

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS São João da Baliza, São João da Baliza/RR**

**Niurka Llanes Rodriguez**

**Pelotas, 2015**

**NIURKA LLANES RODRÍGUEZ**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS São João da Baliza, São João da Baliza/RR**

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

Orientadora: Pâmela Moraes Volz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R696m Rodriguez, Niurka Llanes

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São João da Baliza, São João da Baliza/RR / Niurka Llanes Rodriguez; Pâmela Moraes Völz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Völz, Pâmela Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que de uma maneira ou de outra me ajudaram na elaboração deste Projeto de Intervenção, para melhorar o atendimento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São João da Baliza.

## Resumo

RODRIGUEZ, Niurka Llanes. **Melhoria do acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS São João da Baliza, São João da Baliza/RR.** 2015. 80p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas que apresentam altas prevalências e são uma das principais causas de hospitalizações e de morbimortalidade entre pessoas com 20 anos ou mais. A intervenção foi realizada durante os meses de abril, maio, junho de 2015, contemplando os quatro eixos temáticos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica e Engajamento Público. O objetivo desse trabalho foi melhorar a atenção à saúde ao usuário portador de HAS e DM na UBS São João da Baliza, São João da Baliza, RR. Com a implementação do projeto de intervenção foram cadastrados 209 usuários portadores de HAS e 59 portadores de DM, atingindo uma cobertura de 82,0% e 90,8%, respectivamente. E, no que tange a qualidade da atenção, cabe destacar que a equipe de saúde garantiu que 100% dos portadores de HAS e/ou DM cadastrados na UBS recebessem um ótimo acolhimento e atendimento, realizassem o exame clínico apropriado, realizassem exames complementares e a estratificação de risco cardiovascular, recebessem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e recebessem orientações sobre nutrição, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Além disso, foram mantidos os registros adequados na ficha de acompanhamento destes usuários e identificadas às necessidades de atendimento odontológico. Além disso, a intervenção propiciou o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, a qualificação da prática clínica e promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, aumentando, dessa forma, o engajamento público e a governabilidade dos profissionais na solução dos problemas que seriam de responsabilidade dos gestores. Esse programa servirá de base para a melhoria de outras ações programáticas na UBS São João da Baliza.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1 - UBS São João da Baliza .....	11
Figura 2 - Visita domiciliar .....	45
Figura 3 - Visita domiciliar .....	45
Figura 4 - Capacitação da equipe .....	47
Figura 5 - Atividades de educação em saúde .....	48
Figura 6 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS .....	54
Figura 7 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.....	55
Figura 8 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	56
Figura 9 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	57
Figura 10 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	59
Figura 11 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	60
Figura 12 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada .....	61
Figura 13 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada .....	62

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ACV	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
RR	Roraima
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	22
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
2.3.2 Indicadores .....	31
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados .....	53
4.2 Discussão.....	67
5 Relatório da intervenção para gestores .....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	76
Anexos .....	77



## **Apresentação**

O presente trabalho de intervenção foi constituído com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus pertencentes à Estratégia de Saúde Familiar São João da Baliza, do município de São João da Baliza/RR. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte, observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de agosto de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas e sua finalização ocorreu no mês de agosto 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**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) São João da Baliza é caracterizada como porta de entrada dos usuários do município para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a equipe de saúde busca garantir um atendimento integral e de qualidade para a população e contribuir na redução de mortalidade materna infantil, na prevenção e controle de doenças contagiosas como, por exemplo, doença diarréica aguda, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outras. A UBS trabalha também no controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias e oferece cuidado domiciliar aos idosos, pessoas com deficiências e acamados. Além disso, realiza ações de educação popular em saúde para atingir a mudança de comportamento individual e promoção de saúde na comunidade.

A UBS não possui as melhores condições estruturais, pois não tem todos os espaços necessários para um atendimento adequado e está localizada distante da cidade, o que dificulta o acesso da população. A UBS conta com os seguintes espaços: recepção, sala de espera, administração e gerência, farmácia, dois consultórios médicos (sendo que um deles possui banheiro), sala de procedimentos, sala de vacina, sala de coleta, copa/cozinha, banheiro e consultório odontológico.

Por ser a única unidade do município, a UBS São João da Baliza possui duas equipes que seguem o modelo de estratégia de saúde da família, uma equipe atende a zona urbana e a outra atende a zona rural: A equipe da zona urbana é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e nove ACS e a equipe da zona rural é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete ACS. Todos trabalham para oferecer uma atenção de qualidade para a população da área adstrita.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município São João da Baliza limita ao norte com o município Caracaraí, ao sul com o estado do Amazonas, ao leste com o município Caroebe e ao oeste com os municípios São Luiz do Anaua e Rorainópolis. Foi criado em 1º de Julho de 1982. A origem de seu nome está relacionada com a construção da estrada, pois relatam que um dos pioneiros perdeu uma baliza do serviço de topografia em um igarapé, onde hoje está localizada a sede municipal. O seu nome também está associado com o nome do santo padroeiro. A distância do município em relação a capital do Estado é de 352 km. O perfil-socioeconômico é voltado para o setor do agronegócio, o qual possibilita o cultivo de inúmeros produtos como a banana, o café, o cacau, a cana de açúcar, entre outros. Entretanto, considerando os hábitos da população e a infraestrutura existente, predominam o cultivo de arroz, feijão, milho, mandioca e pastagens. Na pecuária o destaque vai para o plantel aves e bovinos. No que tange aos produtos de origem animal, destaca-se a produção de mel, leite e ovos. Também possui relevância os produtos do extrativismo vegetal, tais como, madeira em tora e lenha.

O município conta com um hospital que oferece serviços de urgência/emergência, internação e exames laboratoriais. Mas o município não oferece atenção especializada, pois não possui pediatra, obstetra, ginecologista, dermatologista, cardiologista, entre outros. Além disso, o município não possui equipamentos para fazer ultrassonografias, tomografias, ressonâncias,

eletrocardiogramas, nem raios X. Quando os usuários precisam desses serviços precisam se deslocar até a capital (Boa Vista).

A única Unidade Básica de Saúde (UBS) do município é a ESF São João da Baliza, a qual atende a população da zona urbana e da zona rural. A UBS segue o modelo da estratégia de saúde da família, mas não possui uma área geográfica de abrangência definida e nem mapa da área geográfica de abrangência. A referida UBS conta com duas equipes de saúde, uma na zona urbana, composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e nove ACS e a outra na zona rural, composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete ACS. As duas equipes atendem 7401 habitantes. A UBS conta com um Conselho Local de Saúde composto por 8 representantes. O mesmo já está em funcionamento a um ano.



**Figura 1 - UBS São João da Baliza**

Quanto às características gerais da UBS São João da Baliza, destaca-se que ela atende a população que mora na zona urbana e zona rural, mas fica distante do centro da cidade, o que dificulta o acesso das pessoas. Essa realidade se torna ainda mais complexa quando outras questões são elencadas, como por exemplo, inadequação das calçadas em áreas próximas da UBS e dificuldades com o transporte. Já a estrutura física apresenta diversas barreiras arquitetônicas, como por exemplo, ausência de rampas alternativas, ausência de corrimãos nos corredores, banheiros não adaptados e indisponibilidade de cadeira de rodas, o que impede os usuários de se deslocarem-se livremente dentro da UBS. A UBS conta

com os seguintes espaços: recepção, sala de espera, administração e gerência, farmácia, dois consultórios médicos (sendo que um deles possui banheiro), sala de procedimentos, sala de vacina, sala de coleta, copa/cozinha, banheiro e consultório odontológico. No entanto, a UBS não possui sala de reuniões, sala de ACS, almoxarifado, sala de curativo, central de material e esterilização, depósito de lixo, sala para nebulização, por isso, todos estes procedimentos são realizados na sala de procedimentos. Além disso, a UBS possui limitações relacionadas com a disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e insumos para o conjunto de ações propostas, por exemplo, não temos negatoscópio, otoscópio, oftalmoscópio e temos apenas um esfigmomanômetro, um estetoscópio e um glicosímetro. Em alguns períodos faltam seringas, agulhas descartáveis, medicamentos, luvas, entre outros materiais. Também não existe sistema de reposição de materiais de consumo e sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e das balanças. Já foram desenvolvidas estratégias para solucionar essas limitações e muitas delas serão solucionadas com a mudança da equipe para a nova UBS, que estruturalmente já esta pronta, só falta a mobília para que a mudança seja efetivada.

