante o monitoramento no computador da unidade de saúde que é levado pelo enfermeiro e a dentista.

### Eixo de Organização e gestão do serviço

#### Ações

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

### Detalhamento das ações

Planejar reunião com o dentista para fazer uma programação das consultas odontológicas de forma tal que sejam atendidos os usuários hipertensos e diabéticos em dependência das urgências médicas e a demanda espontânea, esta atividade vai ser realizada por mim, na reunião com a equipe, cada 15 dias.

### Eixo de engajamento público



### Ações

Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

### Detalhamento das ações

Serão desenvolvidas atividades na comunidade por meio de palestras e também individual com informações sobre a importância da higiene bucal, as ações vai ser realizadas uma vez ao mês, pela equipe de saúde.

### Eixo de qualificação da prática clínica

#### Ações

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

### Detalhamento das ações

Capacitar a equipe de saúde sobre como deve oferecer orientações de higiene bucal aos usuários, mediante as reuniões na unidade de saúde, sendo o responsável desta atividade a técnica de saúde bucal e o odontólogo.

## 2.3.2 Indicadores

Metas relativa ao Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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 relativa 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. Proporções 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. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

As atividades realizadas na intervenção terão como referência Cadernos de Atenção Básica de 2013 do Ministério da Saúde, que está disponível na Unidade de Saúde. As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada usuário e em fichas espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento.

Na unidade de saúde serão cadastrados os usuários com hipertensão e/ou diabetes neste momento temos cadastrados 624 (73%) dos hipertensos e 154 (63%) dos diabéticos, nossa meta é conseguir acompanhar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área de abrangência, com disponibilização do protocolo de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade do ano 2014 e este cadastramento vai ser feito mediante as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, através da busca ativa na comunidade, além das consultas médicas de todos os usuários que chegarem à unidade que forem atendidos e que sejam maiores de 20 anos, se tiverem antecedentes tanto de hipertensão como de diabetes, ou tenham outros fatores de riscos destas doenças crônicas não transmissíveis, serão examinados a fim de identificar casos novos.

A capacitação dos ACS envolvendo o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e o cadastramento, assim como a capacitação da equipe

(profissionais habilitados) para verificar a pressão arterial e realizar hemoglicoteste, será realizada nas reuniões uma vez ao mês.

Para realizar a intervenção no programa de atenção ao hipertenso e diabético do ministério da saúde, utilizaremos a ficha do HIPERDIA disponível no município e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Para o acompanhamento mensal serão utilizadas 624 fichas espelhos para hipertensos e 154 fichas espelhos para os diabéticos segundo a estimativa. Será utilizado o protocolo de atenção ao hipertenso e diabético e haverá disponibilidade para a equipe durante as consultas.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem diariamente revisará o registro de hipertensos e diabéticos de todos os usuários que vierem ao serviço para consultas programadas a cada quatro meses e localizará os prontuários, transcreverá as informações para a ficha espelho e realizará o primeiro monitoramento anexando as anotações sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Os profissionais terão ainda capacitação sobre os registros e desta forma buscar garantir que todas as informações sejam devidamente anotadas, possibilitando um melhor acompanhamento desses usuários. Temos garantido com o gestor do hospital que estes usuários tenham a prioridade necessária para realizar os exames laboratoriais e tudo isto é feito para garantir que sejam bem acompanhados pela equipe de saúde, para esta ação a responsável é a médica e o enfermeiro.

Para a verificação dos dados como pressão arterial, glicemia capilar, circunferência abdominal temos na unidade esfigmomanômetros, estetoscópios, aparelho de glicemia, no entanto, as fitas de glicemia não são suficientes para o atendimento aos usuários, sendo que esta situação já foi conversada com a secretaria de saúde para garantir este material e não impactar no acompanhamento dos usuários. Para melhorar esta situação será colocado um padrão para sua realização, deixando este material só para os diabéticos de alto risco e aqueles que estão em fase de compensação do diabetes, até a regularização da situação, os demais podem realizar os exames laboratoriais solicitados.

Na unidade de saúde para monitoramento de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, temos um arquivo específico para armazenar todos os registros e a garantia da organização desta ação será realizada pelo enfermeiro e a técnica de enfermagem.

As visitas domiciliares serão realizadas semanalmente na comunidade, sendo essas visitas programadas com os agentes comunitários por micro áreas para os



hipertensos e diabéticos. Nessas visitas é necessário sempre informar sobre a existência do programa de atenção com a intervenção, a importância de verificar pressão arterial a todas as pessoas acima dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano, a realização das consultas programadas a cada quatro meses, a realização dos exames laboratoriais, assim como ações educativas na comunidade, onde participam os usuários seus familiares e outras pessoas e o responsável desta atividade é a médica, junto com a técnica de enfermagem. As visitas de acompanhamento dos usuários que não podem vir na unidade e precisam de atendimento são organizadas de acordo com as prioridades e as urgências destes usuários, podem ser por meio dos ACS e por meio da solicitação dos familiares dos usuários, sendo que todas as semanas serão listados todos os usuários que precisem deste atendimento e o acompanhamento são realizados durante essa semana, cujo responsável são a médica e o enfermeiro.

Na unidade de saúde, o monitoramento do exame clínico dos hipertensos e diabéticos será através dos prontuários e serão utilizadas as fichas disponibilizadas pelo curso. Esta ação será realizada pela equipe de saúde, além disso, o enfermeiro é o responsável por manter o protocolo atualizado todos os anos e isto é ótimo para aumentar o nível de conhecimento sobre estas doenças nos profissionais da unidade.

Todos os dias têm hipertensos e diabéticos na unidade de saúde para seu atendimento, e é importante a verificação da pressão arterial, se tem feito exames laboratoriais, se fazem acompanhamento médico, se estão comprando estes medicamentos controlados na farmácia popular.

A farmácia popular deverá ser visitada todos os meses e verificados todos nossos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção para que tenham garantidos os tratamentos médicos todo o tempo, então a equipe vai ter a relação dos medicamentos disponíveis com controle de validade. Tanto a técnica de enfermagem como a técnica de saúde bucal são as responsáveis por esta ação, para que os usuários sejam bem atendidos e não tenham que gastar dinheiro na compra destes medicamentos, que às vezes são muitos custosos.

Na consulta de odontologia deve ser realizado o exame bucal a todos os hipertensos e diabéticos, dependendo da urgência dar prioridade a estes casos e a técnica de saúde bucal acompanhar as visitas domiciliares na comunidade para fazer pesquisas destes usuários uma vez ao mês e também buscar os usuários faltosos às

consultas e organizada a agenda para programação da sua consulta odontológica na unidade.

Na unidade de saúde o monitoramento a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos deve ser feito, sendo realizado quando os usuários vêm para as consultas programadas, avaliando como é a qualidade da consulta, se têm realizados exames laboratoriais pelo menos a cada seis meses, além disso, se tem um bom seguimento depois da consulta e também devem ter a programação da próxima consulta como esteja orientado no programa.

No dia da consulta médica programada deve ser realizada a estratificação de risco segundo o escore de Framingham para os hipertensos e diabéticos, com anotação no prontuário deles, realizado todos os dias, para ter um melhor controle destes usuários e poder influir sobre os riscos, para evitar complicações mais graves.

Mediante as palestras realizadas nas escolas, creches, igrejas, indústrias, realizar orientações sobre educação de saúde, como manter uma alimentação saudável, fazer exercícios físicos sistemáticos, eliminar hábitos tóxicos que podem causar o descontrole dos hipertensos e diabéticos, com estas atividades realizadas a cada 15 dias.

