

**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 Campo Santo, Macaíba/RN**

**Yaquelennis Suárez Bonilla**

**Pelotas, 2015**

**Yaquelennis Suárez Bonilla**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Campo Santo, Macaíba/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde da Família – Modalidade a  
Distância – UFPEL/UNASUS como  
requisito para aprovação na unidade de  
análise estratégica.

Orientador: Ethieli Rodrigues Da Silveira

**Pelotas, 2015**

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

B715m Bonilla, Yaquelennis Suárez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Campo Santo, Macaíba/RN / Yaquelennis Suárez Bonilla; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 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. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha mãe: Pelo grande apoio,  
compreensão e carinho ainda na  
distância, a ela devo tudo o que eu sou.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus: Pela força que me oferece para a realização deste trabalho.

A minha orientadora: Ethieli Rodrigues Da Silveira por seu apoio e colaboração incondicional em todo momento que eu precisei.

As meus Co-orientador(es): Fabiana Floriano e Angélica Porto de Oliveira, por oferecer-me sua ajuda e experiência sempre que precisei.

A minha família: Pelo apoio na distância, é minha maior força.

A minha equipe de trabalho da unidade básica de saúde: Pela ajuda oferecida durante o desenvolvimento do projeto.

As minhas amizades: Por sua ajuda, compreensão e pelos conselhos oferecidos, sem eles não teria sido possível chegar ao final.

## Resumo

Bonilla, Yaquelennis Suárez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Campo Santo, Macaíba/RN**. 2015. 91f. 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.

O trabalho de conclusão de curso caracteriza-se pela apresentação de uma intervenção em Atenção Primária à Saúde na Estratégia em Saúde da Família no contexto particular da ESF Campo Santo, no município de Macaíba, RN, Brasil. A intervenção se desenvolveu em 16 semanas, o objetivo foi melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou *Diabetes Mellitus* (DM), na área de abrangência de nossa unidade básica de saúde. O DM e a HAS constituem a primeira causa de mortalidade e hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS), são doenças que tem uma alta incidência, alta morbimortalidade em todo o mundo e, aqui no Brasil, tem-se alta incidência e prevalência destas doenças, aumentando a demanda de usuário para consultas com profissionais da saúde. Com a intervenção, a cobertura e os indicadores dos usuários com DM e HAS, tiveram uma melhora considerável, atingiu-se 31,9% dos hipertensos (259 usuários) e a cobertura de usuários diabéticos alcançou 41,8% (84). Os hipertensos com exame clínico em dia apropriado de acordo com o protocolo atingiu-se 95% para um total de 246 usuários e nos diabéticos atingimos 95,2% com exames clínicos em dia (80 usuários). A realização da intervenção para a comunidade foi ótima, com ela muitos de nossos usuários, não só hipertensos e diabéticos, tiveram a oportunidade de adquirir os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, entendendo as manifestações clínicas, prevenção das duas doenças e complicações. Melhorou muito o vínculo entre profissionais e a comunidade assim como a organização do atendimento dos usuários e a qualidade do acolhimento. Foram semanas de muito sacrifício, para a realização da intervenção tivemos que estar melhor preparados não só eu como médica, mas o resto da equipe também precisou de uma melhor preparação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Doença Crônica; hipertensão; Diabetes Mellitus

## Lista de Figuras

- Figura 1: Proporção de Hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 60
- Figura 2: Proporção de Diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 61
- Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p.62
- Figura 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p.63
- Figura 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 64
- Figura 6: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 65
- Figura 7: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 66
- Figura 8: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 67
- Figura 9: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 68
- Figura 10: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 69
- Figura 11: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 70
- Figura 12: Proporção de Diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 71
- Figura 13: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015 p. 72
- Figura 14: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 73
- Figura 15: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 74
- Figura 16: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 75

Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p.76

Figura 18: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p.77

Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p.78

Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p 79

Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 80

Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 81

Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 82

Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. p. 83

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

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>CAP</b>	Caderno de Ações Programáticas
<b>CAPS</b>	Centro de Apoio Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não-Transmissível
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIPERDIA</b>	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
<b>HPV</b>	Papilomavírus Humano
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SISPRENATAL</b>	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPeI</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

<b>Pelotas, 2015</b> .....	1
Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.2 <b>Relatório da Análise Situacional</b> .....	13
2. Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
<b>2.3.3 Logística</b> .....	47
<b>2.3.4 Cronograma</b> .....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discussão.....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82

## **Apresentação**

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Campo Santo, Macaíba-RN. O volume está organizado em sete unidades de acordo com o cronograma proposto pelo curso. Inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS, que abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS. Em seguida o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica mostra a justificativa junto com os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, também a metodologia o detalhamento das ações.

O relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas. Contamos também com a avaliação da intervenção que mostra todos os resultados explicados e com gráficos representativos. Foi elaborado um relatório para o gestor e outro para a comunidade com ênfase no trabalho desenvolvido e os benefícios que trouxe a comunidade. E por fim, fizemos uma reflexão crítica do processo de aprendizagem.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em Outubro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## 1 Análise Situacional

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

Desde minha incorporação ao Programa Mais Médico para o Brasil, estou trabalhando na ESF (estratégia de saúde da família) Campo Santo, município Macaíba, Rio Grande do norte. Ela esta localizada na zona urbana. É uma UBS (unidade básica de saúde) tipo ESF vinculada com o SUS (sistema único de saúde) através da prefeitura. O local onde ela fica foi adaptado para ser uma UBS, então não possui todos os requisitos de estrutura citadas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Precisa de muitas salas que não temos para o desenvolvimento adequado do trabalho.

Nesta unidade de saúde são desenvolvidas atividades de ensino vinculadas ao PET-saúde (programa de ensino tutorial) e se utiliza como campo estágio de Enfermagem. Esta UBS funciona há 10 anos e tem dois turnos de atendimento, nos quais se dá uma atenção de qualidade à população, aos finais de semana não se oferece atendimento, por isso se orienta a população em caso de ficar doente devem ir para a UPA (unidade de pronto atendimento) para receber atenção médica de urgência.

Esta UBS tem sua área geográfica de abrangência definida e isto ajuda a ter melhor conhecimento da situação de saúde de nossa população. Temos o mapa da área atualizado. A última vez que foi feito o cadastro da população foi em 2013 e não foi mais atualizado. Esse cadastro é de muita ajuda para o conhecimento da situação de saúde atual de nossa população e é uma ferramenta de muita ajuda para fazer a análise da situação de saúde. Existia uma micro área descoberta, sem agentes de saúde, mas com muito esforço foi cadastrada.

Esta UBS tem só uma equipe de saúde, com um total de 10 integrantes: 1 médico geral integral; 1 Dentista; 1 enfermeira ; 1 auxiliar de limpeza; 1 técnica de enfermagem ; 1 auxiliar de odontologia e 4 agentes comunitários de saúde. Nossa UBS recebe de forma continua apoio do NASF (núcleo de apoio à saúde da família) com a participação de Nutricionista, Psiquiatra, Psicólogo, Pediatra, Assistente social, Educador físico e outros profissionais que fazem parte de sua estratégia de apoio. Não existe nesta UBS uma sala para

recepção e isso dificulta só um pouco a organização da população, já que não há espaço suficiente para realizar uma adequada recepção. Na sala de espera pode acomodar-se em torno de 30 pessoas, mas as condições das cadeiras não são as melhores para ficar sentados esperando para o atendimento, por isso acho que estas cadeiras deveriam ser trocadas por umas cadeiras mais confortáveis. Também não tem sala de reuniões, as reuniões sempre são feitas nas diferentes salas de atendimentos e as salas de atendimento são um pouco pequenas. Não tem almoxarifado, só um espaço para farmácia. A sala de ginecologia não tem banheiro dentro, o que gera um pouco de incomodo porque se durante um procedimento ginecológico a usuária precisar urinar tem que sair da sala. O banheiro fica no corredor, a única sala que tem banheiro dentro é a sala do dentista. A sala de vacina tem boas condições e a sala dos curativos não está bem iluminada, isso dificulta a observação quando vai realizar o curativo. Não tem sala de nebulização, os usuários que precisa ser nebulizados tem que ir à UPA, ou outra unidade de saúde. Não tem área especifica para o compressor da odontologia; não existem banheiros para deficientes o que dificulta a realização de suas necessidades e em geral os espaços da UBS são um pouco pequenos. Não tem sala de esterilização, o material é esterilizado na sala da odontologia, muitas vezes isso impede de ter material esterilizado na UBS. Não temos sala de lavagem e descontaminação do material, não tem abrigo para resíduos sólidos, não tem depósito para lixo não contaminado.

A UBS tem boa ventilação e a iluminação artificial, não natural. Nenhuma das paredes é lavável; os pisos são laváveis, de superfície lisa, regular, firmes e antiderrapantes. A UBS está bem protegida, mas as portas não são de material lavável, os armários também não são de superfície lisa o que dificulta a desinfecção e limpeza, as janelas não tem telas de mosquito. Na UBS só existe sinalização visual através de texto, não existe através de figuras, também não através de brailes, também não através de recursos auditivos. Mas como é tão pequena a UBS, os integrantes da equipe mostram para a população os diferentes ambientes, as sinalizações não constituem um problema nesta unidade. O prédio da unidade de saúde não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não existe tapetes na UBS, as calçadas não permitem o deslocamento seguro dos deficientes visuais, cadeirantes e

idosos, não existem corrimãos, as portas dos banheiros não são adequadas para acesso de cadeiras de rodas, e não possuem espaço suficientes para as manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas. Não existe na UBS cadeiras de rodas à disposição de usuários. Acho que muitas destas deficiências podem ser resolvidas, só precisam ser solicitadas à coordenação e as que dependem da equipe serão resolvidas na UBS com a maior rapidez possível.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macaíba é um município brasileiro do Estado Rio Grande do Norte. Localiza-se às margens do Rio Jundiá à 14 km da capital estadual Natal e integra a região metropolitana. Limita-se com os municípios de Natal, Parnamirim, São José de Mipibu, Vera Cruz, Bom Jesus, São Pedro, Leimo Marinho e São Gonçalo de Amarante.

A análise da situação de saúde é definida como a avaliação dos resultados das ações dos diferentes fatores sociais, importante na identificação e solução dos problemas da saúde. Seu objetivo geral é analisar a situação de saúde da população em um contexto, em seu cenário e tempo concreto, com vistas à identificação dos principais problemas de saúde, através de um enfoque epidemiológico - estratégico.

A população do município é de 76.000 habitantes, atendidos em 22 UBS urbanas com 22 ESF. No município tem NASF e tem CEO (Centro de Atendimento Odontológico) que oferecem atendimento a toda a população. Não se dispõe de todas as especialidades, sendo necessário em alguns casos fazer pedidos para a Central de Marcação da cidade para serem feitas consultas na capital do estado, demorando muito tempo para que sejam realizadas. O município dispõe de uma Pediatra, um Psiquiatra, uma Nutricionista e um Psicólogo que estão diretamente ligados à atenção básica. Com relação aos exames complementares estes são feitos no laboratório do Município, por exemplo, exames de hematologia geral, química sanguínea, parasitologia, urina. Mas não são feitas culturas de amostras. Além disso, são feitos exame de radiologia, ultrassonografia e ECG (eletrocardiograma). Não contamos com o serviço de hospital, o mesmo está em remodelação e ainda não foi inaugurado, contamos com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), também não contamos com serviço de maternidade.