As duas equipes da UBS São João da Baliza lutam para oferecer uma atenção de qualidade à população. Para tanto, trabalham na identificação de grupos e de famílias expostas a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, tuberculose, Hanseníase) e atualização do cadastro de todas as pessoas da área de abrangência. As equipes também oferecem orientação às famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis na UBS, realizam atividades programadas e de atenção a demanda espontânea, desenvolvem atividades de promoção de saúde, de prevenção de doenças, vigilância em saúde, além de atividades de educação popular em saúde. Os temas focados nestas atividades são: acolhimento, interação com os profissionais da UBS, alimentação saudável, estilo de vida saudável, tabagismo, consumo de álcool, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, gestação e puerpério, cuidados com o recém-nascido e com a criança. Campanhas de tuberculose, hanseníase, malária e dengue também são desenvolvidas. Além disso, realizamos busca ativa de usuários faltosos as ações programáticas cuidado domiciliar. A equipe acredita que para uma melhor qualidade da atenção e maior satisfação da população devemos trabalhar ainda mais na identificação do risco, na busca ativa de doenças, aumentar o número das atividades de promoção de saúde e que estas sejam desenvolvidas

para além do âmbito da UBS e em outros espaços, tais como: escolas, igrejas, indústrias, no âmbito domiciliar e na associação de bairro. Além de realizar mais atividades com grupos específicos, promover a realização de atividades físicas e também promover ainda mais a mobilização e participação da comunidade no controle social.

O número de habitantes na área adstrita da equipe da zona urbana é de 4927 habitantes, com 1040 famílias cadastradas. Na área de abrangência da ESF São João da Baliza temos 2672 homens, 2255 mulheres, 28 crianças menores de um ano, 104 crianças de zero a 72 meses, 1120 mulheres em idade fértil e 300 idosos. O acolhimento do usuário é realizado nos dois turnos de atendimento, através de escuta atenta e humanizada, pela recepcionista, enfermeira ou técnico de enfermagem. A equipe de saúde conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário e a avaliação e classificação de vulnerabilidade social. Essas avaliações são utilizadas no momento em que precisamos lidar com o excesso de demanda de atendimento para a médica. Nesse sentido, no mesmo dia, o usuário vai ser orientado sobre o dia em que a consulta foi agendada, se precisará de serviços de pronto atendimento ou pronto socorro ou se esta precisando de outro encaminhamento. Se for um caso de urgência, o usuário será atendido no mesmo dia.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, na UBS São João da Baliza é realizada a puericultura das crianças de 0-72 meses e, na zona urbana, temos 104 crianças nesta faixa etária, o que representa 65% de cobertura. Ao analisar os indicadores de qualidade vemos que, dentre as crianças cadastradas 90 (86%) tiveram sua primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 70 (67%) estavam com as consultas em dia de acordo com o protocolo, 87 (84%) crianças estavam com as vacinas em dia, 60 (58%) haviam realizado avaliação de saúde bucal e 10 (100%) tinham realizado o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta. A puericultura é desenvolvida todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento. O protocolo utilizado é o Protocolo de atenção a criança, produzido pelo Ministério de Saúde. Na puericultura são desenvolvidas ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, de violência, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e da saúde bucal, entre outras. Os profissionais utilizam classificação de risco para identificar crianças

de alto risco e protocolos para regular o acesso destas crianças a outros níveis do sistema de saúde como, por exemplo, encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar e para serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico e na ficha-espelho de vacinação. Após a consulta de puericultura a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada. Além da puericultura, existe oferta de atendimento para criança com problemas de saúde agudos, também existe o Programa BOLSA FAMÍLIA e o Programa da Vitamina A. As dificuldades encontradas na atenção à saúde da criança são as seguintes: não existe o arquivo que permita verificar as crianças faltosas, a completude do registro ou identificar atraso de vacinas ou de outros procedimentos e identificar as crianças de risco. Portanto, a estratégia seria a criação de um arquivo específico e designação de pessoas encarregadas para avaliar e monitorar o Programa de Puericultura.

A Atenção ao Pré-natal é desenvolvida de forma muito parecida à atenção à saúde da criança, pois a UBS realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana, em todos os turnos de atendimento e de acordo com o Protocolo produzido pelo o Ministério de Saúde. A cobertura da atenção ao pré-natal na zona urbana atinge 55 (94%) gestantes da área de abrangência. Quanto aos indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal os resultados são os seguintes: 33 (60%) gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 40 (73%) realizaram as consultas em dia de acordo com o protocolo, 25 (45%) realizaram avaliação de saúde bucal, 35(64%) realizaram um exame ginecológico por trimestre, 55 (100%) gestantes receberam solicitação de exames complementares na primeira consulta e 55(100%) gestantes receberam orientações sobre aleitamento materno, tratamento preventivo de sulfato ferroso e ácido fólico e as vacinas contra o Tétano e Hepatite B. No cuidado as gestantes, são desenvolvidas ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de saúde bucal, controle dos cânceres de colo de útero e de mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da atividade física, da saúde bucal. Os profissionais utilizam avaliação e classificação do risco gestacional e utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos as gestantes são registrados no prontuário clínico e no cartão de gestante. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta agendada. Além das consultas agendadas de pré-natal, gestantes com

problemas de saúde agudos também são atendidas. Na UBS existe o Programa SISPRENATAL do Ministério de Saúde; mas não existe o arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, nem profissionais para avaliar e monitorar o Programa de Pré-Natal. Por isso foi proposta a criação do arquivo que permita conhecer o número de gestante por trimestre, número de gestante com VDRL positiva, verificar as gestantes faltosas e a completude de registros, identificar entre as gestantes a data provável de parto e com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Acredita-se ser necessário aumentar as atividades de grupo com as gestantes. Quanto à atenção ao puerpério, na zona urbana a cobertura atinge 155 (65%) puérperas. Dentre as puérperas cadastradas, 90 (90%) consultaram antes do 42 dias pós-parto, 155 (100%) receberam orientações sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, aleitamento materno e planejamento familiar e 155 (100%) realizaram o exame das mamas, abdômen, o exame ginecológico e a avaliação de seu estado mental.