Neste momento está sendo construído um ginásio perto na unidade de saúde para que toda a comunidade possa realizar exercícios físicos sistemáticos e principalmente os hipertensos e diabéticos. Isto vai ser de muita ajuda para estes usuários, para melhorar sua condição física e evitar o sedentarismo e com ele a aparição de descontrole e complicações graves, neste caso a técnica de enfermagem vai ser a responsável para monitorar esta atividade.

Na unidade de saúde para a divulgação destas atividades será colocado o mural divulgando as ações desenvolvidas na unidade para conhecimento de todos

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar aos ACS no cadastramento dos hipertensos e diabéticos e na busca daqueles que não fazem controle em nenhum serviço	X				X				X			X				
Capacitar aos profissionais no atendimento, medir pressão arterial e realizar hemoglicoteste e garantir que o material tenha boas condições para isto.	X				X				X			X				
Garantir que todos os hipertensos e diabéticos podam fazer os exames laboratoriais adequados e que tenham suas consultas programadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Garantir com o gestor municipal que sejam propiciado os recursos necessários para fazer os exames laboratoriais, assim com a compra de medicamentos para o abandono de tabagismo	X				X				X			X				
Garantir que todos os hipertensos e diabéticos tenham seus medicamentos na farmácia popular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Orientar a comunidade, hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar atividade física regular, ter uma alimentação saudável, evitar os fatores de riscos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Orientar os hipertensos e diabéticos sobre a importância de assistir a consultas programadas, com exame clínico e físico adequado cada 4 meses.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco seguem o escore de Framingham e sobre as estratégias para o controle de fatores modificáveis	X				X				X			X				
Orientar a comunidade sobre a existência do programa e informar sobre a importância de realização das consultas e verificação da pressão arterial pelo menos uma vez ao ano.	X				X				X			X				

Organizar as visitas domiciliares para buscar faltosos e pesquisar possível incidência de casos novos de hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Garantir que todos os hipertensos e diabéticos tenham ficha de acompanhamento, assim como que o registro esteja atualizado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Orientar os hipertensos e diabéticos sobre realizar o controle de saúde bucal, assim como manter uma boa higiene bucal e garantir que recebam atendimento odontológico dependendo da prioridade de cada um deles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitorar o número de hipertensos e /ou diabéticos cadastrados no programa de Hiperdia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Dentro das ações do projeto que foram desenvolvidas temos que foi garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa Hiperdia e isto foi realizado com facilidade, pois os prontuários e as fichas espelho foram preenchidos durante o atendimento clínico e além disso, cada agente comunitário utilizou o computador da unidade, onde foi criada uma pasta específica, para arquivar as informações dos usuários hipertensos e diabéticos.

Decidimos criar uma equipe de acolhimento fixo para os usuários que cheguem à unidade de saúde, sendo os profissionais orientados para realizar a acolhida de forma qualificada. Isso fez que o acolhimento dos usuários fosse mais organizado e que eles pudessem ser encaminhados adequadamente para cada consulta na unidade. Esta equipe é composta pela técnica de enfermagem, a auxiliar de enfermagem e a técnica de saúde bucal, sendo que esta última só estará presente no acolhimento no dia da consulta do odontólogo.

Temos garantido a existência dos esfigmomanômetros, com boas condições para a aferição da pressão arterial de todos os usuários que venham à unidade, sendo esta ação desenvolvida integralmente e tivemos a facilidade que o gestor disponibilizou outros esfigmomanômetros.

Com ajuda dos agentes comunitários e mediante a realização de palestras na comunidade e na creche a comunidade foi informada da existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, assim como também sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, para pesquisa dos sinais de hipertensão e a comunidade ficou satisfeita com essa informação, sendo esta ação cumprida totalmente.

Na unidade foi criado um grupo de hipertensão e diabetes e este grupo foi planejado juntamente com o NASF, para que houvesse integração dos hipertensos e diabéticos da unidade com a equipe e o apoio dos profissionais no desenvolvimento das ações. Neste momento, o grupo conta com a participação de apenas 25 usuários e ainda temos que conseguir uma maior participação dos usuários neste grupo, que além de ajudar a elevar o nível de conhecimento sobre suas doenças através das palestras, orientamos sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Contamos ainda com o auxílio do promotor de saúde e da nutricionista do NASF, que nos auxiliam nas orientações gerais sobre alimentação saudável. Durante a intervenção tivemos encontros periódicos cada 15 dias e o grupo permanecerá na unidade, buscando a cada dia aumentar o número de pessoas que participam dele.

Durante a intervenção realizamos ainda a capacitação semanal para os agentes comunitários para a busca ativa daqueles usuários que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço e o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe e dos faltosos nas consultas. Realizamos a capacitação da equipe de saúde da unidade para aferição da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sendo que nesta ação não tivemos dificuldades.

Outra ação desenvolvida sem dificuldade por parte da equipe foi a realização de exame clínico, o mesmo foi realizado pela médica no dia da consulta aos usuários, com a técnica de enfermagem aferindo a pressão arterial, peso e altura dos mesmos para desta forma ter uma melhor avaliação dos usuários ao realizar a consulta médica.

Realizamos uma visita na farmácia popular e monitoramos o acesso aos medicamentos específicos para os hipertensos e diabéticos, para certificarmos da disponibilidade e facilidade de acesso para o tratamento dos usuários.

Dentro das ações previstas que foram desenvolvidas sem dificuldades tivemos ainda as visitas domiciliares pelos agentes comunitários para a busca dos faltosos e o agendamento para acolher aos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, além disso, realizamos visitas domiciliares algumas vezes junto com os agentes e outras com a técnica de enfermagem para os usuários que

estivessem acamados e com impossibilidade para vir às consultas na unidade. Nestas visitas realizamos exame físico, solicitação de exames laboratoriais além de verificar se os usuários pegavam os medicamentos na farmácia popular e se precisavam atendimento odontológico.

Com a ajuda da técnica de enfermagem e dos agentes comunitários, conseguimos manter atualizados os registros, assim como os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos que tiveram consultas programadas, além da orientação dos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e alimentação saudável nutricional. Esta ação foi realizada com a ajuda da equipe e com o NASF e tivemos a facilidade de contar com a construção do ginásio e da praça perto da unidade que motivou aos usuários a realizar atividades físicas, tais como caminhadas na praça. No princípio foram poucos usuários, mas depois o número foi incrementando-se, até alcançar 40 usuários e esperamos que a quantidade seja maior que essa durante a continuidade das ações.

Além disso, realizamos palestras na unidade, realizadas pela técnica de saúde bucal, a qual orientou sobre a higiene bucal, como escovar os dentes corretamente para manter uma boa limpeza da boca e assim evitar doenças tais como gengivite, entre outras.

Organizamos junto com o odontólogo e a técnica de saúde bucal uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo marcado um dia fixo na semana para este atendimento, além de orientações da necessidade de atendimento odontológico desses usuários.

Dentro das ações desenvolvidas com dificuldades e que não puderem ser cumpridas integralmente foi a reunião com o gestor porque as vezes ele encontrava-se fora do município e conseguimos conversar com ele em apenas duas ocasiões. Solicitamos garantir a realização dos exames de laboratório no hospital e garantir a existência de fitas para a realização de testes de hemoglicoteste na unidade. Por enquanto a quantidade de fitas disponibilizada foi pouca e insuficiente para todos os diabéticos, por isso só deixamos essas fitas para os diabéticos que estivessem com a glicemia descompensada.