Eu trabalho na UBS Campo Santo, uma unidade urbana que fica na Rua Travessa Campo Santo. O modelo de atenção que tem é Equipe de Saúde da Família. Está vinculada com o SUS e com as instituições de ensino. A unidade tem só um consultório médico, não tem recepção, tem uma sala de espera com cadeiras, sala de vacina, sala de curativos, um consultório de enfermagem, copa, banheiro para trabalhadores e usuários. Tem uma população de 5.348 habitantes, sendo 2.466 homens e 2.882 mulheres.

Relação à estrutura física, há sérias dificuldades no que diz respeito a equipamentos e ferramentas, por exemplo: não há oftalmoscópio nem otoscópio, importantes para dar uma assistência médica mais abrangente. Além disso, não existe um sistema de calibragem de esfigmomanômetro, nem de balanças regularmente, não tem sala de nebulização, não tem cadeiras de rodas à disposição dos usuários. Não há disponibilidade dos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática. Além disso, considerando a relação de medicamentos definidos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos em insumos complementares, em minha UBS existem grandes dificuldades, chegam em quantidades insuficientes para a população, afetando a qualidade da assistência médica prestada. Outra dificuldade é que não tem protocolos de atenção de riscos biológicos, de doenças respiratórias crônicas (Asma, Rinite e DPOC), de prevenção clínica de doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais Crônicas, não tem protocolos de Saúde Mental, Saúde na Escola, de Saúde Sexual, de doenças de Chagas, Febre Amarela, Leptospirose, Raiva, entre outros.

A capacidade de organização do município é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da Estratégia Saúde da Família e para que as Equipes de Saúde da Família disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente. Deve, também, garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita.

Em relação às atribuições as ações desenvolvidas pelos membros da equipe, são o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificação de agravos como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, entre outros. Fazemos cuidado domiciliar aos usuários que precisarem. Também fazemos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis. Além disso, fazemos

atendimentos às grávidas, Hipertensos, Diabéticos, Idosos, crianças e a toda a população que precisa de atenção médica. Apesar de tudo isso ainda tem muitas dificuldades, por exemplo: baixa cobertura de gestantes, de crianças menores de um ano, de diabéticos, de hipertensos. Há áreas descobertas em razão do número insuficiente de agentes comunitários de saúde. Não existia o cadastramento adequado da população, portanto, não se realiza uma boa programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população. Temos muito que fazer para garantir a saúde da população.

Em relação à população da área de abrangência, atualmente temos **5.348** usuários cadastrados pela equipe de saúde. Fazemos palestras de temas importantes como, Infecções Respiratórias Agudas, Câncer de Mama e Colo uterino, Vantagem do Aleitamento Materno, Doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão, Cuidado do usuário idoso, entre outros. Tenho boa relação com minha equipe de saúde. A enfermeira de minha equipe tem muita experiência na saúde da família, isso facilita que o trabalho em equipe seja melhor. Eu tenho boa relação com a população.

A estimativa feita no caderno de ações programáticas não estava de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária em minha área de abrangência. O cadastramento dos usuários da minha área não estava atualizado, além disso, em minha área de abrangência, há área descoberta, por isso os dados não se aproximavam da realidade. Em minha Unidade Básica de Saúde podemos melhorar o acolhimento dos usuários, capacitando aos trabalhadores da equipe, para que possam escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções.

Lidamos com a demanda espontânea procurando elevar o nível de satisfação da população, fazemos as consultas agendadas e atendemos a demanda espontânea, evitando que o usuário volte sem receber o atendimento.

No que se refere à saúde da criança, nas consultas de puericultura, realizamos avaliação do desenvolvimento psicomotor, do crescimento, do peso, assim como as avaliações nutricionais das crianças. Também orientamos as mães e família em geral para identificação precoce de alteração do desenvolvimento. Temos algumas dificuldades quanto ao comparecimento às consultas, muitas mães acham que não necessitam trazer a criança às consultas, por isso em muitos casos é difícil fazer acompanhamento adequado. Não existe em minha Unidade Básica de Saúde

arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura. Acredito que temos que seguir trabalhando na equipe para melhorar cada dia mais a atenção das crianças. Na equipe, realizamos atividades com grupos de mães das crianças uma vez por mês. Os agentes de saúde orientam adequadamente as famílias. A cobertura de atendimento a crianças menores de um ano está muito abaixo do estimado no caderno de ações programáticas que é de 78, pois são acompanhadas apenas 16, a cobertura é 21%, mas acredito que com um aumento dos agentes comunitários de saúde e um melhor cadastro, nossa equipe pode melhorar essa cobertura. Tenho certeza que ainda temos que trabalhar muito. Temos que conscientizar as mães da importância das consultas, do aleitamento materno, vacinas e prevenção de acidentes no lar, melhorar assistência a consultas de odontologia das crianças e promover os cuidados para melhorar a saúde bucal, ensinar a todas as mães a importância de manter e promover hábitos de vida saudável.

A visita domiciliar é muito importante em nosso processo de trabalho, é uma das atribuições da equipe de saúde de atenção básica. Todas nossas ações de saúde estão encaminhadas para melhorar o estado de saúde de nossa população.

A cobertura do pré-natal em minha Unidade Básica de Saúde não está de acordo a estimada do Ministério. Não há bom seguimento em consultas de odontologia, não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes. Realizamos atividades com grupos de gestantes uma vez por mês. Apesar de não termos profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de pré-natal, fazemos todo o possível para oferecer atendimento de qualidade. Todas as consultas são registradas no cartão da Gestante.

Com relação aos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal, temos problemas com o início do acompanhamento, pois nem todas as gestantes começam no primeiro trimestre, a maioria vem já com mais de 14 semanas. Eu acredito que à medida que avançamos no trabalho e se realize o cadastramento de toda a população, melhorará a atenção pré-natal. Temos que melhorar o planejamento familiar, incentivando a mulher em idade fértil e com condições a ficar grávida no momento oportuno, ensinando as adolescentes como proteger-se e evitar a gravidez não planejada e fazer pré-natal sistemático. A cobertura desta ação programática também não está boa, pois a estimativa do Caderno de ações

programáticas (CAP) é de 80 gestantes na área, mas apenas 16 são acompanhadas, cobertura 20%.

A prevenção do câncer do colo de útero e mama precisa de toda a atenção e todo o trabalho da equipe em conjunto. Não temos problemas graves neste sentido, fazemos atividades nos grupos de mulheres e estimulamos as práticas regulares das atividades físicas. Não existe um arquivo específico para os resultados das mamografias e não existe nenhum registro das mulheres que foram identificadas com exame citopatológico alterados nos últimos anos. As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama, desde o cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos. Para melhorar as ações neste processo de trabalho, temos que cumprir com as diretrizes estabelecidas na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero e do Câncer da Mama. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero, temos que fazer um levantamento das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, ter o registro das mulheres que foram identificadas com exame citopatológico alterado. Ter um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológico coletados. Capacitar aos ACSs sobre noções gerais de câncer do colo de útero para fornecer o nível de conhecimento e realizar atividades de prevenção e promoção com grupos de mulheres, com orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. Até agora só temos informações das estimativas, segundo o CAP o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos é 1.344, mas estima-se que 1.298 são acompanhadas na UBS, sendo a cobertura 97%.

Quanto ao Controle do Câncer de Mama primeiro temos que realizar um melhor cadastro de nossa população para fazer um levantamento das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Realizar ações para o controle de peso e para estímulo a pratica regular da atividade física, ter o registro das mulheres que foram identificadas com mamografia alterada. Realizar o planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de mama. Realizar avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de mama. A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 402 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, mas a equipe estima que 384 (96%) são acompanhadas.

No que se refere à atenção aos usuários com hipertensão, a cobertura na nossa área está abaixo da estimativa do CAP, pois apenas 194 (18%) pessoas com

20 anos ou mais são acompanhadas, enquanto a estimativa é 1.108. Quanto aos usuários com diabetes a estimativa é 317, enquanto 96 (30%) são acompanhados. Temos que fazer um melhor cadastro de nossa população. Através das diretrizes podemos melhorar o trabalho e desenvolver as ações, tal como preconizado. Além disso, temos dificuldades com a atenção à saúde bucal e atenção especializada.

No município, existem dificuldades no atendimento nas urgências e emergências, por isso temos que melhorar o acompanhamento desses usuários e evitar complicações. Eu acredito que necessitamos oferecer atendimento odontológico adequado, aumentar as ações de promoção e prevenção de saúde.

No que se refere a saúde dos idosos, é importante considerar que o envelhecimento se define como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie. A partir de agora iremos utilizar o caderno de atenção básica para fazer todas as ações como estão estabelecidas. O número de idosos residentes em minha área está perto da estimativa (578), com bom seguimento, pois todos são acompanhados na UBS. Com a realização da Análise Situacional identificamos os principais problemas de saúde de nossa população. Nossa equipe está comprometida com o governo municipal e especialmente com a comunidade de melhorar esta situação de saúde e ofertar um atendimento com qualidade.

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

No texto inicial nós fizemos uma análise geral da situação da unidade e do serviço de saúde da família, nele falamos sobre as características estruturais da unidade e os serviços que realizamos nela. No segundo texto, fizemos uma avaliação mais profunda desses aspectos para obter uma melhor visão da área de saúde de minha UBS. Muitos dos problemas que tínhamos no princípio, os que dependiam da equipe foram resolvidos para assim melhorar o estado de saúde da população. Com a união da equipe conseguimos fazer uma melhor promoção de saúde e prevenção de doenças e evitar as complicações nos usuários que já tinham as doenças. Nos casos de pessoas deficientes, todos os dias trabalhamos na

reabilitação para oferecer uma melhor qualidade de vida. Quando fazemos a comparação do texto inicial com o relatório percebemos que avançamos muito, como equipe, realizamos um plano de ação para os problemas identificados. Acredito que mais para diante nosso trabalho será muito mais organizado, para assim oferecer a nossa população um atendimento de melhor qualidade.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A escolha para intervir nas doenças crônicas não transmissíveis especificamente, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), foi por ser os principais problemas de saúde pública. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. O DM vem aumentando sua relevância enquanto problema de saúde pública pela sua crescente prevalência e por estar habitualmente associada à dislipidemias, à hipertensão arterial e disfunção endotelial. O DM e a HAS constituem a primeira causa de mortalidade e hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS), são doenças que tem uma alta incidência, alta morbimortalidade em todo o mundo e aqui no Brasil, tem-se alta incidência e prevalência destas doenças, aumentando a demanda de usuário para consultas com profissionais da saúde (BRASIL, 2013).

Trabalho em uma UBS que foi construída para o atendimento médico da população, mas precisa de algumas mudanças na estrutura para melhor atendimento e conforto de nossos usuários. A Unidade não tem recepção, não tem uma sala para arquivo dos prontuários, não tem sala de esterilização e não tem sala de nebulização, mas tem sala de vacina, sala de curativos, farmácia, tem cozinha, tem um consultório médico, um consultório de enfermagem, tem um banheiro para trabalhadores e usuários, um consultório odontológico.