Em relação ao controle do câncer do colo de útero, a UBS desenvolve ações de prevenção através da coleta de exame citopatológico e, na zona urbana tem uma cobertura de 78%, atingindo 1235 mulheres na faixa etária de 25-64 anos da área de abrangência. Analisando os indicadores de qualidade vemos que o 890 (72%) mulheres cadastradas realizaram o exame citopatológico para câncer de colo uterino e apenas 100 (8%) estavam com mais de 6 meses de atraso, 116 (9%) estavam com o exame citopatológico alterado, 820 (66%) dos exames foram coletados com amostras satisfatórias e 1.235 (100%) mulheres receberam orientações sobre a prevenção desta doença. A coleta é realizada todos os dias da semana, em todos os turnos. O tipo de rastreamento do câncer de colo uterino é organizado e oportunístico e o protocolo de prevenção do câncer de colo uterino utilizado é Protocolo de Programa Nacional de câncer de colo do útero, produzido pelo Ministério de Saúde. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológicos são registrados no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Além disso, existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados. Este arquivo permite verificar a completude de registros, avaliar a qualidade do programa e verificar as mulheres com exame de rotina em atraso e/ou com exame alterado em atraso. O referido arquivo é revisado periodicamente, mas se faz necessário aumentar a frequência desta revisão. Na UBS, também são desenvolvidas ações



voltadas ao controle do câncer de mama, tais como: exame clínico das mamas de acordo com a faixa etária e com o quadro clínico das usuárias, solicitação das mamografias, ações de prevenção e controle de fatores de risco para este câncer como, controle do peso corporal, tabagismo, consumo de álcool, promoção do aleitamento materno, entre outros. A cobertura da atenção ao câncer de mama é de 87%, atingindo 300 mulheres da área de abrangência. Nossa principal deficiência neste programa é a ausência de registro específico dos resultados da mamografia, mas já estamos trabalhando na criação deste registro. No que tange aos indicadores de qualidade destaca-se que 198 (66%) mulheres estão com mamografia em dia, 300 (100%) estão com avaliação de risco para câncer de mama e 70 (23%) mulheres estão com a mamografia com menos de 3 meses de atraso.

Na UBS é realizado o acompanhamento de usuários com doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Na zona urbana a cobertura é de 29%(255) na atenção ao hipertenso e 26%(65) na atenção ao diabético. Este atendimento é oferecido três dias na semana e em todos os turnos de atendimento. Para realizar este atendimento são utilizados os Protocolos do Programa de Atenção à HAS e DM, produzidos pelo Ministério de Saúde são utilizados. A equipe desenvolve ações voltadas à atenção de adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, exemplo delas são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, entre outras. Além disso, os profissionais de saúde da UBS utilizam a classificação de risco para a estratificação do risco cardiovascular dos usuários e protocolos para regular o acesso dos mesmos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Após a consulta o usuário sai da UBS com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas para o acompanhamento da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus, a equipe vai oferecer atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS e DM. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos voltados a estas doenças que vão permitir verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS e DM de risco, avaliar a qualidade do programa. Na UBS também existe o Programa HIPERDIA do Ministério de Saúde e a equipe de saúde desenvolve atividades com grupos de adultos com HAS e DM. Nestas atividades são desenvolvidas estratégias de prevenção não

farmacológicas de controle da HAS e DM como: ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, de controle do peso corporal, de estímulo a prática regular da atividade física, de orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabaco. A equipe julga necessária a realização destas atividades em outros locais, como: indústrias, igrejas, comunidades e associação do bairro. No que tange aos indicadores de qualidade destaca-se que 255 (100%) dos portadores de HAS realizaram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 227 (89%) realizaram exames complementares periódicos em dia, 214 (84%) realizaram avaliação de saúde bucal e apenas 41 (16%) dos portadores de HAS estão com atraso na consulta agendada. Em contrapartida, 65 (100%) portadores de DM realizaram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 49 (75%) realizaram exames complementares em dia, 53 (82%) realizaram o exame dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com a medida da sensibilidade, 44 (67%) realizaram avaliação de saúde bucal em dia e 16 (25%) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

O atendimento a população idosa também é oferecido e, na zona urbana, a cobertura atinge 300 (74%) idosos moradores da área de abrangência. O mesmo é oferecido todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimento. A equipe atende tanto os idosos com consultas programadas, quanto os idosos com problemas de saúde agudos. No cuidado aos idosos são desenvolvidas ações como: imunizações, promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis e da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo. Além disso, a equipe também realiza a avaliação geriátrica global e os atendimentos são registrados no prontuário clínico. Na UBS existe caderneta da pessoa idosa e o Estatuto do idoso. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de idosos e oferece cuidado domiciliar. Quanto os indicadores da qualidade destacamos que 270 (90%) dos idosos possuem caderneta de saúde, 232 (77%) realizaram a Avaliação Multidimensional Rápida em dia, 250 (83%) idosos estão com o acompanhamento em dia e 80 (27%) estão com acompanhamento com mais de 3 meses em atraso. Além disso, 300 (100%) idosos realizaram a avaliação de risco para morbimortalidade e a investigação de indicadores de fragilização na velhice e receberam orientações sobre a importância de adotar hábitos alimentares saudáveis, para realizar atividade física regular e para realizar a saúde bucal.

Com relação a atenção á saúde bucal a UBS oferece atendimento odontológico todos os dias da semanas nos dóis turnos de atendimento, para isso conta com a equipe de saúde bucal, integrada pela dentista e sua auxiliar . Foram atendidos 68(87%) pré-escolares(0-4 anos), 626(75%) escolares(5-14 anos), 2668(72%) pacientes na faixa etária de 15-59 anos, 300(100%) idosos de 60 anos ou mais e 25(45%) gestantes.Cabe destacar que na maioria dos casos o atendimento deles não foi programado, o que demostrou que temos que ganhar na organização da agenda do atendimento odontológico, por exemplo: 40(51%) pré - escolares, 400(64%) escolares, 2000(75%) pessoas de 15-59 anos, 170(57%) idosos e 16(64%) das gestantes.Mas em contrapartida na maioria deles o tratamento inicial foi completado demonstrando a qualidade na atenção: 60(88%) de pré-escolares com tratamento completado, 580(92%) escolares, 2400(90%) usuários de 15-59 anos, 224(75%) idosos e 20(80%) gestantes.Também todos os pacientes atendidos em cada grupo populacional, ou seja 100% receberam orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal.

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

Após de ler o texto postado na segunda semana da ambientação e compará-lo ao relatório de análise situacional, pude observar que no primeiro texto eu falei sobre a atenção a HAS e/ou DM e sobre a atenção a saúde das crianças, idosos, gestantes e puérperas, mas não fiz referência aos indicadores de cobertura e de qualidade destas ações. Essa menção não foi realizada porque a equipe não tinha o controle dos indicadores.

Além disso, no texto inicial a atenção ao câncer de colo de útero e de mama não foi citada. Já no Relatório de Análise Situacional essa ação programática é analisada e os indicadores de cobertura e de qualidade são mencionados.

No texto inicial eu comento sobre a realização de ações de educação popular em saúde, mas não cito quais são essas ações. Já, no Relatório da Analise Situacional, falo das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças para cada ação programática desenvolvida na UBS, de forma individual. Destaco também que 100% dos usuários atendidos receberam orientações de prevenção e promoção de saúde nas diferentes ações programáticas e, muitos, participaram de atividades

educativas coletivas. Pois, pelo menos uma vez por mês são realizadas atividades com gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, adolescentes, idosos e com a comunidade em geral.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Com o aumento da longevidade das populações em todo o mundo, o perfil epidemiológico tem se comportado com o aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas, destaca-se a HAS e a DM (NOBRE et al,2010). Nas estatísticas de saúde pública, percebe-se a alta prevalência e baixa taxa de controle da HAS e da DM (SCHMIDT et al., 2010), pois ambas as doenças são as principais responsáveis pelas hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise (ROSA & SCHMIDT, 2008; SCHMIDT et al., 2010, 2011). Devido a tudo isso, o controle dos usuários com HAS e DM deve ser prioridade da Atenção Básica à Saúde, tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para a diminuição de suas complicações.

A ESF São João da Baliza é composta por duas equipes de saúde: uma da zona urbana e outra da zona rural. Eu estou cadastrada na equipe da zona urbana, esta equipe esta integrada por: uma médica generalista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 9 ACS. Esta equipe atende uma população de 4927 habitantes. Quanto às características gerais da estrutura da UBS destaca-se que ela apresenta barreiras arquitetônicas como: ausência de rampas alternativas, ausência de corrimãos nos corredores, banheiros não adaptados e

indisponibilidade de cadeira de rodas, o que impede os cadeirantes de se deslocarem-se livremente dentro da UBS. No entanto, a UBS conta com os seguintes espaços: recepção, sala de espera, administração e gerência, farmácia, dois consultórios médicos (um com banheiro), uma sala de procedimentos, uma sala de vacina, uma sala de coleta, copa/cozinha, banheiro e consultório odontológico.