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

Dentro das ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas; a atualização das informações do SIAB, porque os agentes enviam os dados para a secretaria de saúde, mas na secretaria há dificuldades para atualização no sistema, então por enquanto, os dados dos usuários hipertensos e diabéticos encontra-se disponíveis apenas no computador da unidade. Devemos buscar uma solução para esta questão, já que os dados do SIAB devem ser atualizados.

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

Com relação às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, relatamos a falta da agente comunitária de saúde de uma micro área, principalmente para buscar os usuários que tinham consultas programadas e os faltosos, mas pudemos contar com a ajuda de outra agente comunitária que realizava o acompanhamento em sua micro área e por estar próxima à micro área que estava sem agente comunitária, realizou esse trabalho e desta maneira não tivemos grandes dificuldades. Os dados foram digitalizados no computador na unidade e desta forma, tudo ficou mais organizado, se tivemos algumas dificuldades no preenchimento dos dados na planilha de coleta de dados, mas depois foram corrigidos e pudemos ter as informações de forma correta.

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

Dentre os aspectos que serão adequados para incorporar as ações previstas no projeto à rotina do serviço, temos a continuidade das reuniões com a equipe, o qual ficou estabelecido a realização a cada 15 dias, porque consideramos que é importante para melhorar para manter a comunicação com a equipe sobre os problemas que acontecem na comunidade e poder atuar rapidamente sobre eles, além disso devemos manter o grupo de educação em saúde com os usuários hipertensos e diabéticos na unidade e manter a incorporação dos integrantes no NASF nas atividades desenvolvidas no grupo visando aumentar a participação dos usuários.



Também devemos conseguir que o gestor viabilize a entrada no sistema dos dados recolhidos do programa HIPERDIA, assim como garantir que não exista escassez de reativos para realizar os exames laboratoriais no hospital.

Considero ainda que é nossa máxima responsabilidade dar continuidade as visitas domiciliares e as palestras na comunidade e devemos continuar realizando pesquisas de hipertensão e diabetes e promover estilos de vida mais saudáveis, alimentação adequada, evitar ou eliminar hábitos tóxicos nocivos para a saúde e incorporar a realização de exercícios físicos sistemáticos à rotina diária, principalmente as caminhadas diárias. Por enquanto nosso trabalho necessariamente tem que continuar e incrementar-se cada dia mais, para melhorar o atendimento aos usuários do programa de atenção à HAS e DM.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção trabalhou com a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais da área de abrangência da unidade de saúde Marlete Nobrega da Luz. Na área adstrita à UBS existem 4.104 usuários, e a intervenção foi realizada com os usuários do programa de atenção à HAS e DM. A estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes da planilha de coleta de dados, foi 624 hipertensos e 154 diabéticos. Durante a intervenção foram acompanhados 407 usuários com hipertensão, alcançando ao final uma cobertura de 65,1% e com diabetes foram acompanhados 91 alcançando a cobertura de 59,1%, segundo dados dos registros disponíveis na UBS. A seguir apresentamos os resultados de acordo com os objetivos e metas:

Objetivo1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

A estimativa de pessoas com hipertensão na área de abrangência é 624 e com diabetes, 154. No primeiro mês foram acompanhados na unidade 129 hipertensos (20,7%) e 24 diabéticos (15,6%). No segundo mês foram acompanhados 238 hipertensos (38,3%) e 41 (26,6 %) diabéticos, sendo acompanhados ao final da intervenção 407 hipertensos (65,2%) e 91 diabéticos (59,1 %), conforme apresentado nas figuras 1 e 2:

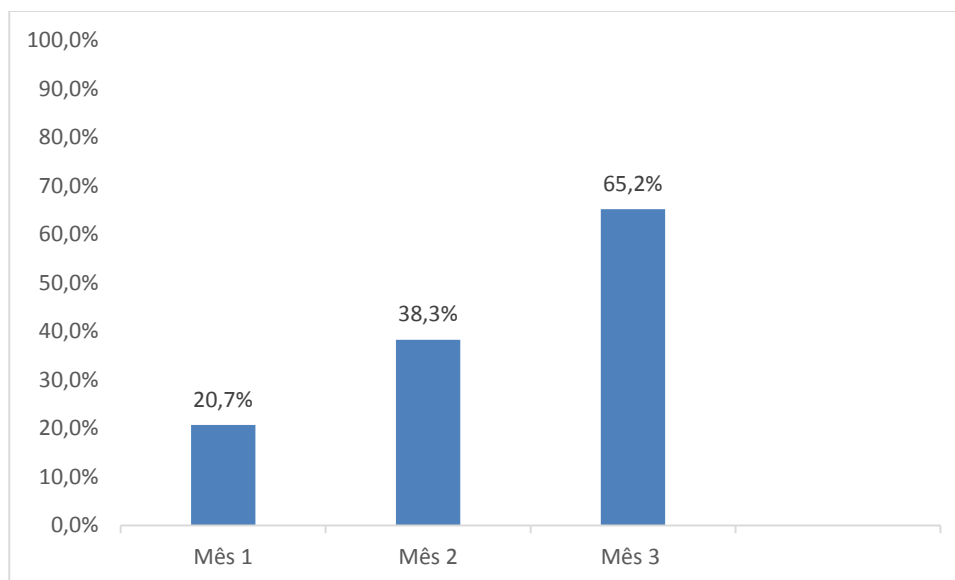


Figura 1: Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso, UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015

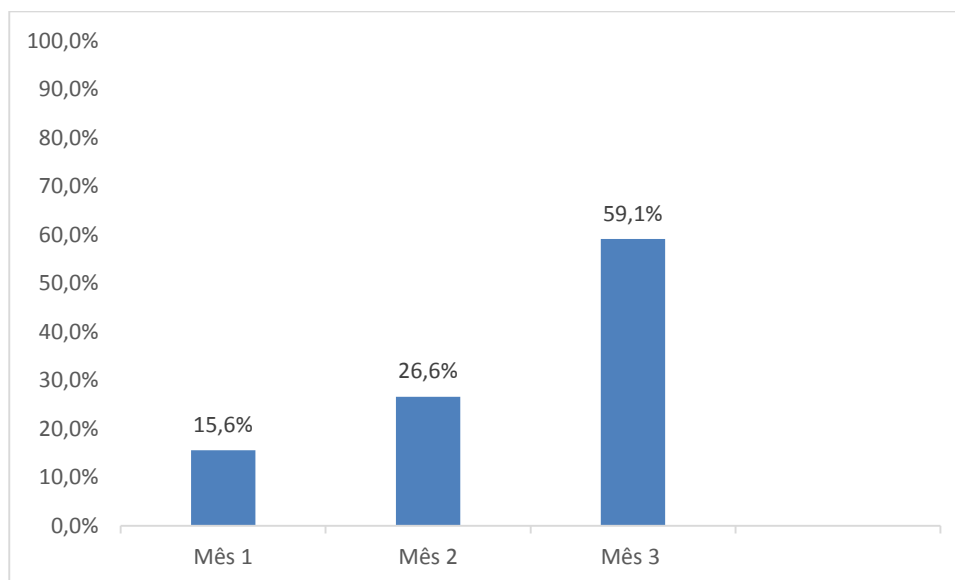


Figura 2: Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

Neste objetivo a meta não foi alcançada na cobertura dos hipertensos, e dos diabéticos, considero que a causa de não poder atingir a meta foi pela ausência de uma agente comunitária de saúde que saiu da equipe por estar de licença maternidade e isso ocasionou que uma micro área estivesse sem acompanhamento dos usuários,

além de que minha unidade de saúde tem uma comunidade muito extensa que impossibilita a todos os agentes comunitários poder atender toda a área de abrangência. Isso junto às poucas semanas da intervenção foram as causas que não permitiram atingir as metas propostas. Para os cadastramentos dos usuários foram realizadas visitas domiciliares pelos agentes, para busca ativa na comunidade, além disso, foram pesquisados nas consultas médicas todos os usuários que chegavam à unidade por outros motivos, maiores de 18 anos, os que tinham antecedentes tanto de hipertensão como de diabetes, ou tinham outros fatores de riscos destas doenças crônicas não transmissíveis. Esta ação foi desenvolvida após capacitação dos ACS, realizada pelo enfermeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