A UBS possui uma equipe de saúde, com um total de 10 integrantes, uma médica generalista, um odontólogo, uma enfermeira, uma auxiliar de limpeza, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A unidade de saúde de Campos Santos oferece atenção médica a uma população total de 5.348 habitantes, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2014), sendo 2.466 homens e 2.882 mulheres. São feitos atendimento do pré-natal, saúde das crianças, atendimentos a usuários com doenças crônicas não transmissíveis e atendimento a toda nossa população em geral (BRASIL, 2010).

Temos identificados e acompanhados 194 (18%) das pessoas com hipertensão e 96 (30%) das pessoas com diabetes em relação o caderno de ações programáticas. De nossos usuários diabéticos só 45 têm feita a estratificação do risco cardiovascular, o que representa 47% de cobertura. Temos 31 usuários com atraso das consultas em mais de sete dias, o que corresponde a 32%, só 90% tem exames complementares em dia, 84% de nossos usuários são orientados sobre a importância da atividade física e alimentação saudável e só 45% deles até agora foram avaliados pelo odontólogo. Dos usuários com hipertensão só 88 usuários têm feito estratificação do risco cardiovascular por critérios clínicos (45%), 90 dos usuários que apresentam Hipertensão Arterial tem atraso de consulta em mais de 7 dias (46%), 120 tem os exames periódicos em dia (62%); 160 foram orientados sobre a importância da prática de atividades física regular e alimentação saudável e só 80 foram avaliados pelo odontólogo. . Com o preenchimento do caderno das ações programáticas e a elaboração do Analise Situacional consegui identificar que estas doenças também constituem um problema de saúde em minha comunidade , por isso Eu escolhe Hipertensão e Diabetes como meu foco de intervenção , porque além de que existe uma cobertura muito baixa em relação com o estimado pelo Ministério , nossa população tem desconhecimento de questões relacionadas com estas doenças . Acredito que esta intervenção vai trazer resultados muito bom para nossa comunidade , com certeza depois da intervenção nossa população vai ficar muito mais informada e educada sobre prevenção , promoção , sintomas , signos , tratamento e diagnóstico precoce destas doenças para evitar as complicações e morte, o cadastramento de nossos usuários foi realizado em 16 semanas como estava previsto no cronograma inicial.

Acredito que com esta intervenção vamos garantir que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e das complicações que estas podem

provocar. Além disso, vamos melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos registros, garantir que nossa equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção de saúde e procurar realizar o diagnóstico precoce destas doenças. Temos que aumentar as atividades de promoção de saúde para garantir uma melhor vinculação da população neste programa. Acredito que a qualidade de atenção da população deve melhorar com a realização desta intervenção para dessa forma garantir uma atenção integral e de qualidade a nossos usuários. A principal dificuldade que se poderá ter é a insuficiência de equipamentos para a aferição de pressão arterial. Isso dificultaria fazer um rastreio em toda a população.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Campo Santo, Macaíba/ RN.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 75% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi formulado para ser desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Campo Santo, Município Macaíba/Rio Grande do Norte no período de 16 semanas, ainda que durante o período de desenvolvimento do mesmo a especializada saio de férias não houve necessidade de modificar o cronograma estabelecido, as atividades continuaram realizando se, a enfermeira ficou responsável durante a ausência da medica . Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais da Unidade Básica de Saúde. Todas as ações desenvolvidas durante este período foram baseadas no protocolo do programa de Hiperdia e nos Cadernos de Atenção Básica n. 36 e 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (BRASIL, 2013) e para alcançar os objetivos estabelecemos metas e ações. Foram preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores todos dados obtidos (ANEXO A). Para um melhor registro das atividades utilizamos o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (ANEXO B). Fizemos cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO C).

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**1º objetivo - Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1 e 2** – Cadastrar o 90% dos hipertensos e 75% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** avaliar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados em conjunto com a equipe de saúde da unidade. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos diabéticos e hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, estratificação de risco cardiovascular, exames clínicos, exames complementares em atraso. As agentes de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 12 usuários por semana totalizando 48 por mês. Ao fazer a busca já agendará ao usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidados em meu registro.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Hiperdia, para isso vamos capacitar toda a equipe sobre acolhimento, cadastramento e correta verificação da tensão arterial e realização de hemoglicoteste para aumentar nossas pesquisas. Aumentar os dias da consulta de Hiperdia, para fazer mais captações de usuários e dessa forma aumentar a cobertura de usuários ao programa. O acolhimento será feito por técnicas de enfermagem, capacitadas para fazer essa tarefa. Realizar aferição da pressão arterial todos os dias dos usuários maiores de 18 anos e se deixará 4 vagas no

atendimento do médico por dia (2 de manhã e 2 de tarde) para a consulta de captação de casos novos.

Para acolher a demanda dos usuários diabéticos e hipertensos, há necessidade de alterar a organização das consultas de HIPERDIA, para agendar os usuários provenientes da busca ativa, reservando dois turnos semanais de atendimento de HIPERDIA e todos os usuários sairão da Unidade Básica de Saúde com a próxima consulta agendada. Cada membro da equipe é responsável pelo acolhimento que ocorrerá na UBS e no trabalho das visitas domiciliares. As agentes de saúde farão seu acolhimento nas suas visitas no dia a dia; as técnicas de enfermagem farão a triagem dos usuários, toma de pressão e teste de glicose; o odontólogo fará seu acolhimento acompanhado pela sua técnica na hora da consulta; a médica e enfermeira farão seu acolhimento na própria consulta.

Nos dois dias de atendimento no programa de HIPERDIA também haverá atendimento do dentista para estes usuários.

Engajamento Público: Temos que 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 e também orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Nossa equipe realizará atividades grupais de promoção e prevenção de saúde na unidade e nas ruas relacionadas com estas duas doenças crônicas diariamente para que os usuários conheçam que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores de 18 anos e realização de hemoglicoteste sem agendamento prévio.

Explicar em que consiste o programa de HIPERDIA, que com sua integração eles receberão medicação de forma gratuita, além disso, receberão um atendimento integral com enfermeira, odontólogo, médico e demais profissionais da unidade, como também seguimento com as distintas especialidades do SUS. Dessa forma vamos aumentar a adesão dos usuários ao programa. Para garantir isso vamos colocar murais informativos na unidade e comunidade que falem em que consiste o programa e que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores

de 18 anos sem agendamento prévio. Além disso, em nossas visitas domiciliares vamos organizar atividades de promoção de saúde em igrejas e centros de trabalhos com apoio dos representantes da comunidade e líderes das igrejas. Essas atividades se realizarão uma vez por semana e toda a equipe será responsável pelo cumprimento delas.

Faremos contato com os líderes ou representantes da comunidade, nas escolas, nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade (fundamentalmente à família) no sentido de ampliar a captação e participação desses usuários no grupo comunitário da área e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. As ações de promoção de saúde voltadas para a orientação quanto aos fatores de risco do DM e HAS, orientações para monitoramento da Pressão Arterial (PA) e glicemia, realização de exames, entre outros momentos de discussão com a comunidade serão implementadas mediante palestras, apresentações de Power point, cartazes e propagandas para a comunidade que serão realizadas uma vez por mês, onde será usado o computador da unidade e a responsável será a médica.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACSs para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** informou-se a secretaria de saúde sobre a realização de atividades de capacitação para toda a equipe e já se está realizando, além disso, nas reuniões mensais se fala sobre um tema diferente para a capacitação de todos os trabalhadores da unidade. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários e o registro do programa identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde realizarão busca ativa de todos os usuários que tenham atraso, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidados na planilha eletrônica.

Para a obtenção das informações necessárias dos usuários utilizaremos os prontuários médicos de cada usuário, os registros do programa que primeiramente

temos que atualizá-los para obter informações verdadeiras. Também utilizaremos as fichas-espelho disponível, já que nem todo o usuário tem esse documento. Por isso temos que em conjunto com a direção de saúde do município garantir imprimir umas 200 fichas-espelho para cobrir a quantidade de usuários que não dispõem delas e para as novas captações que se realizarão.

Para seguimento mensal da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Temos que organizar e atualizar o registro do programa de HIPERDIA. Para isso a enfermeira será a responsável da organização e atualização do registro transcrevendo as informações mais recentes dos prontuários dos usuários e localizará quais são os usuários que tem consultas atrasadas, vacinas e exame complementares em atraso.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários do programa de Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O responsável dessas capacitações será a médica e enfermeira da equipe. As principais ações de capacitação serão as seguintes:

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

**Meta 1 e 2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a realização e qualidade do exame clínico dos hipertensos e diabéticos

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade

de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

**Detalhamento:** solicitou-se a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município, a versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes para em cada reunião da equipe orientar aos trabalhadores sobre o exame clínico dos usuários do programa de HIPERDIA de acordo ao protocolo e já está na unidade.

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

**Detalhamento:** Organizar a equipe para a realização frequente de palestras e colocar murais informativos para que os usuários conheçam os riscos, os sintomas e sinais de alarma para evitar complicações destas doenças, para isto capacitaremos a todos os trabalhadores da equipe mensalmente de acordo ao protocolo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** Capacitar os ACSs para o cadastramento de diabéticos e hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da glicose em jejum de forma criteriosa com o hemoglicoteste e a tomada de pressão arterial a todos os maiores de 18 anos.

**Meta 3 e 4 – Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** Avaliar e monitorar em conjunto com a equipe de saúde da unidade a todos os usuários hipertensos e diabéticos para conhecer quantos tem os exames realizados e quantos faltam de acordo ao protocolo.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Para garantir que todos os usuários hipertensos e diabéticos tenham as indicações de exames, daremos tarefas a toda a equipe para o monitoramento da indicação e realização dos mesmos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Explicar aos usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade em geral mediante as palestras sobre a importância de ter exames feitos no dia para detectar precocemente as possíveis complicações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos hipertensos e diabéticos

**Detalhamento:** Capacitar a toda a equipe sobre os exames complementares que deve-se indicar aos hipertensos e diabéticos de acordo ao protocolo. Temos muitos usuários com exames complementares e exame clínico atrasados, por isso com a revisão e atualização dos registros específicos do programa vamos verificar quem são esses usuários que tem exames atrasados, para dessa forma poder indicar os exames correspondentes de avaliação de suas doenças. Temos que garantir que os usuários entendam a importância da realização dos para um melhor seguimento e controle de suas doenças. Além disso, responsabilizar a cada agente de saúde pelo monitoramento de que seus usuários com hipertensão e diabetes, realizem os exames no tempo indicado.

Temos previsto abordar os temas de: Exame físico e rastreamento de sinais de alarma nos usuários diabéticos e hipertensos. Como deve ser realizado o seguimento aos usuários diabéticos e hipertensos. Diagnósticos precoces das complicações nos usuários diabéticos e hipertensos. Importância da saúde bucal nesses usuários. Para estas atividades faremos apresentações para o qual será usado o computador da médica. A equipe tem planejado convidar cardiologista, nutricionista, educador físico e ao podologista do centro de reabilitação do município, para participar das atividades.

**Meta 5 e 6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade para conhecer a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Colocar no mesmo registro de usuários hipertensos e diabéticos o nome dos medicamentos que utilizam para ter um controle das necessidades de medicamentos e manter o estoque com a quantidade que precisa-se.