Temos 255 hipertensos e 65 diabéticos na população adstrita e uma cobertura de 29% na atenção a HAS e 26% na atenção a DM. No que se refere a qualidade da atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos, destaca-se que os seguintes indicadores requerem uma atenção especial da equipe: proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia, proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, avaliação de saúde bucal e o indicador relacionado com a busca ativa dos faltosos às consultas. Nesse sentido, o nosso objetivo é melhorar a qualidade das consultas e das visitas domiciliares, de forma que as mesmas contemplem as necessidades dos usuários e das famílias. Acreditamos que com a implementação da intervenção será possível intervir em casos de usuários com cifras de pressão arterial elevadas e com os níveis de glicose alterados. Além disso, poderemos promover à adesão dos usuários as mudanças do estilo de vida e ao tratamento proposto pela equipe de saúde e garantir o agendamento da próxima consulta programada. Como enfrentamos algumas dificuldades para oferecer a consulta odontológica em dia, pretendemos qualificar a equipe para avaliar a saúde bucal dos usuários e transmitir as orientações necessárias.

Espera-se que este projeto de intervenção possibilite a melhoria da qualidade de vida e de saúde destes usuários a partir da abordagem multidisciplinar, do aumento na cobertura e da qualidade da atenção aos hipertensos e os diabéticos. Acreditamos na viabilidade desse projeto, pois foi elaborado com enfoque comunitário, aplicável na atenção primária de saúde e com baixo custo econômico. Atualmente enfrentamos algumas dificuldades e limitações como: ausência ou baixa disponibilidade de medicamentos, materiais e insumos de trabalho; não há disponibilidade de alguns exames diagnósticos importante para a população como, hemoglobina glicosada, electrocardiograma, raios X, PSA, etc. Também a falta de transporte impossibilita o acesso a UBS,

uma vez que grande parte da população mora na zona rural. A equipe vem realizando um bom trabalho e está disposta a fazer um trabalho junto com a comunidade para oferecer um serviço de qualidade aos usuários hipertensos e diabéticos, que são o objeto do projeto em questão. Essas limitações já foram repassadas para a prefeitura e para a Secretária de Saúde para que juntos possamos criar estratégias que melhorem a saúde dos usuários portadores de HAS e DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na Unidade Municipal de Saúde, São João da Baliza, Roraima.

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

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área.

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

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

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para 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 UBS.

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

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

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

Objetivo 3– Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

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

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

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

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 para avaliação de risco 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.

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) São João da Baliza, no Município de São João da Baliza/RR. Participarão da intervenção 255 hipertensos e 65 diabéticos de 20 anos ou mais.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### 2.3.1.1 Monitoramento e avaliação:

O monitoramento das ações será realizado com avaliação mensal da ficha de atendimento utilizada na UBS, dos prontuários clínicos, da caderneta de saúde do hipertenso e do diabético, do registro de Hipertensão, do livro de registros da saúde bucal e da ficha espelho (que será implantada), as quais apresentarão todas as informações relativas ao atendimento dos hipertensos e dos diabéticos.

O objetivo da equipe é avaliar mensalmente a cobertura da atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM da área de abrangência através da revisão dos registros específicos, em especial, da ficha espelho. Além disso, avaliaremos em equipe a qualidade da assistência prestada aos hipertensos e dos diabéticos no que tange a: realização do exame físico de acordo com o protocolo, cumprimento da periodicidade das consultas previstas, exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com a periodicidade recomendada, estratificação de risco cardiovascular, identificação de comprometimento de órgãos alvos, avaliação da necessidade de tratamento odontológico e número de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS em acompanhamento odontológico no período e de acordo às alterações detectadas nesta avaliação seriam planejadas as ações a desenvolver pela equipe com o objetivo de solucionar estas alterações.

O monitoramento e a avaliação destas ações vai possibilitar que os ACS realizem a busca ativa de usuários hipertensos e/ou diabéticos que não estão cadastrados no Programa como também de usuários faltosos às consultas e com descompensação. Além disso, o monitoramento vai permitir a identificação dos usuários que necessitam de visitas domiciliares. Estas questões serão discutidas nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

Nas consultas realizadas pelo médico ou enfermeira, bem como nas visitas domiciliares dos ACS, pretendemos identificar os hipertensos e os diabéticos de maior risco cardiovascular e com possível comprometimento de

órgãos alvos na área de abrangência, tais como: ACV, Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Renal Crônica, entre outras. Essa identificação será realizada através da estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham. Todas essas informações serão repassadas para a ficha espelho e revisadas semanalmente para preenchimento da planilha de coleta de dados.

Através da revisão mensal da ficha espelho também vamos monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia/Hiperdia e monitorar a realização de ações de promoção de saúde aos hipertensos e diabéticos tais como: orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos de tabagismo e sobre higiene bucal. Para garantir que estas ações sejam cumpridas, essas informações serão repassadas para a ficha espelho no decorrer das consultas individuais, das visitas domiciliares e dos grupos de educação em saúde.

#### 2.3.1.2 Organização e gestão do serviço

A organização e gestão do serviço são fundamentais para que a equipe consiga desenvolver todas as ações propostas. Pretendemos garantir a porta aberta do serviço a todos os hipertensos e diabéticos que demandem de atenção e acompanhamento e, através dos ACS, pretendemos manter busca ativa da população alvo que ainda não recebe acompanhamento na UBS e dos faltosos a consultas. Dessa forma, atingiremos as metas propostas e garantiremos a atualização dos registros dos hipertensos e dos diabéticos.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, pretendemos garantir a porta aberta da unidade para todos os portadores de HAS e/ou DM que demandem de atenção e acompanhamento e, através dos ACS, pretendemos manter busca ativa da população alvo que ainda não recebe acompanhamento na UBS e dos faltosos a consultas. Dessa forma, atingiremos as metas propostas e garantiremos a atualização dos registros dos hipertensos e dos diabéticos.

Além disso, a equipe implantará a ficha espelho, a qual viabilizará situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, a não

realização de estratificação de risco cardiovascular, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da HAS e da DM.

Com o apoio dos gestores municipais e da responsável pela UBS, a avaliaremos os recursos e materiais necessários para garantir a assistência geral dos hipertensos e diabéticos e garantiremos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métrica) e realização do hemoglicoteste. Através da articulação entre a secretaria de saúde e o hospital do município, também garantiremos a solicitação e a realização dos exames complementares (exames de glicose, colesterol, triglicerídeos, creatinina, ureia, ácido úrico, entre outros) para os usuários com atraso na realização dos mesmos e, estabeleceremos um sistema de alerta para identificar a realização dos exames preconizados, através do monitoramento semanal da ficha espelho e do prontuário individual. Faremos reuniões mensais com a gestão municipal para garantir mais agilidade e solução dos problemas, especialmente no que se refere à realização dos exames complementares previstos nos protocolos assistenciais e a disponibilidade de medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia de acordo com o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, também será realizado o controle do estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Vamos manter as informações do SIAB e da ficha de acompanhamento atualizadas, vamos pactuar com a equipe o registro correto das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros. A revisão dos registros específicos do total de hipertensos e diabéticos e avaliação da qualidade da assistência vai permitir a identificação de fragilidades no processo de trabalho da equipe. A partir disso, será possível perceber se as responsabilidades compartilhadas pela equipe estão sendo desenvolvidas da maneira como deveriam.