Conforme apresentado na figura 3, no primeiro mês da intervenção 126 hipertensos (97,7 %) e 24 diabéticos (100%) estavam com exame clínico em dia, ao longo da intervenção a quantidade aumentou até 236 hipertensos (98,7 %) e 41

diabéticos (100%), até aumentar a 404 hipertensos (99,3 %) e 91 diabéticos (100%). Logo, nos três meses da intervenção todas as pessoas acompanhadas, com diabetes realizaram o exame clínico apropriado. Conforme apresentado na figura 3:

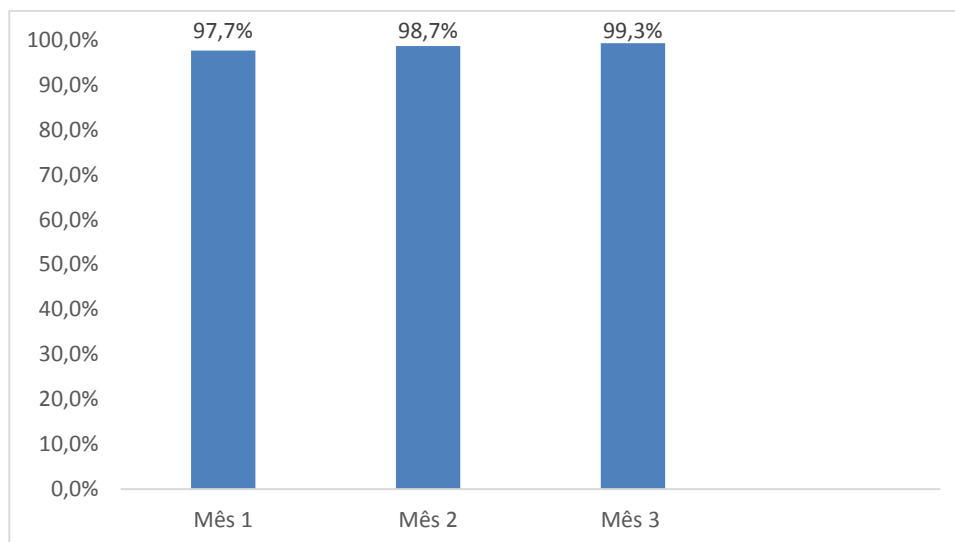


Figura 3: Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

Neste objetivo a meta não foi alcançada nos hipertensos pela impossibilidade de fazer o exame clínico adequado em alguns hipertensos acamados com demência e doença de Alzheimer, sendo impossível atualizar os prontuários deles, mas na situação dos diabéticos isso não aconteceu, a meta foi atingida para estes usuários. Podemos dizer que isso foi alcançado porque ao início da intervenção muitos usuários tinham os prontuários desatualizados, mas no dia na consulta, primeiro a técnica de enfermagem revisava os prontuários para que estivessem atualizados no momento da consulta e com a realização do exame clínico completo, possibilitou a atualização dos prontuários de hipertensos e diabéticos. Nesta ação tivemos a ajuda da técnica de enfermagem e da técnica de saúde bucal, que fizeram a revisão dos prontuários e preencheram os dados necessários na ficha espelho, além da realização do exame clínico de forma completa na consulta médica com os registros de qualidade.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção 108 hipertensos (83,7 %) e 16 diabéticos (66,7%) realizaram os exames laboratoriais, a quantidade aumentou até 201 hipertensos (84,1 %) e 30 diabéticos (73,2 %), mas só atingimos 353 hipertensos (86,7%) e 79 diabéticos (86,8 %) ao final da intervenção. Conforme apresentado na figura 4 e 5:

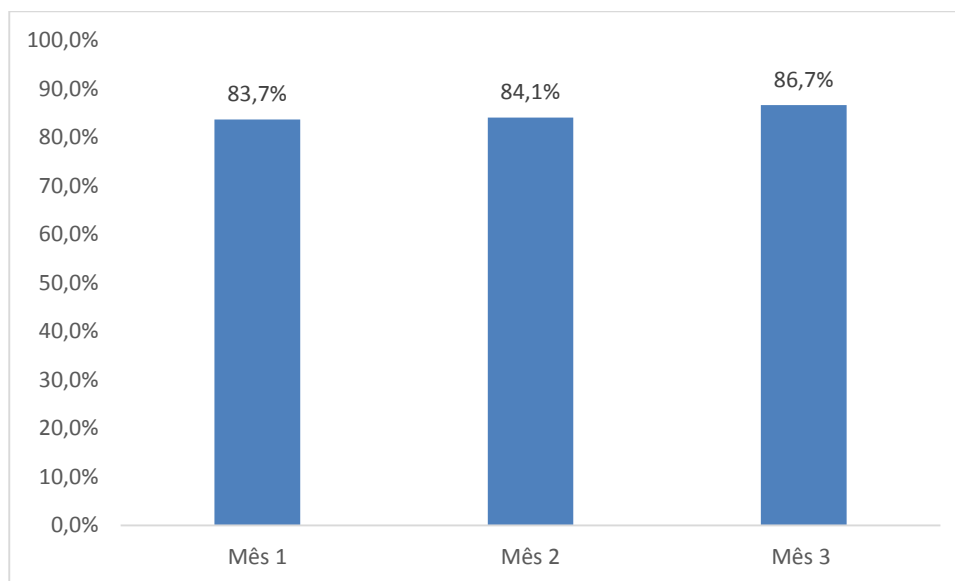


Figura 4: Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

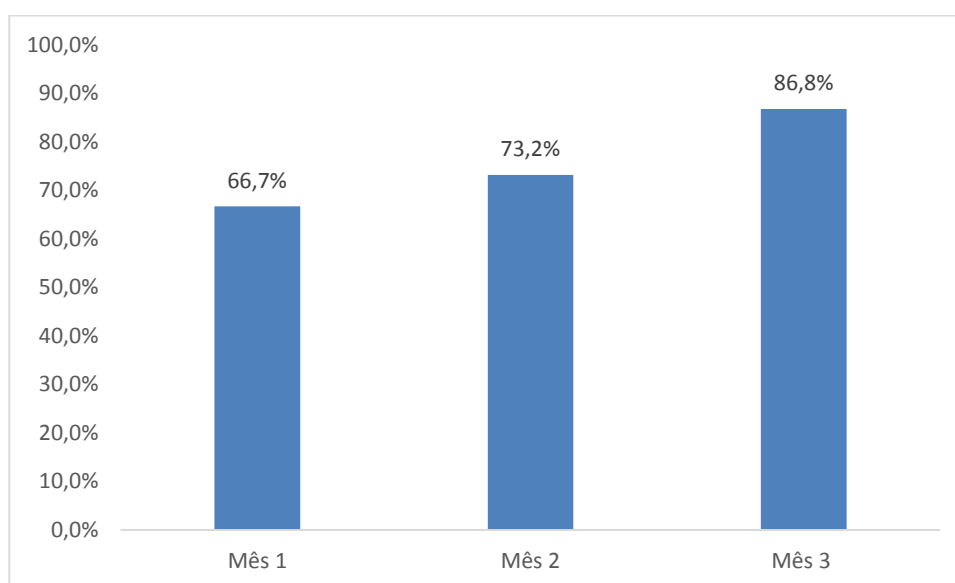


Figura 5: Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

Não conseguimos alcançar a meta proposta por escassez de recursos para a realização dos exames complementares, o qual impossibilitava a existência de reativos para realizar os exames no hospital, alguns dos usuários tiveram que pagar a maioria dos exames laboratoriais para poder ser avaliados nas consultas médicas e às vezes a demora da realização dos exames foi de mais de 15 dias o qual ocasionou atrasos nos retornos com exames na consultas programadas na unidade.