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

**Detalhamento:** explicar através das palestras aos usuários hipertensos, diabéticos e a população em geral sobre o acesso aos medicamentos das doenças crônicas nas farmácias populares.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabéticos e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Detalhamento:** capacitação na unidade e autodidata dos profissionais da saúde periodicamente sobre o tratamento da hipertensão e diabetes de acordo ao protocolo para orientar aos usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular.

Vamos trabalhar muito através das visitas domiciliares e palestras para garantir que a comunidade compreenda em que consiste o programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes, que eles têm direito à medicação de forma gratuita mensalmente, os responsáveis por esta ação são os agentes comunitários, médico e enfermagem.

**Meta 7 e 8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade das necessidades de atendimento odontológico o 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e 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:** Falamos com a secretaria de saúde para garantir que um odontólogo fique por tempo fixo em nossa área para poder organizar a ação para avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e até o momento já temos um odontólogo fixo na unidade e está trabalhando para aumentar os indicadores.

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

**Detalhamento**: Aumentar a quantidade de palestras aos usuários hipertensos; diabéticos e a comunidade em geral sobre a importância de realizar atendimento odontológico periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e hipertensos.

**Detalhamento**: realizar capacitação periódica aos trabalhadores da unidade para realizar em conjunto avaliação da necessidade de atendimento odontológico periodicamente aos hipertensos e diabéticos. A ter garantido um odontólogo fixo na unidade. Já nossa equipe está trabalhando nessa ação, temos um odontólogo que agora está organizando seu trabalho para garantir o correto seguimento dos programas que se realizam na unidade. Já ela tem conhecimento do projeto de intervenção e das necessidades de atendimento que tem nossos usuários para garantir uma melhoria em relação à saúde bucal. Se realizarão atividades de promoção de saúde bucal na UBS onde o principal responsável será o odontologista.

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

**Meta 1 e 2 – Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento**: monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade de todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas de HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Aumentar visitas domiciliares para chegar a mais pessoas e que elas conheçam em que consiste o programa de HIPERDIA e desta forma alcançar que o 100% dos hipertensos e diabéticos integrem-se ao programa.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** aumentar o número de palestras e em cada visita domiciliar orientar aos hipertensos, diabéticos e a comunidade em geral sobre a importância de assistir a consulta de HIPERDIA com a periodicidade estabelecida de acordo ao protocolo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACSs para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** aumentar a capacitação aos profissionais da saúde da unidade sobre quais são as orientações que devem dar aos hipertensos e diabéticos para que 100% busque a unidade para a consulta de HIPERDIA. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários e o registro do programa identificando aqueles que estão com consultas em atraso. Os ACS realizarão busca ativa de todos os usuários que tenham atraso, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

#### **Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 1 e 2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

##### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** monitoramento em conjunto com a equipe de saúde da unidade da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados. Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de

registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta de HIPERDIA nos últimos três meses. A enfermeira localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos dos pés, estado dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida de sensibilidade dos pés (dos usuários diabéticos), exames complementares periódicos em dia, estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação nutricional para alimentação saudável, orientação sobre prática de atividade física regular e avaliação da saúde bucal em dia.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e 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:** continuar o trabalho que está se realizando, antes tínhamos os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos misturados com os de todas as famílias e isso dificultava a revisão sistemática dos registros. Agora estamos organizando isso, registros para dessa forma ter um melhor controle e monitoramento do programa. E definir um responsável para o monitoramento dos registros, o qual tem que estar capacitado para essa tarefa. Também temos que garantir que cada usuário do programa tenha uma ficha de acompanhamento onde se registrem todas as consultas, os medicamentos que toma a verificação do peso, tensão arterial, de hemoglicose teste e exames complementares.

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

**Detalhamento:** orientar a comunidade e aos usuários com estas doenças crônicas (hipertensão e diabetes) mediante as palestras seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Capacitar a equipe de saúde e fundamentalmente ao responsável que selecionar-se para o monitoramento do registro dos hipertensos e diabéticos.

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

**Meta 1 e 2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** Avaliação e monitorização por parte da equipe dos usuários hipertensos e diabéticos que tem risco cardiovascular. O médico será o responsável do monitoramento e avaliação dessa ação.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Selecionar e priorizar atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves e inclusive até a morte do usuário.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Incrementar as palestras e realizar murais para que a população e fundamentalmente os usuários hipertensos e diabéticos aumentem seus conhecimentos sobre os riscos de complicações destas doenças crônicas e como evitá-los.

Qualificação da Prática Clínica: 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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** capacitar a toda a equipe sobre como identificar e sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco para ajudar a evitar complicações nos usuários hipertensos e diabéticos. Fazer a estratificação de risco aos usuários do programa pelo menos uma vez por ano. Primeiramente vamos priorizar aos usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves e inclusive até a morte do usuário. Também a aqueles que durante as consultas e visitas domiciliares possamos detectar a presença de algum risco o sintoma de complicação. Vamos fazer também atividades de capacitação para toda a equipe de saúde. Também garantir as consultas especializadas pelo menos uma vez por ano para que nossos usuários contem com um atendimento integral e especializado.

## **Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 1 e 2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** monitoramento e avaliação por parte da equipe da realização de palestras sobre orientação nutricional aos hipertensos, diabéticos e resto da população.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Organizar e aumentar o número de palestras, realizar semanalmente e não mensal como está estabelecida para que a população e fundamentalmente os hipertensos e diabéticos adquiram maiores conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis, solicitar a presença da nutricionista nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Realizar cartéis e colocar em lugares públicos e fazer mais palestras com os hipertensos, diabéticos e com a comunidade em geral para que tenham mais conhecimentos sobre alimentação saudável e desta forma evitar a descompensação de sua doença.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** aumentar a capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudáveis e metodologias de educação na saúde em usuários hipertensos e diabéticos para ter mais pessoas na realização de todas as palestras que realizaram-se.

**Meta 3 e 4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** avaliação e monitoramento de toda a equipe sobre as orientações a realizar com os hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar atividade física.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** preparar a toda a equipe na organização de práticas coletivas para a orientação de atividade física para evitar o sedentarismo a obesidade que é um fator de risco para esta doença. Solicitar a secretaria de saúde a participação de educadores físicos nesta atividade.

Engajamento Público: Orientar hipertensos; diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** reunir frequentemente a maior quantidade de pessoas da comunidade e fundamentalmente aos hipertensos e diabéticos para dar orientações sobre a importância da prática de atividade física.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** informar a secretaria de saúde a necessidade de capacitação de toda a equipe sobre os principais exercícios que podem realizar as pessoas hipertensa e diabéticas para logo levá-lo a prática.

**Meta 5 e 6– Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** realização de atividades grupais sobre risco do tabagismo em usuários hipertensos e diabéticos e monitoramento por parte de toda a equipe.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** Estabelecer grupos de tabagistas e realizar cartéis para orientar pelos danos que ocasionam a sua saúde e influem na descompensação de suas doenças crônicas.

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

**Detalhamento:** aumentar o número de palestras em usuários hipertensos e diabéticos tabagistas e em toda a população fumadora para orientar a importância de abandonar o tabagismo pelos danos que fazem a sua saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a toda a equipe sobre o tratamento de usuários tabagistas para o oferecimento das palestras sobre este tema.

**Meta 7 e 8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** monitoramento e avaliação de toda a equipe sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** organização por parte do odontologista o tempo para cada usuário hipertenso e diabético para orientar individualmente sobre a higiene bucal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** aumentar a quantidade de palestras com os usuários hipertensos, diabéticos, com toda a população para oferecer orientações sobre a importância da higiene bucal

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Que o odontologista, na reunião da equipe, capacite a todos os profissionais sobre a importância da higiene bucal para ajudar a fazer palestras sobre o tema a todos os hipertensos e diabéticos. Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários do programa de HIPERDIA. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de

equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O responsável dessas capacitações será o médico e enfermeira da equipe.

### **3.2 Indicadores**

**Relativos ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1. Cadastrar 90% 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 75% 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.

**Relativos 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.

**Relativos 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.

**Relativos 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.

**Relativos 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.

**Relativos 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**

Para a intervenção iremos utilizar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013), temos disponível na UBS um manual, que será suficiente para o desenvolvimento da intervenção. Para a obtenção das informações utilizaremos os prontuários médicos de cada usuário e os registros do programa. Utilizaremos também durante os atendimentos clínicos, a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Em conjunto com a direção de saúde do município temos que garantir a impressão de fichas-espelho em quantidade necessária e para os novos usuários que sejam cadastrados também. Necessitamos 200 fichas-espelho, a médica será a responsável com ajuda da secretaria de saúde da impressão das mesmas. Além disso, temos que elaborar uma ficha para registrar as consultas especializadas, as consultas de odontologia, as visitas domiciliares e as ações de promoção e prevenção de saúde que sejam realizadas com os usuários do programa de atenção à hipertensão e diabetes. Essa ficha vai ser anexada ao prontuário destes usuários, dessa forma facilitará a obtenção das informações, para garantir um melhor acompanhamento de nossos usuários. Temos que atualizar o registro do programa, a enfermeira será a responsável pela organização e

atualização do registro colocando as informações mais recentes nos prontuários dos usuários e assim poderemos identificar melhor os usuários que tem consultas, vacinas e exames complementares em atraso.

Já foi discutida com a equipe a análise situacional e a definição de um foco para a intervenção. Para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários, primeiro vamos fazer a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta capacitação será em nossa Unidade Básica de Saúde, para isso serão reservados 60 minutos ao final do expediente. Cada membro da equipe terá que estudar uma parte do manual técnico e expor o conteúdo aos demais membros. Os responsáveis dessas capacitações serão a médica e enfermeira. As principais ações de capacitação serão os seguintes:

- Capacitar a toda a equipe de saúde sobre como fazer o cadastro de hipertensos e de diabéticos da área de abrangência de nossa Unidade Básica de Saúde;
- Discutir sobre a correta verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos;
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado de acordo com os protocolos;
- Capacitar a equipe quanto a saúde bucal, para uma adequada orientação aos hipertensos e diabéticos;
- Capacitar a equipe para um adequado acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos e assim melhorar a adesão dos usuários ao programa;
- Capacitar a equipe para preenchimento adequado dos registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos;
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco e explicar sobre sua importância para a prevenção das complicações;
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis;
- Capacitar a equipe sobre como orientar a população sobre a prática de estilos de vida saudável;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Semanalmente a enfermeira revisará as fichas-espelho dos usuários e o registro do programa para identificar os que estão com consultas, exames laboratoriais ou vacinas em atraso e os agentes comunitários de saúde realizarão busca ativa destes usuários. Estima-se atender 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas em uma planilha eletrônica.

Temos um dia de consulta para os usuários do programa de hipertensão e diabetes, agora vamos aumentar para dois dias para dessa forma ajudar a aumentar a cobertura dos usuários do programa. O acolhimento será feito pela técnica de enfermagem, ela será capacitada para fazer um adequado acolhimento. Será realizada aferição da pressão arterial todos os dias aos usuários maiores de 18 anos e deixará 4 vagas por dia no atendimento do médico (2 pela manhã e 2 à tarde) para a consulta de captação de casos novos.