No que se refere à saúde bucal, se organizará a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. A agenda será organizada da seguinte forma: durante um dia por semana daremos prioridade aos hipertensos e aos diabéticos conforme as necessidades identificadas nas consultas médicas e de enfermagem. As consultas serão agendadas pelo dentista e auxiliar de saúde bucal. Cabe destacar que as duas

profissionais trabalham na UBS, todos os dias da semana e durante os dois turnos de atendimento.

Com relação à adesão ao Programa vamos organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos e organizar agenda para o acolhimento deles.

Quanto ao registro, vamos manter as informações do SIAB atualizadas, vamos manter a implementação da ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro correto das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Discutimos na reunião da equipe as atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde dos hipertensos e dos diabéticos, tanto comuns quanto individuais, de acordo com os objetivos, metas e ações propostas no projeto em questão. Cabe destacar que as ações estarão fundamentadas pelas diretrizes do Caderno de Atenção Básica para HAS e/ou DM. Nesse sentido, a capacitação será organizada de acordo com os protocolos adotados pela UBS e a periodicidade da mesma será semanal.

Com relação a avaliação de risco, vamos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda. Para tanto, deixaremos reservadas duas vagas diárias para os usuários identificados com alto risco cardiovascular.

Quanto à promoção a saúde, vamos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e junto ao gestor vamos demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Também vamos organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Além disso, solicitaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e organizar tempo médio de consulta com finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

#### 2.3.1.3 Engajamento público

O engajamento público é vital para o desenvolvimento adequado das atividades educativas de saúde dos hipertensos e dos diabéticos em nossa área de abrangência. A comunidade será esclarecida sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e a DM da UBS, sobre a importância do acompanhamento à saúde destes usuários, sobre a realização de exames complementares. Além disso, a comunidade será informada sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS e DM. Para tanto, todos os profissionais da equipe farão articulação com as escolas, igrejas e com os comércios do território.

Será fundamental ampliar as atividades de prevenção e promoção da saúde em parceria equipe-comunidade, fazendo planejamentos de acordo com as micro-áreas da UBS e garantindo a socialização de informações sobre fatores de risco da HAS e da DM, acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia, saúde bucal e acompanhamento na UBS. Para tanto, faremos palestras informativas e, durante estas palestras e outras atividades coletivas de educação em saúde, daremos a oportunidade à população para esclarecer suas dúvidas e para expor suas ideias e estratégias para a melhoria na atenção dos hipertensos e diabéticos. Ou seja, a comunidade será ouvida e suas sugestões serão aceitas. Também criaremos grupos de hipertensos e diabéticos nas diferentes micro-áreas da comunidade e priorizaremos as atividades coletivas para estes grupos. Este tipo de abordagem é mais efetiva do que a individual, pois é mais variada e estimulante para os usuários. Para a realização destas atividades precisaremos nos articular com os líderes comunitários e solicitar o apoio dos mesmos.

As ações educativas em grupo também fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o auto cuidado, aumentando assim a adesão e eficácia do tratamento.

Espera-se também facilitar a elaboração de um modelo de educação em saúde aplicável na atenção primária, que permita reduzir as complicações agudas e crônicas da HAS e DM que causam alta morbimortalidade.

Colocaremos cartazes informativos e de divulgação nas escolas, igrejas, lojas, vicinais sobre existência do programa de atenção e acompanhamento periódico dos hipertensos e dos diabéticos na UBS. Além de palestras nas áreas

atendidas por cada agente comunitário de saúde e na UBS, sobre HAS e DM. Também serão distribuídos panfletos explicativos sobre a HAS e DM, durante as consultas e visitas domiciliares.

Nas visitas domiciliares através dos ACS e das consultas do médico e da enfermeira daremos orientações sobre a importância da atenção à saúde do hipertenso e diabético, importância da caderneta como meio de acompanhamento e avaliação da saúde dos hipertensos e diabéticos e monitoramento de problemas de saúde como sobrepeso, obesidade e tabagismo.

Também vamos 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.

Com relação à promoção de saúde, vamos orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática regular de atividade física, da higiene bucal e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### 2.3.1.4 Qualificação da Prática Clínica

Neste eixo encontram-se reunidos todas as atividades que podem contribuir com a qualificação da prática clínica. São basicamente ações de educação permanente. Propomos a realização de capacitação a todos os membros da equipe através do protocolo ou manual técnico (Cadernos de Atenção Básica a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2013).

Cada membro da equipe ficará responsável pela exposição de uma parte do manual durante a reunião da equipe. Sendo distribuída por objetivos, a capacitação servirá para qualificar a implantação do programa de atenção aos hipertensos e aos diabéticos. A primeira capacitação será no início da intervenção, onde a médica e a enfermeira terão protagonismo na organização da capacitação com ampla informação e capacidade de integração da equipe.

A cada reunião da equipe reforçaremos temas, em conversa em grupo, sobre diversos temas referentes à saúde dos hipertensos e dos diabéticos como: fatores de risco para o padecimento destas doenças, classificação de risco

cardiovascular, principais complicações, importância da alimentação saudável e prática de atividades física regular, exames complementares necessários, principais achados ao exame físico e também temas relacionados com a atualização do tratamento da HAS e DM.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área.

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

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

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

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

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

Indicador: 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.



Objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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.

Objetivo 3– Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

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

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

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: 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.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

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

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

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: 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.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: 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.

Objetivo 6– Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 realizar a intervenção no programa de saúde dos hipertensos e diabéticos vamos adotar os Protocolos e normas do Ministério da Saúde para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Caderno de Atenção Básica, nº37 - Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013 e Caderno de Atenção Básica, nº36 - Diabetes Mellitus, 2013). Atualmente temos como forma de registro o prontuário clínico, fichas de atendimentos odontológicas, fichas de cadastro familiar e individual dos ACS, fichas de Hiperdia, registros específicos de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Para sistematizar e unificar as informações utilizaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados propostas pelo curso

de Especialização. Através de ofício, solicitaremos aos gestores municipais a impressão de 350 fichas espelhos e 350 cadernetas de saúde, necessárias para a intervenção.

Uma semana antes do início da intervenção, vamos nos reunir com a equipe para divulgar o projeto e explicar o preenchimento correto da ficha espelho, a qual já estará impressa. A médica, encarregada pelo projeto, será a responsável por esta atividade.

Para facilitar a capacitação solicitaremos que os gestores imprimam e disponibilizem pelos menos 5 protocolos de HAS e 5 de DM. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS uma semana antes do início da intervenção e depois serão mantidas a cada 15 dias. Para tanto, serão reservadas duas horas ao final do expediente (horário utilizado para reunião de equipe). Precisaremos de cadeiras, ventilador, computador em funcionamento, equipamento de projeção multimídia, transparências, caneta piloto, 1 garrafa de café, 3 pacotes de bolachas, 1 pote de manteiga, 2 garrafas de refrigerantes e uma garrafa de água. A administradora da UBS vai se encarregar de garantir esses materiais. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Na capacitação dos membros da equipe daremos ênfase sobre a técnica correta para a verificação da pressão arterial, realização do hemoglicoteste e realização do exame físico adequado. Também capacitaremos a equipe para a realização da estratificação de risco cardiovascular segundo o escore Framingham e para o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético e para o registro adequado dos procedimentos clínico em todas as consultas. A médica e enfermeira serão as responsáveis pela capacitação.

Uma das providências necessárias ao êxito da intervenção é a atualização dos cadastros da população pelos ACS, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Para tanto, será necessário o cadastramento daqueles que ainda não estão sendo acompanhados pela equipe de saúde. Para efetivar esta atividade, 10 fichas do SIAB serão entregues para o ACS. As mesmas serão impressas na Secretária de Saúde, com previa solicitação, através de carta ofício.

Todos os dados e indicadores necessários ao monitoramento da intervenção serão sistematizados pela médica e pela enfermeira e avaliados mensalmente pela equipe para garantir a identificação do percentual de cobertura

alcançado no mês. O monitoramento também incluirá a avaliação da frequência e periodicidade das consultas previstas no protocolo e da qualidade dos registros de atendimentos dos hipertensos e dos diabéticos.