Meta. 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Nesta meta no primeiro mês da intervenção 109 hipertensos (84,5 %) e 19 diabéticos (79,2 %) tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular, durante a intervenção a quantidade aumentou a 205 hipertensos (85,8 %) e 36 diabéticos (87,8%), alcançando no terceiro mês 353 hipertensos (86,7 %) e 81 diabéticos (89%). Conforme apresentado na figuras 6 e 7:

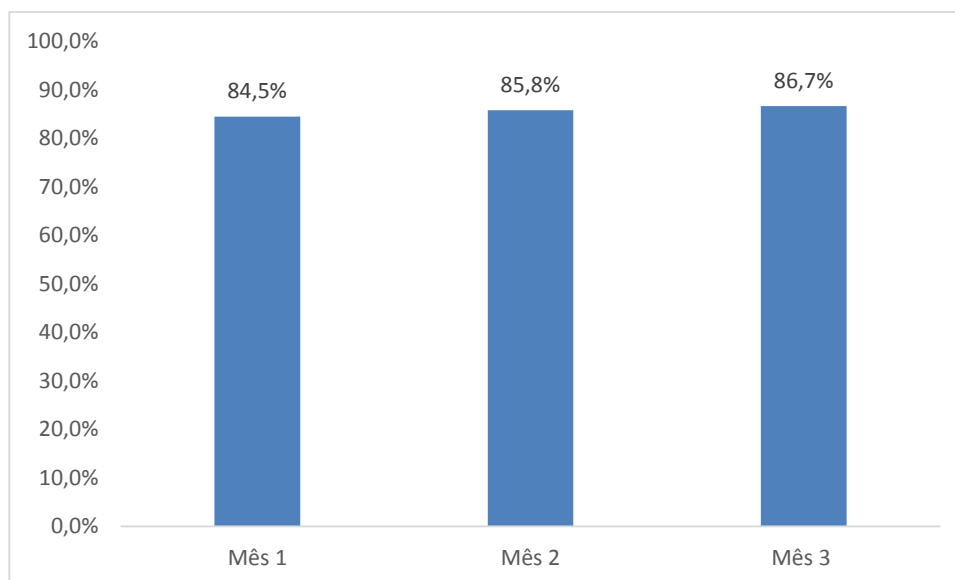


Figura 6: Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

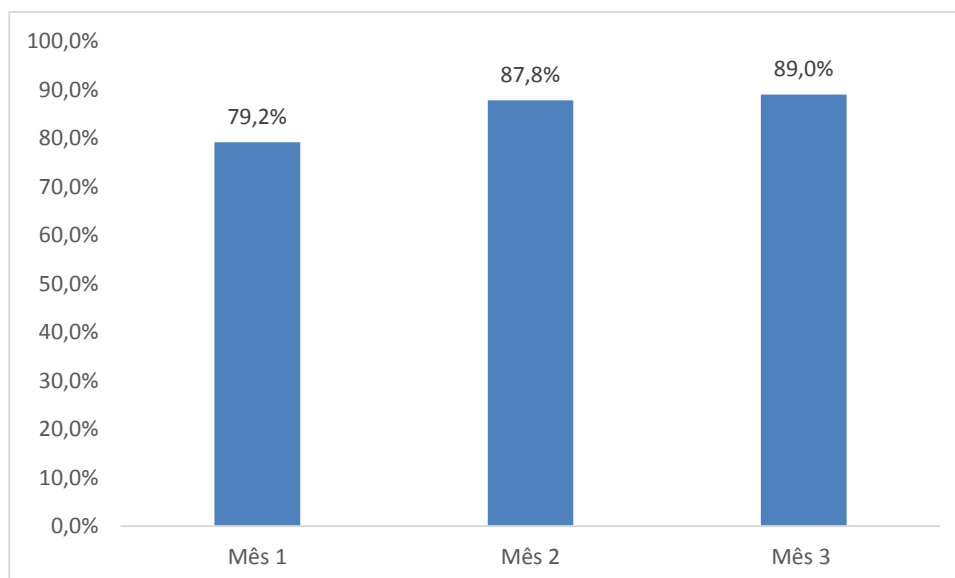


Figura 7: Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada UBS Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN, 2015.

Neste objetivo a meta não foi atingida pela preferência de alguns usuários pelos medicamentos genéricos e decidiram adquirir os medicamentos em outras farmácias. Além disso, a equipe realizou uma visita à farmácia popular e lá constatamos que tinham quase todos os medicamentos que os usuários precisavam, mas às vezes os médicos do hospital trocavam os medicamentos genéricos por outros com nome comercial.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Ao princípio da intervenção tínhamos 129 hipertensos e 24 diabéticos, com avaliação odontológica, durante no segundo mês tivemos 239 hipertensos e 41 diabéticos, sendo alcançado ao final da intervenção 407 hipertensos e 91 diabéticos. A meta foi atingida ao 100 % e conseguimos organizar junto com o odontólogo e a técnica de saúde bucal uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos após a avaliação da necessidade deste atendimento sendo marcado um dia fixo na semana para este atendimento odontológico.

Nesta meta não tivemos dificuldades para ser resolvida apesar da grande demanda de atendimento odontológico por ter uma comunidade muito extensa, o médico fez a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.



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

Metas

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

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

No primeiro mês da intervenção 29 hipertensos e 5 diabéticos faltaram às consultas programadas e para todos foi realizada a busca ativa. No segundo mês faltaram 57 hipertensos e 8 diabéticos, sendo ao final da intervenção maior a quantidade de faltosos com 94 hipertensos e 16 diabéticos. Acredito que isso pode haver sido pela ausência de uma das ACS que neste último mês saiu da unidade por licença maternidade e então a micro área dela ficou sem acompanhamento e tivemos que buscar apoio em outros ACS. Neste objetivo foi possível atingir a meta, pois durante toda a intervenção, para os hipertensos e diabéticos que estavam faltosos às consultadas foram realizadas busca ativa pelos agentes comunitários, agendadas novas consultas para garantir o atendimento de todos eles e isso foi possível pela ajuda da equipe e principalmente pelas visitas domiciliares e o acompanhamento dos agentes comunitários a estes usuários.

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% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Ao começar a intervenção tínhamos 129 hipertensos dos hipertensos e 24 diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade, a quantidade aumentou durante a intervenção a 239 hipertensos e 41 diabéticos, sendo maior ao final da intervenção com 407 hipertensos (100 %) e 91 diabéticos (100 %), que tinham registro adequado na ficha de acompanhamento. Neste objetivo a meta foi atingida em 100 % durante toda a intervenção tanto nos hipertensos como nos diabéticos.

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.