Temos muitos usuários com exames complementares atrasados, por isso com a revisão e atualização dos registros específicos do programa vamos verificar quais são estes usuários para dessa forma poder indicar os exames correspondentes de avaliação de suas doenças. Temos que garantir que os usuários entendam a importância da realização deles para um melhor controle de suas doenças. Além disso, responsabilizar cada agente de saúde pelo monitoramento dos usuários de sua área.

Vamos fazer também atividades de capacitação para toda a equipe de saúde. Primeiramente vamos priorizar aos usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas de órgão que podem produzir complicações graves e inclusive até a morte do usuário. Também aqueles que durante as consultas ou visitas domiciliares podemos detectar presença de algum risco ou sintoma de complicação. Também garantir as consultas especializadas pelo menos uma vez por ano para que nossos usuários contem com um atendimento integral e especializado.

O odontólogo em nossa equipe organizará melhor os dias de atendimentos para garantir o correto seguimento dos programas que se realizam na unidade. Ele tem conhecimento do projeto de intervenção e das necessidades de atendimento que tem nossos usuários para garantir uma melhoria em relação a saúde bucal. Se realizarão atividades de promoção de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde e, o principal responsável será o odontólogo.

Vamos trabalhar muito para garantir que os usuários e a comunidade possam compreender porque é importante a verificação da pressão arterial de todos os usuários maiores de 18 anos de idade. Explicar em que consiste o programa de HIPERDIA, que com sua integração eles receberão medicação de forma gratuita, receberão um atendimento integral com enfermeira, odontólogo, médico e demais profissionais da unidade, como também acompanhamento com as distintas

especialidades do SUS. Dessa forma vamos aumentar a adesão dos usuários ao programa. Para garantir isso vamos colocar murais informativos na unidade e comunidade que mostrem em que consiste o programa. Além disso, em nossas visitas domiciliares vamos organizar atividades de promoção de saúde em igrejas e centros de trabalhos com apoio dos representantes da comunidade e líderes de igrejas. Essas atividades se realizarão uma vez por semana e toda a equipe será responsável pelo cumprimento delas

### . 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas																
	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9	1 0	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	
Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.	X																
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.	X																
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.	X																
Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.	X																
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos	X																
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	X				X				X				X				X



Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.	X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.	X																	

### 3 Relatório da Intervenção

O desenvolvimento da intervenção aconteceu entre os meses de fevereiro a maio do ano de 2015, de acordo as orientações do curso foram realizadas 16 semanas de atividades. Durante a realização da intervenção tive férias no período de 25 de março até 30 de abril.

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização da intervenção, primeiro tive que realizar uma análise situacional da unidade básica de saúde, para assim identificar os principais problemas de saúde da comunidade de minha área de abrangência. Uma vez identificados os principais problema de saúde na comunidade consegui determinar como foco de intervenção a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM.

A intervenção foi realizada contendo ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Para o desenvolvimento do mesmo segui o cronograma estabelecido no projeto: desde o inicio se definiu o papel de cada integrante em cada uma das ações do cronograma. Realizamos capacitações relacionadas com os protocolos: Ministério da Saúde: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (Cadernos de Atenção Básica, nº 37) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes

mellitus (Cadernos de Atenção Básica nº 36), para toda a equipe com o objetivo de ter uma melhor preparação para o desenvolvimento da intervenção. Além disso, foram realizadas capacitações relacionadas com o registro adequado dos dados e preenchimento da ficha-espelho. As fichas-espelho foram preenchidas pelo médico, enfermeira e pelas técnicas de enfermagem, depois foram arquivadas, mantendo o mesmo número do prontuário.

No início da intervenção apresentamos um pouco de dificuldades como a disponibilização de cópias das fichas, mas em parceria com a gestora da atenção básica conseguimos dar solução a esse inconveniente. As reuniões da equipe realizadas mensalmente foram de muita importância, em algumas ocasiões tivemos que realizar reuniões fora da data prevista de acordo as necessidades de organização e para dar solução a problemas que aconteciam. Nas reuniões foram realizadas as capacitações dos ACSs para atualização do cadastramento, busca ativa de usuários com controle em atraso e com fatores de risco para HAS e DM, o qual se orientava em todas as reuniões, além disso, se avaliava a situação atual dos registros das fichas, prontuários, o livro de acompanhamento e toda a documentação para a intervenção. Com muito trabalho e esforço conseguimos melhorar a cobertura do programa de atenção dos usuários hipertensos e diabéticos. Também foram realizadas capacitações relacionadas com técnica correta de aferição da pressão arterial e de realização de hemoglicoteste. Toda a equipe foi capacitada sobre avaliação das pessoas com fatores de risco para HAS e DM conforme protocolo. A realização do acolhimento adequado de todos os usuários hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo de atenção foi feito todos os dias. Apresentamos algumas dificuldades que atrasaram o desenvolvimento da intervenção, como minhas férias no mês de março, as férias do dentista. Durante o período de intervenção apresentamos também problemas na cadeira do dentista, além disso, o dentista tinha que prestar serviço em outra unidade, acredito que tudo isso influenciou em que as metas relacionadas com odontologia não fossem atingidas, mas ainda assim tivemos melhoras desse indicador. Outra dificuldade foi a troca de enfermeira em duas ocasiões e a saída temporária da técnica de enfermagem e a greve dos ACSs. Assim, em várias ocasiões tivemos que reorganizar o trabalho e capacitar aos novos integrantes da equipe. As ações educativas foram cumpridas em 100%.

Fizemos contatos com as lideranças comunitárias com o apoio dos ACSs, os quais eram os responsáveis pelos agendamentos das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos para um melhor acompanhamento. Foi de muita importância a informação da população sobre HAS e DM para incentivar a participação na intervenção. Os líderes comunitários ofereceram muito apoio durante a intervenção, com a ajuda deles conseguimos a integração dos usuários à intervenção.

Aproveitamos cada momento para informar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Realizamos palestras educativas de temas relacionados com a HAS e DM. Aproveitamos as visitas domiciliares e as consultas também para fazer divulgação do projeto com o objetivo de incorporar o maior número de usuários na intervenção. Ainda com todas as dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção os resultados foram significativos e hoje estou me sentindo satisfeita.

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

Nenhuma ação deixou de ser desenvolvida.

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

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção.

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

Uma vez terminado o Curso de Especialização em Saúde da Família, as ações realizadas na intervenção ficarão como rotina da UBS. Um acolhimento adequado a todos os usuários, de acordo aos protocolos do Ministério da Saúde é muito importante, com ele a relação equipe comunidade melhora 100% e os usuários se sentem mais a vontade para as consultas. Ficaram incorporadas à rotina da equipe as palestras sempre abordando temas de importância para melhorar cada dia os conhecimentos de nossos usuários em relação a saúde para assim melhorar

sua qualidade de vida. A aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste nas pessoas com fatores de riscos para HAS e DM também ficou incorporada a rotina da equipe, mas necessitamos de ajuda da Secretaria Municipal de Saúde com as fitas para hemoglicoteste, que em ocasiões não chegam em quantidades suficientes a UBS, para fazer pesquisa adequada. A educação em prevenção e promoção de saúde também ficará incorporada a nossa rotina, para melhorar a qualidade de vida de nossos usuários. A equipe continuará unida dia a dia no desenvolvimento de nosso trabalho, com certeza a qualidade de vida de nossos usuários melhoraram, assim como a qualidade de nosso atendimento.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A realização da intervenção com foco no Programa de Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, da comunidade de Campo Santo, tanto para os profissionais da equipe e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, significou um ganho, ainda que nossas metas e objetivos não foram atingidas como desejávamos, as melhoras são consideráveis, os benefícios são detalháveis e visíveis quando são visualizados os gráficos e os indicadores. O cumprimento de 100% da maioria das metas propostas e, mesmo assim o incremento daquelas metas que não foram cumpridas faz alusão aos resultados positivos da intervenção.

Durante o desenvolvimento da intervenção, nossa equipe de saúde priorizou cumprir as tarefas programadas no cronograma de trabalho proposto. Facilitamos o acesso da população ao serviço de saúde primária, secundária e terciária mediante encaminhamentos, interagimos com a comunidade, escola, igreja, selecionamos líderes comunitários, priorizamos o trabalho nas áreas descobertas beneficiando esta população, incrementamos os números de atendimentos médicos e odontológicos, foram realizadas várias atividades educativas para aumentar o nível de conhecimentos sobre hipertensão e diabéticos, tanto em usuários portadores destas doenças e também o resto de nossa comunidade, para diminuir o riscos de complicações, hospitalizações e morte por estas doenças. Com nosso trabalho dia a dia conseguimos diminuir o número de hipertensos e diabéticos faltosos, além disso, proporcionamos estilos de vida saudáveis não só para os

usuários com essas duas doenças crônicas, mas também para todos os envolvidos nos processos educativos.

Elaboramos possíveis soluções apresentadas à gestão municipal para resolver os problemas identificados e estabelecemos participação dos líderes comunitários mediante as capacitações e reuniões realizadas. Ampliamos a cobertura em tempo adequado ao total de hipertensos e diabéticos. Incorporamos o projeto ao dia a dia do trabalho de nosso serviço. Capacitamos os membros da equipe para o melhor desenvolvimento do serviço e individual, buscamos adquirir todos os materiais necessários para a realização do projeto, assim como a incorporação da ficha-espelho e a ficha-espelho complementar de atenção odontológica. A população e a coordenação de atenção primária de saúde ficaram felizes pelo trabalho desenvolvido, unificamos o NASF às nossas atividades realizadas na comunidade, comprometemos a todos os membros da equipe, assim como a gestão de saúde para apoiar o projeto. Enfrentamos diferentes desafios que fortaleceram os laços entre os profissionais hoje mais preparados e unidos. Para iniciar a análise quantitativa e qualitativa, para facilitar a compreensão, dos resultados, serão apresentados de acordo com as metas de cada objetivo a fim de estabelecer um padrão comparativo.

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

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

Na área adstrita a minha Unidade Básica de Saúde temos 813 hipertensos de acordo com a estimativa da planilha de coleta de dados, deles 259 foram acompanhados na intervenção, alcançando ao final uma cobertura de 31,9%. Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 11,6%, total de 94 hipertensos nesse mês, no 2º mês foi de 17,6%, correspondendo a 144 hipertensos, no 3º mês 26,8%, total de 218 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 31,9%, total de 259 hipertensos.

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos foram: acompanhamento e os registros dos usuários cadastrados, rastreamento da hipertensão em indivíduos com mais de 18 anos. Esta ação foi desenvolvida pela equipe de saúde, as atividades com a

comunidade para orientações sobre a ação programática e orientações durante as consultas clínicas de rotina para toda a população, também nós fizemos capacitações para toda nossa equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico.