Para organizar a agenda e garantir a captação dos hipertensos e diabéticos, a enfermeira revisará o livro de registro da UBS, identificando todos os atendimentos realizados a estes usuários. A referida profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis do prontuário para a planilha de coleta de dados, através da qual criaremos o registro do programa. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação na ficha espelho e no prontuário sobre atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização da estratificação de risco cardiovascular e dos demais procedimentos preconizados.

A partir do monitoramento da planilha será possível identificar os hipertensos e diabéticos faltosos a consultas planejadas e solicitar que os ACS façam busca ativa através de visitas domiciliares. Hipertensos e diabéticos faltosos a consultas provenientes das buscas domiciliares serão atendidos no mesmo turno e sairão da UBS com agendamento da próxima consulta.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado pela recepcionista e pela enfermeira. Hipertensos e diabéticos faltosos a consultas e com queixas agudas serão atendidos no mesmo turno. Hipertensos e diabéticos que comparecem pela primeira vez à unidade para acompanhamento de saúde, terão prioridade no agendamento. Os hipertensos e diabéticos que vierem à consulta programática sairão da UBS com a data da próxima consulta agendada. A proposta é que durante o acolhimento seja identificada a prioridade no atendimento conforme as necessidades de cada usuário. Para tanto, consideraremos prioridade no agendamento das consultas e atendimento na unidade os hipertensos e os diabéticos com maior risco cardiovascular, com comprometimento de órgãos alvos e com descompensação da doença, que forem identificados nas visitas domiciliares. Para acolher a demanda de intercorrências agudas na HAS e DM, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

A partir do estudo do Caderno da Atenção Básica e da discussão do projeto será possível identificar o papel de cada membro da equipe na orientação



nutricional e para prática de atividade física regular dos hipertensos e diabéticos. Garantiremos a todos os hipertensos e diabéticos em consultas pelo menos 5 minutos de orientações individuais por necessidades, fatores de riscos e doenças pelo médico e enfermeira da equipe.

A partir destes protocolos também instituiremos a estratificação de risco cardiovascular e a avaliação de comprometimento de órgãos alvos. Priorizaremos as visitas domiciliares deste público, que acontecerão semanalmente conforme planejamento assistencial com a médica, a enfermeira, e ACS. Para tanto, precisaremos de transporte, que será garantido pela secretária de saúde.

Para o engajamento público e a realização de ações coletivas com a comunidade faremos contato com representantes da comunidade nas igrejas, associações de moradores da área da abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento de saúde do hipertenso e diabético, a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, sedentarismo, tabagismo, entre outros. Com estas conversas será possível agendar a realização de atividades coletivas e palestras por micro área envolvendo os diversos temas relevantes para a saúde dos portadores de HAS e DM na comunidade e através destas conversas também ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM, se houvesse número excessivo de faltosos, pois serão pedidas suas opiniões, aqui os ACS, serão os principais protagonistas, e a frequência será mensal. Também serão criados os grupos de hipertensos e diabéticos (Hiperdia), e vamos priorizar as atividades com estes grupo, uma vez ao mês, cada usuário hipertenso e diabético, deverá participação pelo menos 4 vezes no ano, nestas atividades.

Solicitaremos apoio da gestão do município para a impressão de cartazes informativos e panfletos explicativos do programa de saúde dos hipertensos e diabéticos, para isso será necessário a disponibilidade de cartolinas, resma de papel, tintas e impressora. A distribuição será realizada pelos ACS. Além disso, teremos contato diariamente com a gestão do posto ao final dos turnos para avaliar os recursos e materiais necessários para oferecer assistência adequada aos usuários e dar solução mediante suas necessidades, com responsabilidade da direção da unidade de saúde.

Outro aspecto relevante será o monitoramento da solicitação dos exames complementares e realização destes através da revisão da planilha de coleta de dados e registro específico de acompanhamento pelo médico e enfermeira da equipe da saúde. Com a revisão destes documentos poderemos saber se todos os hipertensos e diabéticos realizaram os exames necessários e, se não realizaram, se houve a solicitação dos mesmos por parte da equipe de saúde. Para tanto, dialogaremos com a gestão no sentido de priorizar a realização de exames laboratoriais aos hipertensos e diabéticos atendidos. A proposta inicial é que eles se articulem com o laboratório do hospital para garantir e facilitar a realização dos exames atrasados aos hipertensos e diabéticos. Também solicitaremos que os gestores disponibilizem mensalmente os medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia, de acordo as necessidades dos usuários atendidos.

Teremos controle semanal dos atendimentos realizados pela dentista através do monitoramento da ficha odontológica dos hipertensos e diabéticos. Para atender essa demanda, a dentista disponibilizará um dia na semana (sexta feira), para realizar a avaliação e o tratamento de saúde bucal destes usuários. Onde todos os hipertensos e diabéticos que buscarem atendimento na UBS serão avaliados durante a triagem pela técnica da enfermagem e, a referida profissional verificará se os mesmos receberam ou não atendimento odontológico e se tiveram as necessidades bucais avaliadas durante as consultas médicas e de enfermagem. Antes de sair da UBS, o usuário será avaliado pela auxiliar de saúde bucal para ter já agendado a consulta de saúde bucal.



diabéticos faltosos as consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.				X				X				X				X
Impressão das fichas espelho demais documentos.	X				X				X				X			
Visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização da agenda para atendimento prioritário dos hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Apresentação dos resultados para a equipe*.																X
Apresentação dos resultados para a comunidade*.																X
Apresentação dos resultados para os gestores*.																X

\*A apresentação dos resultados para equipe, gestor e comunidade acontecerá respectivamente na segunda semana de agosto.

### **3 Relatório da Intervenção**

Ao longo destes três meses, a equipe desenvolveu diversas ações com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na Unidade Municipal de Saúde, São João da Baliza, Roraima. Para tanto, ampliamos a cobertura do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS; melhoramos a qualidade da atenção prestada aos usuários e o registro das informações, realizamos avaliação de risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados e promovemos ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao final da intervenção alcançamos uma cobertura de 82,0% para hipertensos e 90,8% para diabéticos e, a maioria das ações alcançou 100% de qualidade.

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

No início da intervenção enfrentamos algumas dificuldades para colocar em prática todas as ações planejadas no projeto de intervenção. Primeiro, porque tínhamos duas equipes de ESF e apenas uma médica (eu). Nesse sentido, a área de atuação das duas equipes não era bem definida e todos os usuários eram atendidos por mim. A divisão do trabalho entre as equipes nas áreas só ocorria no momento da busca ativa e das visitas domiciliares. Mas com a chegada da nova médica, em fevereiro de 2015, definimos a área de atuação de cada equipe (rural ou urbana) e, atualmente, cada profissional sabe onde moram os usuários que estão

sob sua responsabilidade. A intervenção foi desenvolvida apenas pela equipe da zona urbana, onde eu estou incluída.

Como a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos era baixa, também tínhamos muitos usuários com consultas em atraso. Mas ao longo da intervenção, os ACS realizaram a busca ativa e agendaram as consultas para os usuários. Para que essa ação fosse desenvolvida, elaboramos um cronograma de visitas domiciliares semanais e, a Secretaria de Saúde garantiu o transporte dos profissionais. As visitas domiciliares para os usuários portadores de hipertensão e diabetes bem como para aqueles com doenças associadas (ACV, acamados, câncer, etc) foram realizadas todas as quintas feiras pela equipe de saúde.