Neste objetivo a meta foi atingida em 100% dos hipertensos e diabéticos avaliados, sendo que no primeiro mês foram avaliados 129 hipertensos e 24 diabéticos, durante a intervenção produz-se o aumento significativo de 239 hipertensos e 41 diabéticos, até alcançar ao final da intervenção 407 hipertensos e 91 diabéticos, com 100% dos usuários atendidos na unidade, tendo a avaliação realizada no dia da consulta programada, com estratificação de risco e registro nos prontuários, sendo possível realizar esta ação pela cooperação e organização do trabalho da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Neste objetivo a meta foi alcançada, no princípio da intervenção tínhamos 129 hipertensos e 24 diabéticos, que foram orientados sobre alimentação saudável, depois a quantidade aumentou quase mais da metade e foram avaliados 239 hipertensos e 41 diabéticos, até alcançar ao final da intervenção 407 hipertensos e 91 diabéticos, os quais constituem 100% dos hipertensos e diabéticos. Isso foi possível pela realização de palestra no momento da consulta na unidade executadas pela técnica de enfermagem, acompanhada em ocasiões por alguma agente comunitária, além disso, atualizamos o mural na unidade com dietas mais saudáveis que puderam ser observadas pelos usuários quando eles ficavam na sala de espera. Na unidade foi criado o grupo de hipertensos e diabéticos com ajuda do NASF, o qual tem integrado a nutricionista que realiza atividade sobre alimentos adequados para manter uma

alimentação saudável e que permita modificar estilos de vida, para evitar as complicações neste grupo de usuários.

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

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

Esta meta também foi atingida com 24 diabéticos e 129 hipertensos inicialmente atendidos, durante a intervenção foi de 41 dos diabéticos e 239 hipertensos, até alcançar os 91 diabéticos e 407 dos hipertensos, os quais constituem 100%. Este objetivo teve influência da finalização do ginásio e da praça perto da unidade de saúde, o qual motivou a muitos usuários para realizar atividades físicas sistemáticas, além disso, no grupo de hipertensos e diabéticos também são realizadas atividades de exercícios para melhorar o estado físico dos usuários.

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.

No primeiro mês apenas 129 hipertensos e 24 diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, durante a intervenção foram 239 hipertensos e 41 diabéticos e ao final da intervenção foram 407 hipertensos e 91 diabéticos, o qual acusou 100 % dos usuários que assistiram as consultas durante a intervenção. Nas reuniões a equipe foi capacitada sobre o tratamento dos usuários tabagistas, fizemos palestras na comunidade onde foram orientados os usuários sobre a existência de tratamento para o abandono do tabagismo e na unidade foram colocados documentos que expressam o dano que causa o tabagismo nos usuários.

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.

Ao princípio da intervenção 129 hipertensos e 24 diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal, durante a intervenção foram 239 hipertensos e 41 diabéticos, até o final da intervenção que conseguimos atingir 407 ( 100%) dos hipertensos e diabéticos que fizeram acompanhamento na unidade, nesta atividade tivemos a ajuda da técnica de saúde bucal que realizou várias palestras tanto na unidade como na comunidade e na creche, orientando sobre as medidas de higiene bucal, a correta escovação dos dentes para evitar doenças tais como gengivites, caries dental , entre outras, além da ajuda do odontólogo que na consulta realizava algumas recomendações específicas aos usuários que ele atendia nesse momento.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em minha unidade básica de saúde permitiu melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, porque nos permitiu ter o melhor conhecimento, controle e atenção de qualidade, pois antes da intervenção eles só assistiam às consultas para verificar sua pressão ou para pegar as receitas para adquirir os medicamentos na farmácia popular e alguns não vinham à unidade nem para isso. Após o início da intervenção, tudo mudou na unidade e nas primeiras semanas surgiram algumas dificuldades, principalmente porque alguns usuários achavam que as consultas médicas eram apenas para os usuários que estivessem doentes, mas pouco a pouco a equipe conseguiu que a comunidade entendesse a importância das consultas médicas programadas e foram incentivados a assistir às consultas e realizar o acompanhamento através também de outras ações como as atividades coletivas e visitas domiciliares. Os usuários deixaram o preconceito e a ideia de que a unidade de saúde é um local apenas para os doentes e agora a veem como um lugar onde são realizadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Neste momento temos o trabalho organizado, com o registro de qualidade nos prontuários dos hipertensos e diabéticos, com uma boa avaliação médica, acompanhamento pela equipe, programação de consultas médicas cada 4 meses, quase todos tem os exames laboratoriais realizados e avaliados, a maioria tem avaliação odontológica, todos tem estratificação de risco cardiovascular. Temos uma equipe de acolhimento que permite orientar bem aos usuários que chegam para as consultas médicas, além de ter seu retorno planejado. Tivemos ainda a criação do

grupo de usuários hipertensos e diabéticos e a proximidade do ginásio da unidade motiva aos usuários para a realização de exercícios físicos sistemáticos, sendo possível perceber mudanças no estilo de vida dos usuários, mas é necessário a continuidade desta ação na comunidade, visando aumentar o número de usuários atendidos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse no cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu meu trabalho, do enfermeiro, da técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, cada um com sua atribuição, mas agregando conhecimentos nas práticas com os usuários.

Dentro das atribuições minhas ficou o diagnóstico e tratamento dos hipertensos e diabéticos, o cadastramento e rastreamento ficou para os agentes comunitários, enquanto o monitoramento ficou para a técnica de enfermagem e o enfermeiro.

Acredito que a intervenção foi a chave que permitiu aumentar as consultas médicas programadas aos hipertensos e diabéticos, além de facilitar o planejamento de atividades que melhoraram o nível de satisfação da equipe, todos com o mesmo objetivo, além de fazer algumas modificação na relação dos integrantes da equipe, os motivou para intensificar seu desempenho nas ações de saúde, para obter bons resultados nosso trabalho na unidade.

Isto produziu um impacto em outras atividades como as visitas domiciliares, visitas a creche, palestras na comunidade, as consultas programadas médicas e odontológicas na unidade, assim como no grupo de Hiperdia, possibilitando a melhoria da atenção prestada com a reorganização dos processos de trabalho, que de forma organizada ficou mais satisfatória para todos.

Na unidade temos a estrutura muito pequena que impossibilitou realizar algumas atividades como as reuniões com equipe e as palestras com os usuários hipertensos e diabéticos, as faltas de condições na consulta, pelo espaço pequeno e ausência de ar condicionado na consulta as vezes produzia incômodo nos usuários, então acredito que sem tivéssemos melhores condições na unidade seria mais fácil o trabalho, mas isso não impediu que a intervenção fosse realizadas com quase todas as metas cumpridas. Antes da intervenção todo o trabalho na unidade era centrado no médico, mas depois de iniciar a intervenção toda a equipe foi integrada ao trabalho para melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos e cada integrante da equipe

foi responsável por determinadas ações específicas, desta maneira o trabalho na unidade foi compartilhado por todos e cada um deles teve um papel importante no desenvolvimento das atividades na unidade, além disso a intervenção nos ajudou a ter o melhor controle de todas as atividades realizadas, foram planejadas ações que permitem ter uma melhor disponibilidade dos recursos médicos e humanos na unidade, com melhoria da organização e possibilidade de avaliar os resultados alcançados.