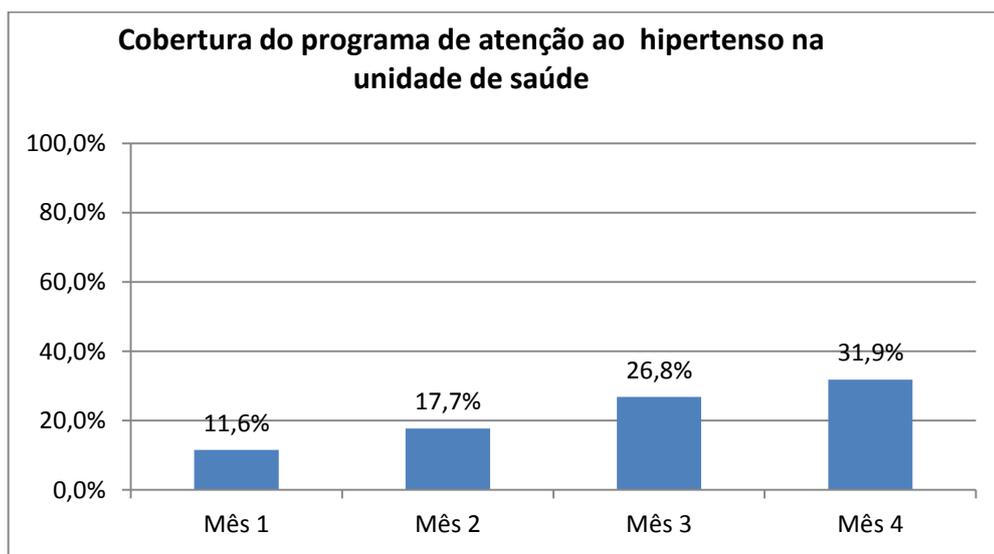


Figura 1: Proporção de Hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Campo Santo temos 201 diabéticos, deles foram acompanhados 84 na ação programática, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 41,8%. A evolução desse indicador foi, no 1º mês foi de 14,4% total de 29 diabéticos, no 2º mês foi de 23,4%, total de 47 diabéticos, no 3º mês 35,3% para um total de 71 diabéticos e no 4º mês atingiu-se 41,8% para um total de 84 usuários diabéticos. As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, desenvolvido pelos profissionais da equipe, o cadastramento da população de toda a área de abrangência desenvolvida pelos

Agentes Comunitários de Saúde e as capacitações durante as reuniões com toda a equipe de saúde para realização de cadastramento e exame clínico.

Figura 2: Proporção de Diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

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

Durante o desenvolvimento da intervenção, conseguimos melhorar significativamente este indicador, foi importante a realização de exame clínico. Tivemos uma boa evolução desse indicador, no 1º mês o percentual foi de 90,4% para um total de 85 hipertensos, no 2º mês foi de 93,8%, para um total de 135 hipertensos, no 3º mês 94,5%, para 206 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 95% para um total de 246. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado. No início tivemos dificuldade com os materiais para a realização, porque tínhamos apenas um esfigmomanômetro, mas conseguimos dar solução a esses problemas com ajuda da coordenação municipal de saúde.

Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Foi muito importante a realização de exame clínico durante a intervenção, a evolução foi dessa forma, no 1º mês o percentual foi de 89,7% para 26 diabéticos, no 2º mês foi de 93,6%, correspondendo a 44 diabéticos e no 3º mês 94,4%, perfazendo 67 diabéticos e no 4º mês atingiu-se 95,2% para um total de 80. As

principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados foram: definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos e capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado. No princípio apresentamos problemas para a realização de glicemia capilar porque as fitas estavam em falta, mas com os dias conseguimos resolver esse problema com ajuda da coordenação da secretaria de saúde.

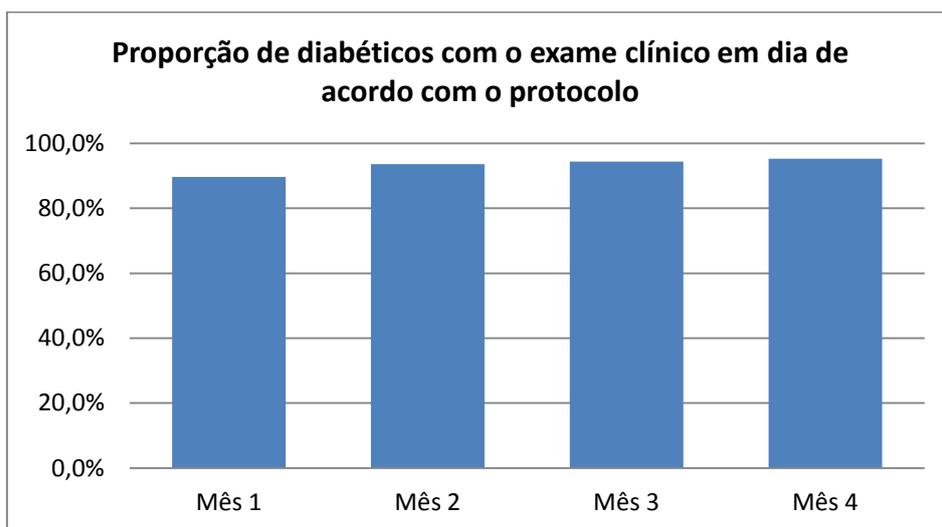


Figura 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 63,8%, perfazendo 60 hipertensos, no 2º mês foi de 76,4% correspondendo a 110 hipertensos, no 3º mês 80,3% para 175 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 82,6% para um total de 214. Esta meta não foi cumprida em 100% devido as dificuldades com a realização dos exames complementares no município, mesmo que melhorou muito ainda existe demora na marcação. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Dificultou a melhoria desse indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

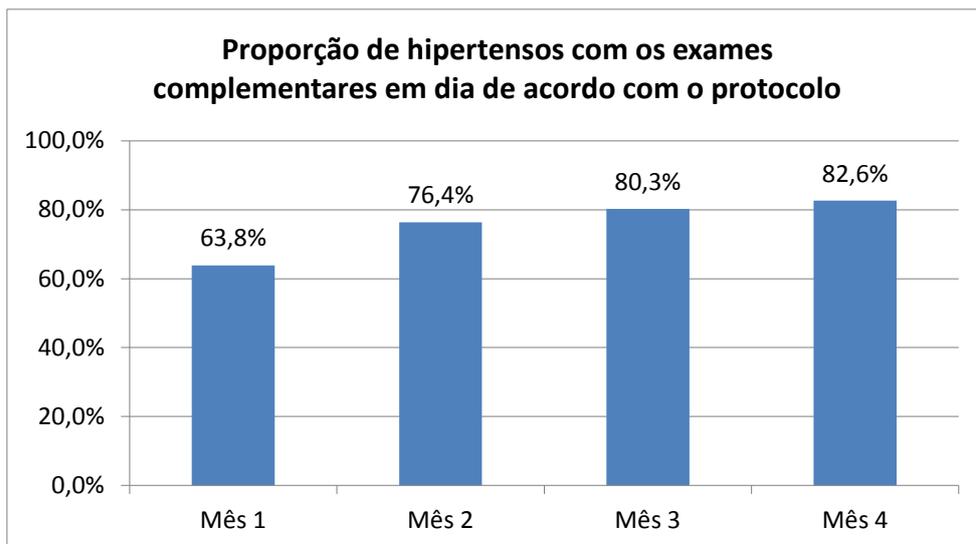


Figura 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo , 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

A evolução desse indicador no 1º mês o percentual de 75,9% para 22 diabéticos, no 2º mês foi de 85,1% correspondendo a 40 diabéticos e no 3º mês 84,5%, perfazendo 60 diabéticos e no 4º mês atingiu-se 86,9% para um total de 73. Esta meta não foi cumprida a 100% pelas dificuldades com a realização dos exames complementares no município. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Dificultou a melhoria desse indicador a pouca agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

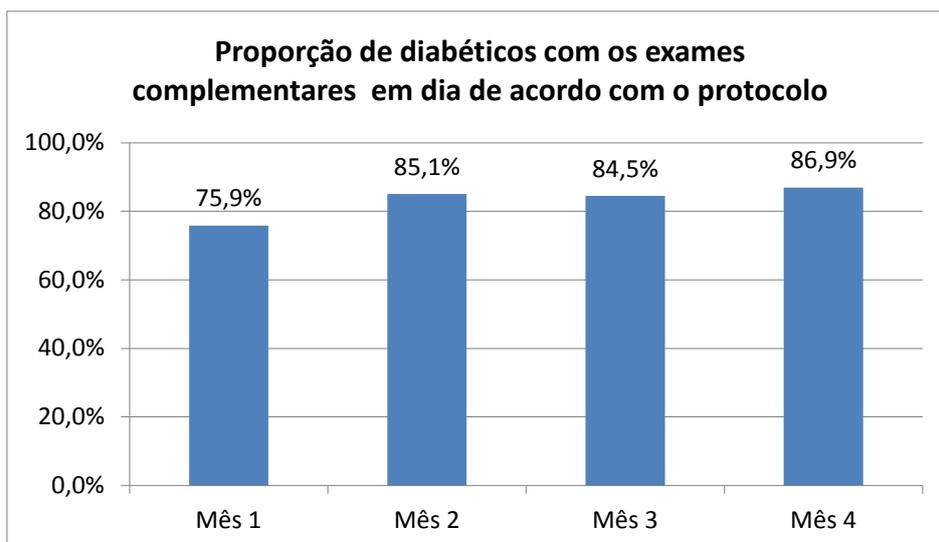


Figura 6: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

Quanto à prescrição de medicamento da farmácia popular no 1º mês o percentual de 100%, para 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100% correspondendo à 144 hipertensos, no 3º mês 100 %, perfazendo 218 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 100% para um total de 259. Dentro das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Saúde foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/Hiperdia e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha-espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, atualização do profissional no tratamento da hipertensão, orientação aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

Neste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi de 100% correspondendo à 47 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 71 diabéticos e no 4º mês atingiu-se o 100% para um total de 84. Dentro das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS foram: prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/HIPERDIA e registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha-espelho, controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Na UBS mantemos um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, orientamos aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

A evolução desse indicador não foi muito boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 70,2%, perfazendo 66 hipertensos, no 2º mês foi de 65,3%, correspondendo a 94, no 3º mês 62,4% perfazendo 136 e no 4º mês atingiu-se 67,2% para um total de 174 hipertensos. Neste indicador as metas propostas não foram cumpridas satisfatoriamente. As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos hipertensos. Apresentamos dificuldades para cumprir com este indicador, uma delas foi que durante o período de intervenção o odontólogo da equipe saiu de férias, além disso, não estava tempo completo na unidade porque tinha que prestar serviço em outra unidade e também apresentamos rotura da cadeira odontológica, além disso, durante a intervenção a médica saiu de férias, tivemos troca de enfermeira em três ocasiões e a técnica de enfermagem foi afastada do trabalho por recomendação médica, foram esses fatores que contribuíram com que o indicador não fosse cumprido em 100%.