**Figura 2 - Visita domiciliar**



**Figura 3 - Visita domiciliar**

Só existia um grupo de pessoas com hipertensão e diabetes na UBS e desenvolvíamos poucas atividades com eles. Por isso criamos um grupo de hipertensos e diabéticos em cada uma das áreas de abrangência da UBS e passamos a realizar atividades coletivas mensais.

Também enfrentávamos algumas dificuldades com a capacitação da equipe, pois a mesma não era contínua. Para que esse problema fosse solucionado, definimos que a capacitação da equipe nos diferentes temas de saúde passaria a ser realizada a cada quinze dias, pois para alcançar resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessitava de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz para atender as necessidades trazidas pelos usuários diariamente.

Assim, capacitamos os ACS, para que eles realizassem o cadastramento dos hipertensos diabéticos de suas áreas e orientassem a população sobre a importância da assistência às consultas e sua periodicidade. Os demais membros da equipe foram capacitados para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para a realização do hemoglicoteste, realização de exame físico apropriado, para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS, para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, para a realização da estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham, para realizar o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do hipertenso e diabético, inclusive a ficha espelho e para realizar ações de promoção de saúde, relacionadas com alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco do tabagismo e orientações de higiene bucal.



**Figura 4 - Capacitação da equipe**

Outras dificuldades observadas foram: a inexistência de atividades de saúde na comunidade e, a conseqüente, falta de engajamento público. Para solucionar essas dificuldades passamos a desenvolver palestras e outros tipos de atividades para promover o engajamento público nas diferentes áreas, pelo menos uma vez por mês.



Nesse sentido, oferecemos à comunidade informações sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM e sobre a importância da assistência às consultas, sobre a necessidade da realização de exames complementares e sobre o direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, através da divulgação do programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS e em todas as micro-áreas pertencentes à área de abrangência da UBS. Para garantir a participação de todos os interessados, colamos cartazes informativos nos diferentes espaços públicos (escolas, igrejas, comércios, etc) de cada micro área e na própria UBS, distribuímos panfletos explicativos sobre HAS e DM, solicitamos o apoio das lideranças da comunidade para o desenvolvimento dessas atividades e criamos grupos de hipertensão e diabetes nas micro-áreas.



**Figura 5 - Atividades de educação em saúde**

Também existiam problemas com a realização de exames complementares, pois o hospital não estava oferecendo esses exames e, devido a isso, os usuários tinham que realizá-los em laboratórios particulares. Mas como a maioria não tem condições financeiras para isso, os exames acabavam não sendo realizados. Estes problemas foram solucionados graças às ações integradoras com os gestores, que fizeram questão de se articular com o hospital do município e voltar a oferecer os exames complementares. Cabe destacar que os exames garantidos durante a intervenção são aqueles preconizados na

avaliação dos hipertensos e diabéticos. Os usuários das demais ações programáticas ainda não conseguem realizar todos os exames gratuitamente.

Conforme mencionado, apesar das dificuldades e limitações relacionadas com a atenção aos hipertensos e diabéticos, conseguimos desenvolver integralmente todas as ações que estavam previstas no projeto de intervenção.

Nesse sentido, através da revisão dos prontuários e das fichas espelho conseguimos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM, o cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o Protocolo de HAS e DM e a qualidade da atenção. Assim, todos os registros dos hipertensos e diabéticos foram revisados, garantindo o correto preenchimento e, com ele, sua qualidade. Conforme mencionado anteriormente, após identificação dos usuários com consultas em atraso, realizávamos a busca ativa deles e agendávamos uma nova consulta ou a visita domiciliar.

Melhoramos o acolhimento destes usuários graças à escuta atenta e humanizada oferecida por todos os profissionais de saúde, mas principalmente pela recepcionista e pela enfermeira, que também revisavam minuciosamente todos os prontuários com o objetivo de detectar situações de alerta, tais como: atraso nas consultas de acordo com o Protocolo, não realização de exames complementares, não realização de estratificação de risco cardiovascular, problemas com o exame clínico, entre outras. Após o acolhimento, os usuários eram conduzidos à sala de procedimentos e, a técnica de enfermagem, aferia a PA, peso, estatura, perímetro braquial e identificava a necessidade de atendimento odontológico. Logo após eles eram encaminhados para o atendimento médico.

Sempre oferecemos um atendimento de qualidade e buscamos atingir a integralidade da atenção. Nesse sentido, no consultório médico, eu desenvolvia um minucioso interrogatório, um exame clínico completo, solicitava exames complementares, realizava a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o score de Framingham e oferecia aos usuários orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, risco do tabagismo e higiene bucal. Todos os usuários saíam da UBS com a próxima consulta agendada.

Com a intervenção também passamos a monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, priorizando a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para os usuários hipertensos e diabéticos.

Cabe destacar, que no início da intervenção tínhamos uma pequena parcela destes medicamentos na UBS e alguns usuários, além de tomar medicamentos da Farmácia Popular, devido às doenças associadas à HAS e DM também precisavam tomar outros medicamentos que não estavam disponíveis na UBS. Cita-se como exemplo o caso do usuário hipertenso com insuficiência cardíaca associada que precisava tomar Digoxina, medicamento indicado pelo Cardiologista e o caso da usuária diabética com difícil controle de sua doença, que precisava tomar Metformina de 1 g, indicada pelo Endocrinologista. Mas esse problema foi revertido com o auxílio da Secretaria de Saúde que fez questão de disponibilizar todos os medicamentos necessários para o controle da hipertensão e diabetes dos usuários, inclusive aqueles que não fazem parte da lista básica da Farmácia Popular.

Outra ação desenvolvida foi a identificação da necessidade de atendimento odontológico de todos os hipertensos e diabéticos atendidos na UBS. Para tanto, a equipe foi capacitada para identificar os usuários que precisavam deste atendimento e inserir as informações destes usuários numa listagem que posteriormente era repassada à dentista e sua auxiliar para agendamento das consultas nas sextas feiras (dia escolhido por aqueles que precisavam deste serviço).

Cabe destacar que todas as ações foram desenvolvidas de acordo com o cronograma proposto, mas as vezes foi necessário fazer algumas mudanças no decorrer das semanas, devido aos contratemplos( chuvas, pessoal de saúde doente, etc), mas nunca foi pela falta de recursos ,pois temos recebido o apoio dos gestores de saúde.

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

Apesar de termos cumprido todas as ações previstas no projeto de intervenção, os grupos de Hiperdia criados nas micro-áreas e na própria UBS não ocorreram com a frequência prevista devido a diferentes contratemplos, como por exemplo, as chuvas.

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

Nas primeiras semanas da intervenção enfrentamos algumas dificuldades no preenchimento das fichas espelhos, pois em algumas ocasiões identificamos que os dados não estavam completos. Para solucionar esse problema passamos a revisar o preenchimento das fichas espelho no final de cada expediente de trabalho. Além disso, a equipe foi capacitada para preencher as fichas e, gradativamente, essas dificuldades foram superadas. Quanto ao preenchimento da planilha de coleta de dados, não apresentamos dificuldades, muito pelo contrário, pois esta planilha foi muito útil para a equipe, na hora de avaliar os resultados e planejar as estratégias para o desenvolvimento das ações. Também não tivemos dificuldades na elaboração dos diários da intervenção e nem com a inclusão de fotos no TCC, pois todas as fotos foram incluídas com a autorização prévia dos usuários, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As fotos também foram tiradas durante as capacitações da equipe, nas palestras e nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos.

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

As ações previstas no projeto tais como: cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS; melhoria do acolhimento; cumprimento da periodicidades das consultas e realização de exames complementares de acordo com o Protocolo de HAS e DM, adotados na UBS; realização do exame clínico apropriado e estratificação de risco cardiovascular; identificação da necessidade de atendimento odontológico; adesão à Farmácia Popular; realização de visitas domiciliares para a busca ativa dos faltosos às consultas; atualização dos registros de hipertensos e diabéticos; participação nas capacitações da equipe; realização de atividades coletivas na comunidade e com os grupos de Hiperdia, e; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, foram desenvolvidas nestes

três meses e incorporadas na rotina do trabalho na UBS, sem afetar as outras ações programáticas.