O impacto da intervenção para a comunidade em geral ainda é pouco percebido, muitos usuários em princípio não acreditavam que os hipertensos e os diabéticos tivessem prioridades e as vezes expressavam sua insatisfação com a prioridade destes usuários para assistir as consultas programadas, por isso, em muitas ocasiões tivemos que dialogar com os usuários e com os agentes comunitários para que divulgassem a importância deste atendimento priorizado para os hipertensos e diabéticos. Como a intervenção foi de um curto período de tempo, a comunidade em geral ainda não teve essa percepção, mas os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares expressarem sua satisfação com nosso trabalho no decorrer da intervenção e principalmente com o acompanhamento dos ACS, os quais tiveram um papel muito importante no programa, porque sem eles não seria possível realizar a intervenção e melhorar os indicadores da unidade. Desta forma, nosso trabalho para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos deverá continuar da mesma forma, ampliando a divulgação e envolvendo os demais usuários, para que possamos aumentar a cobertura do programa e a qualidade da atenção prestada.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o princípio tivéssemos atualizado o cadastro dos hipertensos e diabéticos no sistema, garantido reuniões com o gestor do município para que os usuários hipertensos e diabéticos pudessem realizar todos os exames complementares no hospital, além de facilitar que esses usuários tivessem prioridades para realizar os exames laboratoriais, facilitando o acompanhamento.

Para facilitar a intervenção, a realização do hemoglicoteste na unidade para os diabéticos, sem necessidade de ter que ir ou hospital, com certeza seria de grande valia e para isso seria necessário ter os materiais necessários disponíveis.

Por enquanto devemos ter uma melhor comunicação com o gestor para garantir que ele esteja informado dos problemas que temos na unidade,

principalmente pela falta de recursos financeiros, que as vezes ocasiona que nosso trabalho não seja bem implementado na unidade.

Pelo demais eu faria as mesmas coisas que fiz anteriormente, porque tem algumas situações que precisam de recursos financeiros que não dependem do gestor do município, nem da equipe da unidade, por isso acredito que essas condições não vão mudar tão brevemente, então com os conhecimentos adquiridos na intervenção, devemos buscar estratégias

A incorporação da intervenção à rotina do serviço permitirá aumentar a cobertura, mediante o cadastramento dos hipertensos e diabéticos ao programa, incorporar no trabalho a outros programas priorizados na unidade, assim como manter a comunicação com a comunidade e principalmente com o grupo de Hipertensão que foi criado na unidade. Nosso principal trabalho vai ser continuar com as pesquisas de hipertensão e diabetes, manter as consultas programadas, continuar com as reuniões com a equipe, permitir que todos os hipertensos e diabéticos sejam avaliados em consultas odontológicas, continuar divulgando as ações que permitam evitar complicações nos usuários hipertensos e diabéticos, mediante a realização de exames complementares, além de incentivar a comunidade para promover estilos de vida mais saudável, realizar exercícios físicos, eliminar hábitos tóxicos e manter uma alimentação adequada, quer dizer que nosso trabalho não vai ficar parado no tempo, vai continuar porque já é parte fundamental de nosso trabalho.

Nosso próximo passo seria uma reunião com o gestor do município para analisar as dificuldades com a realização dos exames laboratoriais no hospital, além de buscar uma alternativa para garantir que a micro área da agente comunitária que está de licença de maternidade, seja acompanhada, até sua incorporação na unidade.

Outra coisa necessária é manter uma boa comunicação com a equipe e a comunidade para obter ações que modifiquem os estilos de vida mais saudável e evitar a aparição de doenças, continuar estreitamente vinculados aos atendimentos odontológicos e manter as pesquisas ativas de hipertensão e diabetes na comunidade.

Além disso vamos continuar com o planejamento de consultas as gestante e crianças menores de 1 ano, também temos que intervir no grupo de idosos e realizar ações de promoção e prevenção de saúde, já temos na unidade um grupo integrado por 30 idosos, que em coordenação com o NASF, fazemos atividades para promover e elevar o nível de vida destes usuários.

Por enquanto tudo nosso trabalho está organizado, só temos que manter as metas alcançadas e atingir os objetivos propostos que não foram atingidos durante a intervenção e desta forma melhorar os indicadores alcançados, mas acredito que nosso melhor passo será manter as mudanças realizadas na unidade, assim como manter a equipe unida e todos trabalhando juntos pela comunidade.

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

Eu sou Mirna Hernández Pérez natural de Cuba, participante do programa mais médicos, trabalho no UBS Marlete Nobrega da Luz, uma unidade urbana, desde abril de 2014 e estou realizando uma especialização em saúde da família, pela universidade federal de Pelotas. Nesta especialização tivemos a oportunidade de escolher uma ação programática para intervir, com base nos dados da análise situacional a equipe da USF Marlete Nobrega da Luz, Parelhas/RN decidiu intervir no foco da hipertensão e diabetes, visto que a cobertura era de 624 hipertensos e 154 diabéticos. O objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e diabetes. A população da área de abrangência é de 4104 usuários, destes 624 são hipertensos e 154 diabéticos, de acordo com o VIGITEL, 2011. O controle adequado destas doenças tem importância para nossa UBS já que são fatores de riscos para desencadear doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, as quais constituem hoje dia uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, então isso constitui também um importante problema para a saúde pública e para a qualidade de vida das pessoas que sofrem destas doenças que podem levar a invalidez temporal ou permanente, ocasionando grandes problemas para o estado também. Escolhemos esta ação programática porque durante nosso trabalho na unidade constatamos a assistência as consultas médicas dos usuários com estas doenças descompensadas, além de ter em nossa área muitas pessoas jovens com complicações tais como danos em órgãos alvos importantes como coração, cérebro, rins, retina, por não ter um bom acompanhamento destes usuários na unidade.

Depois das 12 semanas da intervenção na unidade, tivemos que do total de hipertensos residentes na área de abrangência, 407(65,2%) foram acompanhados e 91 (59,1%) diabéticos, deles 353 (86,7%) hipertensos e 79 (86,8%) diabéticos tiveram exames laboratoriais realizados, com prescrição de medicamentos na farmácia popular tivemos 353 (86,7%) hipertensos e 81 (89%) diabéticos, melhoramos a



adesão de hipertensos ao programa mediante a busca ativa realizada pelos ACS por meio das visitas domiciliares e as palestras realizadas na comunidade onde eram debatidos temas que permitiam demonstrar a importância de realizar o acompanhamento dos usuários pela equipe de saúde, além de realizar pesquisas ativas nos usuários de risco destas doenças. Melhoramos a ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, realizamos estratificação de risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade além de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Durante a intervenção ocorreram mudanças importantes na unidade de saúde que permitiu que a equipe de saúde trabalhasse junto pelos mesmos objetivos, foram repartidas as ações de forma tal que conseguíssemos envolver a toda a equipe em nosso trabalho, cada um com sua atribuição. Foram realizadas reuniões com a equipe para sua capacitação sobre o cadastramento e como realizar as pesquisas destas doenças. Além disso, a comunidade foi envolvida nas ações da equipe de saúde, obtendo uma boa inter-relação com a comunidade, mediante a realização de palestras e mudanças no atendimento na unidade, já que as consultas médicas planejadas aumentaram e desta forma foram diminuindo as consultas médicas por demanda espontânea dos usuários.

Dentro das questões referentes ao gestor temos que melhorar as condições estruturais da unidade, mediante a ampliação da instalação, providenciar a existência de medicamentos necessários, aumentando o estoque dos medicamentos existentes na unidade, além de providenciar recursos para ter disponíveis reativos para a realização dos exames laboratoriais no hospital. A intervenção foi importante porque nos permitiu ter uma melhor comunicação com o gestor e com todos os profissionais da unidade. Desta forma, é preciso melhores condições na unidade para poder realizar adequadamente a continuidade da intervenção, além de implementar outras ações programáticas com no atendimento pré-natal, a atenção as crianças e ao grupo dos idosos.