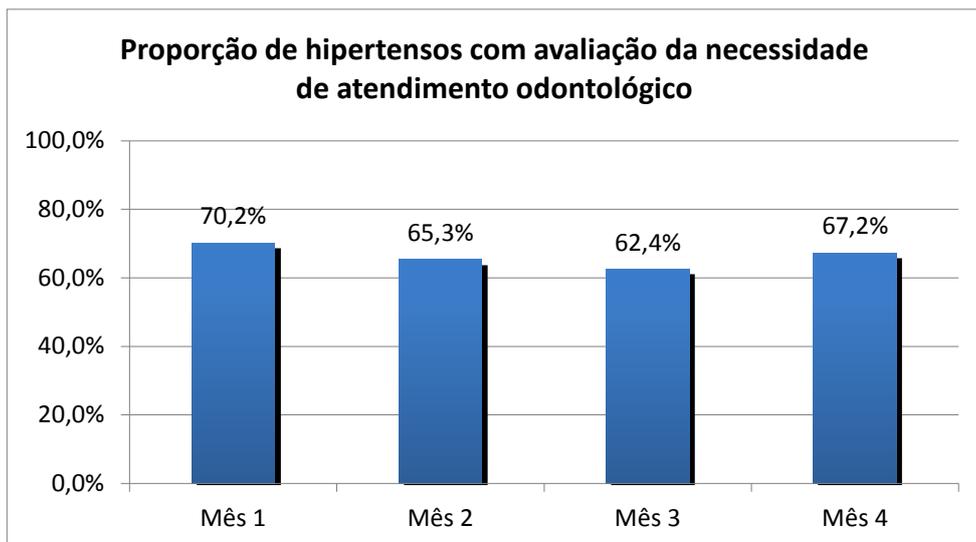


Figura 7: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 50% dos diabéticos cadastrados.

A evolução desse indicador foi muito boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 62,1%, perfazendo 18 diabéticos, no 2º mês foi de 63,8%, correspondendo a 30 diabéticos, no 3º mês 59,2%, perfazendo 42 diabéticos e no 4º mês atingiu-se 63,1% para um total de 53 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o registro específico na ficha-espelho dos usuários, capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos, orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos.



Avaliação da necessidade de atendimento odontológico

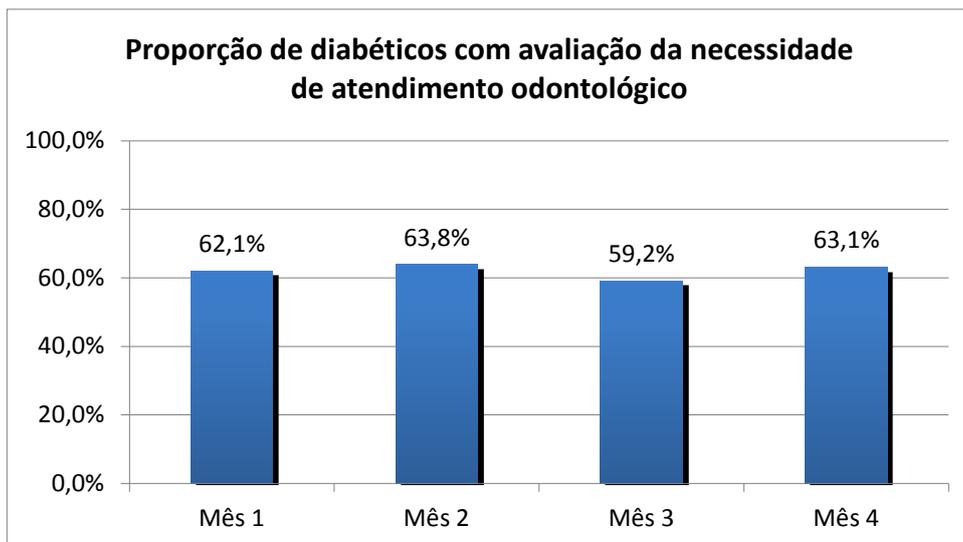


Figura 8: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde Campo Santo , 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

**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.

A evolução desse indicador foi ótima, temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 18 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 18 hipertensos, no 3º mês 100 %, perfazendo 23 hipertensos e no mês 4º atingiu-se 100% para um total de 26. Felizmente foi um êxito. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 4 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 05 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 07 diabéticos e no 4º mês atingiu-se 100% para 07 usuários. As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100% correspondendo à 144 hipertensos, no 3º mês 100%, perfazendo 218 hipertensos e no mês 4 atingiu-se 100% para um total de 259. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi 100%, correspondendo à 47 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 71 diabéticos e no mês 4 atingiu-se 100% para um total de 84. Dentro das ações que ajudaram ficam: implantação e avaliação da qualidade dos registros específicos de diabéticos acompanhados na unidade de saúde,

orientação dos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

**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.

A evolução deste indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 80,9%, perfazendo 76 hipertensos, no 2º mês foi de 85,4%, correspondendo à 123 hipertensos, no 3º mês 87,6%, perfazendo 191 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 90,7% para um total de 235 hipertensos. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, mas vai a oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença. A dificuldade para o cumprimento deste indicador em 100% foi que durante o mês das férias da médica ninguém realizou a estratificação do risco aos usuários que receberam acompanhamento.

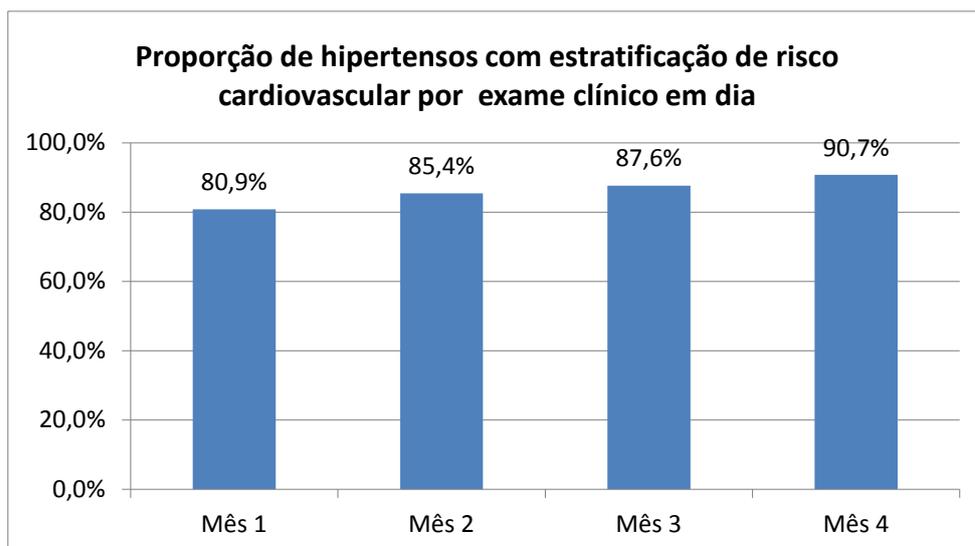


Figura 9: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

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

O indicador ficou deste jeito: no 1º mês o percentual de 79,3%, perfazendo 23 diabéticos, no 2º mês foi de 80,9%, correspondendo à 38 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 83,1%, perfazendo 59 diabéticos e no 4º mês 89,3% diabéticos para 75 no total. As principais ações que ajudaram ao desenvolvimento deste indicador foram: a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, orientação dos usuários e a comunidade quanto ao seu nível de risco, importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. É muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque é garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, mas vai oferecer a possibilidade de prever muitas complicações da doença. A dificuldade para o cumprimento deste indicador a 100% foi que durante o mês das férias da médica ninguém realizou a estratificação do risco aos usuários que receberam acompanhamento.

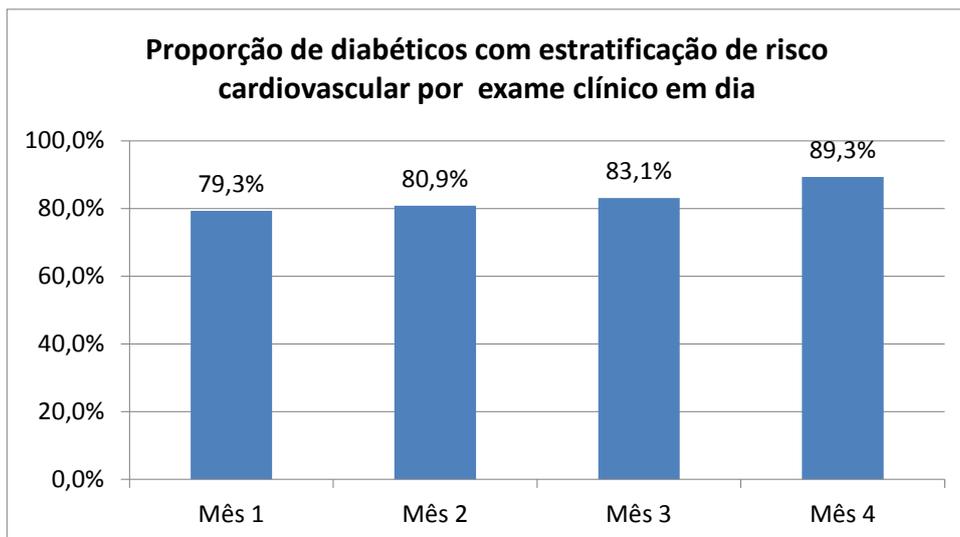


Figura 10: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 144 hipertensos, no 3º mês 100%, perfazendo 218 e no 4º mês um atingiu-se 100% para um total de 259 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.



Orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

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

A evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi 100%, correspondendo à 47 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 71 diabéticos e no mês 4 atingiu-se 100% para um total de 84 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 144

hipertensos, no 3º mês 100%, perfazendo 218 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 100% para um total de 259 hipertensos. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.



Orientação em relação à prática regular de atividade física

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

O indicador se comportou assim: no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 47 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 71 diabéticos e no 4º mês um 100% para um total de 84 diabéticos. As ações mais auxiliadoras na orientação sobre prática regular de atividade física nos diabéticos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade

física, capacitação à equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

Durante o análise deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 144 hipertensos, no 3º mês 100%, perfazendo 218 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 100% para um total de 259 hipertensos. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mau hábito, para os usuários hipertensos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Foi um êxito manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de opções.



Orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Na evolução deste indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi de 100 %, correspondendo à 47 diabéticos, no 3º mês 100%, perfazendo 71 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 100% para um total de 84 diabéticos. No transcurso da intervenção foram desenvolvidas ações para ajudar ao indicador como: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o mau hábito, para os usuários diabéticos, durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Foi um êxito manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" conjuntamente com o gestor, assim a população fica com mais oportunidades para a escolha de medicamentos.

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 94 hipertensos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 144 hipertensos, no 3º mês 100%, perfazendo 218 hipertensos e no 4º mês atingiu-se 100% para um total de 259 hipertensos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.



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

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

A evolução desse indicador foi: no 1º mês o percentual foi 100%, perfazendo 29 diabéticos, no 2º mês foi de 100%, correspondendo a 47 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, perfazendo 71 diabéticos e no 4º mês 100% para um total de 84 diabéticos. As ações que mais auxiliaram foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da equipe para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

Posso argumentar para finalizar, que durante os 04 meses de intervenção, nossa equipe de saúde, cadastrou um total de 259 hipertensos e 84 diabéticos, deu cumprimento as maiorias das metas segundo o previsto ao inicio da intervenção e só algumas metas não foram atingidas 100%, mas tiveram melhoras consideráveis. Para atingir as metas que não foram atingidas a equipe tem como objetivo ampliar o trabalho de conscientização de nossa comunidade em relação a necessidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, continuaremos monitorando todas

as ações e aumentando a cobertura, além de seguir melhorando nosso atendimento e fazendo uma avaliação integrada de nossos usuários diabéticos e hipertensos.

## **4.2 Discussão**

Com a realização da intervenção na Unidade Básica de Saúde Campo Santo, conseguimos ampliar a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, tivemos a melhoria dos registros, conseguimos melhorar a qualidade da atenção destes usuários, com destaque da ampliação dos exames clínicos e avaliação do risco de ambos grupos.