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

Dentro das doenças crônicas não transmissíveis temos a hipertensão e a diabetes que constituem fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e podem levar a invalidez temporal ou permanente dos usuários, por isso que sua prevenção e controle adequado é tão importante neste momento, quando temos hábitos de vida inadequados, como uma alimentação inadequada, consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, estresse mantido, tudo que leva a descompensação destas doenças ocasionando agravos as vezes irreversível. Por isso a melhor maneira de controlar estas doenças é a prevenção e manter um adequado controle dos fatores de riscos na atenção primaria.

Diante da necessidade de melhorar o atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes, a USF Marlete Nobrega da Luz realizou uma intervenção porque não realizava um bom acompanhamento destes usuários, na unidade não tínhamos um arquivo específico para o registro dos hipertensos e diabéticos, alguns deles não tinham prontuários e muitos estavam desatualizados, depois da intervenção

alcançamos bons resultados em quase todas as metas propostas, realizamos um cronograma que permitiu ir realizando as atividades planejando cada ação adequadamente. Dentro dos resultados alcançados temos que na unidade foram cadastrados 407 hipertensos (65,2 %) e 91 diabéticos (59,1%), os quais foram acompanhados pela equipe, deles 353 hipertensos(86,7 %) e 79 diabéticos (86,8%) tinham exames laboratoriais realizados, com prescrição de medicamentos na farmácia popular tivemos 353 hipertensos(86,7%) e 81 diabéticos (89%), além disso podemos dizer que aumentamos a adesão dos usuários ao programa, diminuimos os faltosos as consultas médicas programadas mediante as buscas ativas na comunidade, realizadas pelos ACS, também foram realizadas palestras para informar sobre a existência do programa Hiperdia disponibilizado pelo Ministério de Saúde para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizadas orientação sobre alimentação saudável, realizar exercícios físicos sistemáticos, eliminar o tabagismo, manter uma boa higiene bucal.

Antes da intervenção o serviço estava centrado no atendimento por demanda espontânea, a equipe trabalhava independente, não existia continuidade do atendimento, a maioria dos usuários hipertensos e diabéticos assistiam as consultas apenas quando estavam descompensados ou precisavam das receitas dos medicamentos, mas não existia uma consciência lógica da importância de assistir as consultas médicas, então depois da intervenção tudo mudou na unidade, a partir desse momentos foram planejadas as consultas médicas, a equipe foi envolvida em todas as atividades e a comunidade teve conhecimento da importância deste acompanhamento.

Com a intervenção alcançamos a inter-relação da equipe de saúde com a comunidade, além de melhorar a integração do trabalho com cada um dos integrantes da equipe, sempre com o mesmo objetivo de elevar a qualidade de vida da comunidade, influir em os fatores de risco, para desta forma evitar a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, além de evitar as complicações mais frequentes nos usuários hipertensos e diabéticos, elevamos o nível de conhecimento da comunidade, atuando diretamente nos pilares da atenção primária de saúde, tais como promoção e prevenção de saúde, foi melhorado o acolhimento dos usuários e incrementou-se o atendimento aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, além de aumentar o número de atendimentos por consultas médicas programadas na unidade, também ajudou a melhorar a qualidade do atendimento a

comunidade, também foram incrementadas as visitas domiciliares, assim como as palestras na comunidade e foi melhorado o acompanhamento aos usuários hipertensos e diabéticos

A intervenção tem que continuar sendo incorporada à rotina do serviço porque ainda temos incidência de casos novos de hipertensão e diabetes que tem que ser cadastrados no programa e desta forma temos que continuar aumentando a cobertura desta problemática de saúde, além disso, já estão marcadas as consultas de retorno destes usuários cada 4 meses, porém isso tem que continuar da mesmo forma, por isso podemos dizer que a intervenção vai manter a unidade de equipe de saúde e vai ajudar a manter a comunicação com a comunidade, com participação em todas as ações que permitam mudanças no estilo de vida por uma mais saudável que permita evitar a aparição de complicações que ocasionem invalidez temporal ou permanente nos usuários que padecem doenças crônicas não transmissíveis.

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

Neste momento já estou em condições de realizar uma reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem, que no início tive algumas dificuldades principalmente com a forma de realizar o curso de especialização a distância, não realizada durante meus anos de trabalho em meu país, além da forma de fazer o curso foi acrescentado as dificuldades com o idioma português, o qual motivou que eu tivesse que buscar orientações para realizar as tarefas do curso, mas pouco a pouco fui alcançando mais prática e mais agilidade no domínio do idioma, até melhorar a escrita e o linguagem. Reconheço que ainda tenho algumas dificuldades, mas isso não impede minha comunicação com a população e com a equipe de saúde da unidade.

Uma das maiores dificuldades foi com o uso do computador, porque eu não tinha domínio do programa Microsoft Excel e então isso ocasionou que tivesse

algumas dificuldades no preenchimento da planilha de coleta de dados, mas depois tudo foi resolvido adequadamente.

Acho perfeita a maneira de desenvolver as atividades disponibilizadas pelo curso e a troca de ideias entre colegas no fórum, sempre acrescentando mais conhecimentos a nosso trabalho, além de que facilita o melhor desenvolvimento do trabalho em equipe, é ótima a união que tem o ministério de saúde com a implantação do SUS, uma estratégia que permite envolver todas as atividades em um sistema que permite melhorar a saúde dos brasileiros e o conhecimento deste sistema com certeza foi muito importante.

Esta experiência tem sido muito enriquecedora e o que ao princípio me ocasionava um pouco de dificuldade agora não é mais, porque tenho melhor conhecimento de muitas coisas importante, adquiridas durante o curso e também durante a intervenção, que foi com a porta de entrada para minha inter-relação com a equipe e com a comunidade de minha área de abrangência e ajudou a que a equipe de saúde estivesse mais satisfeita com meu trabalho na unidade. Acredito que esta troca de ideias foi necessária para produzir mudanças na maneira de pensar e atuar dos integrantes de minha equipe e da comunidade.

Além disso, o curso ajudou a incrementar meu desempenho no trabalho e proporcionou aumentar meus conhecimentos e enriquecer minha qualificação profissional, também superou minhas expectativas iniciais porque não acreditava que pudesse ser feitas as mudanças realizadas na unidade de saúde ao final do trabalho. Durante o decorrer do curso a motivação por alcançar as metas e atingir os objetivos propostos foi aumentando no dia a dia.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso formam as atividades clínicas que a maioria das vezes tinham relação com situações atendidas na unidade de saúde e então isso me ajudava nos conhecimentos sobre os protocolos utilizados aqui no Brasil. Além da necessidades de realizar constantemente revisões bibliográficas que ajudaram a aumentar meus conhecimentos sobre determinadas doenças, além de permitir o desenvolvimento da habilidade na organização, planejamento e execução das atividades na unidade de saúde que permitirem melhorar o atendimento dos usuários da área de abrangência. Por enquanto o curso tem uma organização ótima, tem características próprias que não são encontradas em nenhuma parte dos demais cursos que havia realizado antes.

## Referências

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. HAS Sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Serie Normas e Manuais. Técnicas. Cadernos de Atenção Básica 15;1 ed. Brasília, D.F.,2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Sade, Departamento de ATENCAO Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) ISBN 978-85-334-2114-1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) ISBN 978-85-334-2059-5

Censo Populacional 2010 Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) (29 de novembro de 2010). Disponível no link: <Wikipédia: Disponível em:<https://pt.wikipedia.org/wiki/Parelhas>.

Wikipédia disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Parelhas> acesso em agosto de 2014.

## **Anexos**



## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





## **Anexo 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