Esta intervenção foi de muita importância para nossa equipe, porque ajudou muito a melhorar e organizar nossos atendimentos aos usuários Hipertensos e Diabéticos. Antes do início da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e na enfermeira somente; a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa de Atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes. Com o desenvolvimento da intervenção foi promovido o trabalho integrado da equipe (a enfermeira, a técnica de enfermagem, os agentes de saúde, a equipe odontológica e eu como médica da Unidade), o trabalho foi baseado em ações de saúde para a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência.

A intervenção teve impacto também em outras atividades do serviço que ajudaram ao desenvolvimento da atenção com qualidade. A intervenção propiciou que cada membro da equipe tivesse suas atribuições definidas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos permitiu um melhor agendamento das demais ações programáticas. Com a classificação de risco de nossa população alvo, foi priorizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos de maior risco.

Nossa comunidade não percebeu o impacto da intervenção como desejamos, mas mesmo assim de certa forma eles ficaram felizes pelas atividades desenvolvidas, pela organização e melhora do atendimento. A equipe tem

conseguido que essas atividades fiquem integradas na rotina diária da unidade, então aos poucos a população irá percebendo as mudanças. A maioria da população tem conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção ao hipertenso e diabético, os usuários atendidos durante a intervenção e seus familiares estão muito satisfeitos com o acolhimento e o atendimento realizado pelos membros da equipe, assim como a prioridade nos atendimentos e realização de exames.

Uma vez realizada a intervenção a gente pode ter uma percepção melhor de como poderia ter feito ela para obter melhores resultados. Se eu fosse realizar a intervenção neste momento, a primeira coisa que eu teria feito era dialogar com a equipe sobre a análise situacional do estado de saúde da comunidade de minha área de abrangência antes de começar a intervenção, para assim ter melhor identificados os principais problemas de saúde de nossa população. Além disso, teria informado a comunidade tudo a respeito do desenvolvimento da intervenção para assim discutir a melhor forma de implementá-la. Teria uma comunicação melhor com a Secretaria de Saúde para dar solução aos problemas encontrados. É muito importante que o tempo da intervenção seja maior, com o objetivo de atingir todas as metas, que como observamos nos resultados não conseguimos atingir as metas como desejávamos. Mas fico tranquila porque a intervenção ficou incorporada na rotina do serviço e acredito que a equipe tem condições para atingir todas as metas e objetivos.

Para atingir as metas que não foram atingidas a equipe tem como objetivo ampliar o trabalho de conscientização de nossa comunidade em relação a necessidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Continuaremos monitorando todas as ações e aumentando a cobertura, além de seguir melhorando nosso atendimento e fazendo uma avaliação integrada de nossos usuários diabéticos e hipertensos.

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

### **À Gestora municipal de saúde,**

Foi realizada uma intervenção pela ESF Campo Santo, município Macaíba/RN a partir do curso de especialização em saúde da família, realizado pela médica Yaquelennis Suárez Bonilla o foco da intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes.

Escolhemos esse foco porque percebemos que o maior motivo de consultas na UBS eram por estas duas doenças crônicas não transmissíveis e que o acompanhamento destes usuários não era o adequado. Foi um desafio para equipe já que os indicadores ao principio da intervenção davam para perceber o acompanhamento inadequado que tinham os usuários portadores destas doenças. Ao longo da intervenção foram acompanhados um total de 259 hipertensos (31,9%) e 84 diabéticos (41,8%). Nossa equipe no principio tinha muito que melhorar para poder oferecer um atendimento organizado com a qualidade que nossos usuários precisam e merecem por isso acreditei que fazer uma intervenção baseada nesta problemática ia ser minha melhor decisão, sempre pensando em nossos usuários.

No final da intervenção ainda que algumas metas não foram atingidas como eu desejava, foram melhorados muitos aspectos do processo de trabalho de nossa equipe, trazendo melhora na qualidade da atenção à HAS e DM. Fizemos um ótimo trabalho de rastreamento da HAS em indivíduos com mais de 18 anos, além disso, realizamos uma adequada organização e controle dos registros que antes da intervenção nem existiam. Foram desenvolvidas ao longo da intervenção muitas atividades educativas de promoção de saúde, que são ferramenta fundamental em nosso processo de trabalho, já que nosso papel fundamental na atenção de saúde é a prevenção e promoção.

Conseguimos dialogar com a população sobre a importância das consultas programadas pela equipe e a importância de cumprir tratamentos farmacológicos, já que muitos usuários não estavam fazendo o tratamento adequado. Também conseguimos conscientizar nossos usuários da importância dos exercícios físicos e uma alimentação saudável como pilar também do tratamento para assim melhorar ainda mais a qualidade de vida. O Diabetes Mellittus (DM) também constitui uns dos principais motivos de consulta na minha UBS, também com um inadequado

acompanhamento. Fizemos ótimo trabalho educativo sobre como prevenir a doença e promover estilos de vida saudáveis (prática de atividade física regular, alimentação saudável), identificação de grupos de risco (sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis). Também ao longo da intervenção realizamos diagnóstico precoce e abordagem terapêutica oportunos nos indivíduos de alto risco para esta doença, realizamos avaliação do risco cardiovascular para prevenção das complicações vasculares. Foi um desafio sensibilizar os usuários diabéticos sobre os sinais e sintomas da hipoglicemia e sobre o tratamento oportuno para assim evitar complicações que podem ser fatais. Durante o desenvolvimento da intervenção realizamos rastreamento de DM em adultos assintomáticos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e conseguimos fazer uma adequada organização dos registros e de todas as documentações de nossos usuários.

Uma vez concluída a intervenção e incluída estas ações à nossa rotina continuamos tendo dependência da secretaria de saúde, fundamentalmente relacionado com a logística (fichas-espelho, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro). Estes recursos foram de muita importância para o desenvolvimento adequado da intervenção e uma vez concluída a intervenção vamos seguir precisando para dar cumprimento as ações que ficaram como rotina diária. O nosso objetivo fundamental é oferecer a nossa população um atendimento de qualidade para assim melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Atenciosamente,

Yaquelennis Suárez Bonilla

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

A equipe da UBS Campo Santo, Macaíba/RN vem por meio deste apresentar os resultados da intervenção que foi realizada através do curso de especialização em saúde da família UNASUS. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e maio de 2015 e tinha como objetivo Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes na área de abrangência de nossa equipe.

A motivação de escolher essa problemática de saúde resultou ao perceber que os principais motivos de consulta na UBS são Hipertensão Arterial e Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Estas doenças constituíam um problema de saúde em nossa comunidade com um acompanhamento inadequado e com uma cobertura muito abaixo do estimado pelo ministério. Nosso maior interesse foi melhorar a qualidade de vida dos usuários com estas doenças.

Foram planejadas e desenvolvidas ações de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Olhando os resultados acreditamos que as ações desenvolvidas tiveram um ótimo benefício para nossa comunidade, permitindo a muitos usuários conhecer o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica (UB). Além de conscientizar nossa comunidade da importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, para facilitar um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno, diminuindo assim as complicações. Além disso os usuários foram orientados sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, DM e complicações.

Foram muitas as vantagens da intervenção para nossa comunidade, durante o desenvolvimento de nossa intervenção foram feitos exames clínicos apropriados dos hipertensos e diabéticos de acordo aos protocolos; foram informados sobre a necessidade de realização, importância e a periodicidade dos exames complementares; também foram orientados sobre o direito que eles tem de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, já que por desconhecimento muitos estavam comprando medicamentos sem necessidade, só porque desconheciam a existência deles na farmácia popular; também foram orientados sobre a importância da manutenção da saúde bucal, além de receber

orientação nutricional sobre alimentação saudável e importância da relação à prática regular de atividade física e riscos do tabagismo. Todas essas ações foram desenvolvidas para conseguir uma melhora na qualidade de vida dos usuários Hipertensão Arterial(HAS) e Diabetes Mellitus (DM), assim como para melhorar nosso atendimento a estes usuários. Desejamos a participação de nossa comunidade em todas as atividades que sejam realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) para todos juntos darmos continuidade as ações que ficaram em nossa rotina diária, com o objetivo de melhorar a qualidade de nosso atendimento e assim melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

Atenciosamente,

Yquelennis Suárez Bonilla

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

Acredito que todo processo de aprendizagem, nos faz crescer como profissional, em todos os aspectos da vida. Enriquece nossos conhecimentos e permite interagir com outros profissionais com experiências diferentes, isso foi possível ao interagir nos fóruns com especialistas e orientadores, assim como a experiência vivida com a equipe de saúde. Sempre ao longo de todo processo de aprendizagem se aprende algo novo, para mim o curso de Especialização em Saúde da família foi de muita ajuda, ainda que eu já tivesse outra missão, os protocolos de atendimentos são totalmente diferentes, porque precisavam ser estudados uma e outra vez com a finalidade de aprimorar nossos conhecimentos. Além disso, ao estar trabalhando em um país que não é o meu precisava saber todos os princípios e diretrizes do SUS e com o curso de especialização tudo foi muito mais fácil de compreender.

Os estudos da prática clínica, os casos clínicos, assim como os testes cognitivos realizados ao longo do curso de especialização foram uma ótima ajuda para enriquecer meus conhecimentos, lembrar sempre é bom, com certeza melhorei a qualidade de meu atendimento, porque todos os temas estudados na realidade eram motivos de consultas frequentes em nossa UBS. Acredito que cada uma das experiências adquiridas com esse curso foram uma fonte de apoio para meu crescimento profissional e para oferecer um atendimento com uma melhor qualidade a todos meus usuários, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

## Referências

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

\_\_\_\_\_ b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008; 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2012 (PDF) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (30 de agosto de 2011). Visitado em 31 de agosto de 2012.

## **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 Gastal 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Desenvolvedor

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilo

C5

A B C D E F G H I

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

19

20

21

22

23

24

25

26

H 4 M Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

**DIAGRAMA DE FLUXO:**

- 5: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS) → Considera o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
- 6: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS) → Considera o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
- 9: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção → OBSERVAÇÕES: Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.
- 11: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção → OBSERVAÇÕES: Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
- 21: População total → Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
- 23: Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total) → Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
- 24: Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011) → Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.
- 25: Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)

Planilha de coleta de dados HAS e DM 310714 [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

A4

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

1223

1224

1225

1226

1227

1228

1229

1230

1231

1232



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

Eu, (Yaquelennis Suárez Bonilla ), (medica) 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.

\_\_\_\_\_  
Yaquelennis Suárez Bonilla

Nome

Contato:

Telefone: ( 8498616193 )

Endereço Eletrônico:sagitário\_198218@yahoo.com.ve

Endereço físico da UBS:Travessa Campo Santo

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

## **Apêndices**



Figura 1 – Usuários atendidos, UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



Figura 2 – Atendimento usuário, UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



Figura 3 – Reunião da equipe, UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



Figura 4 – Visita Domiciliar a usuário, UBS Campo Santo, .



Figura 5 – Atividade de grupo , UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



Figura 6 – Visita Domiciliar a usuário, UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



Figura 7 Atividade de grupo– , UBS Campo Santo, Macaíba/RN, 2015.