Como exemplo do desenvolvimento destas ações destacamos que após a intervenção os ACS continuam realizando a busca ativa para cadastrar os hipertensos e diabéticos da área de abrangência ou para reagendar as consultas dos usuários faltosos. A cada 15 dias continuamos capacitando a equipe sobre diferentes temas e, uma vez por mês, desenvolvemos palestras sobre HAS e DM e realizamos atividades com esses grupos, nas diferentes áreas.

Devido aos bons resultados atingidos na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos com o desenvolvimento destas ações, que contribuiu para a melhoria da qualidade de vida destes usuários, achamos viável continuar com elas e engajar a equipe que trabalha na zona rural no desenvolvimento dessas ações. É, por isso, que continuamos trabalhando no preenchimento das fichas espelho e no preenchimento da planilha de Coleta de dados.

A pesar de ter concluído o terceiro mês da intervenção, também estamos pensando em estender essas atividades a outras ações programáticas tais como: atenção ao pré natal e puerpério e atenção à saúde das crianças. E, para melhorar o desenvolvimento destas ações e alcançar resultados satisfatórios, solicitamos que os gestores continuem com a parceria com o hospital para que os usuários tenham acesso gratuito ao exames que ainda não estão fazendo, tais como: Hemoglobina Glicosada, Creatinina, Lípidograma Completo, entre outros que são importantes para o seguimento destes usuários como: ECG, Ultrassonografia, Raios X. Solicitamos, também, que eles continuem disponibilizando os medicamentos que não pertencem à lista dos medicamentos que são distribuídos pela Farmácia Popular/Hiperdia e garantam aos usuários a consulta com Cardiologistas, Endocrinologistas, Nutricionistas, entre outros.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

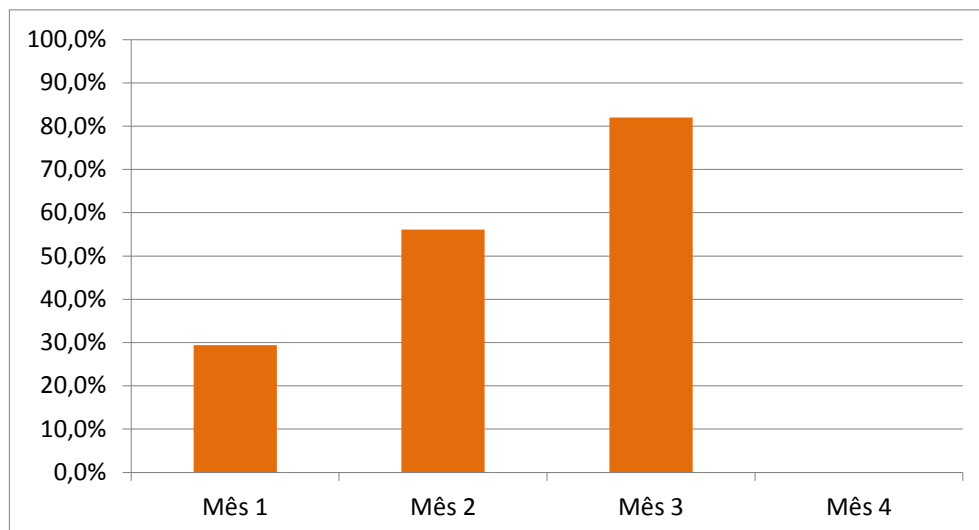
Antes de iniciarmos a intervenção tínhamos 255 hipertensos e 65 diabéticos cadastrados no Programa de melhoria do acompanhamento da pessoa portadora de HAS e/ou DM, o que representava uma cobertura de 29% e 26%, respectivamente. As estimativas do Caderno de Ações Programáticas demonstravam que um importante grupo de portadores de HAS e DM da área de abrangência da UBS São João da Baliza não estavam recebendo nenhum acompanhamento da equipe de saúde.

Após a conclusão da intervenção podemos dizer que as metas propostas foram aumentando gradativamente e conseguimos atingi-las e, até mesmo superá-las.

O objetivo geral da intervenção foi: melhorar a atenção á saúde dos hipertensos e diabéticos do município São João da Baliza,RR.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área.

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



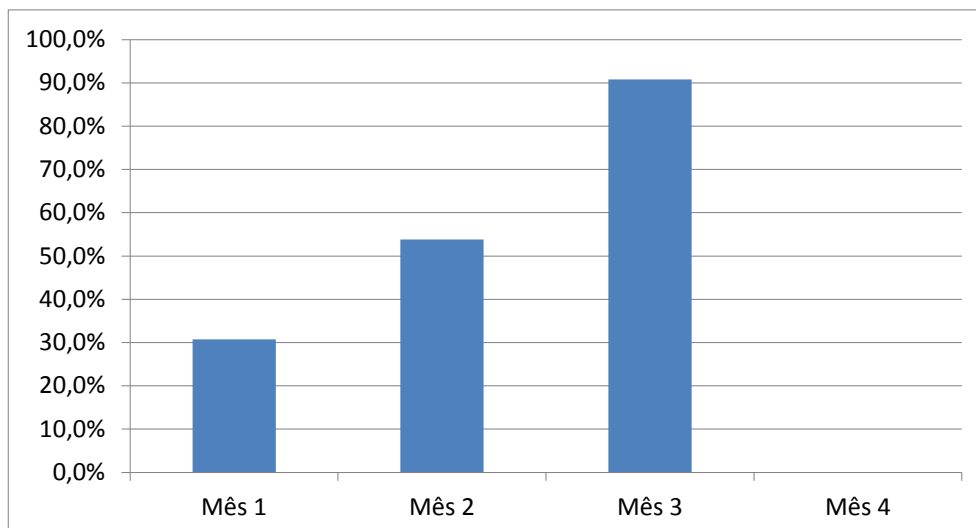
**Figura 6 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS São João da Baliza 2015**

Até a 12ª semana da intervenção, atendemos 209 usuários hipertensos e atingimos uma cobertura de 82,0% na atenção a pessoa portadora de HAS. Como podemos observar, a meta alcançada pela equipe de saúde superou a meta proposta, que era de 80%.

Assim, no primeiro mês, cadastramos 75 (29,4%) usuários hipertensos, no segundo mês cadastramos 143 (56,1%) usuários hipertensos e no terceiro mês cadastramos 209 (82,0%) usuários hipertensos.

Dentre as ações que considero de vital importância para aumentar a cobertura dos portadores de HAS na UBS São João da Baliza, destaco as orientações transmitidas à comunidade sobre a importância do rastreamento de HAS e sobre os seus fatores de risco; a busca ativa de novos hipertensos e daqueles faltosos às consultas; o cadastramento dos usuários no Programa pela médica e pela enfermeira. Além disso, todos os usuários com 20 anos ou mais, que chegavam na UBS com algum problema agudo, eram rastreados para HAS. O apoio recebido dos gestores, também foi de vital importância, pois foram eles que garantiram o transporte para que a equipe pudesse realizar as visitas domiciliares.

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



**Figura 7 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS São João da Baliza 2015.**

Até a 12ª semana da intervenção cadastramos 59 usuários diabéticos e, com isso, atingimos 90,8% de cobertura na atenção a pessoa portadora de DM e superamos a meta proposta que era de 80%.

Assim, no primeiro mês cadastramos 20 (30,8%) usuários diabéticos, no segundo mês cadastramos 35 (53,8%) usuários diabéticos e no terceiro mês cadastramos 59 (90,8%) usuários diabéticos.

As mesmas ações que tornaram possível o aumento da cobertura da atenção a pessoa portadora de HAS, contribuíram para o aumento da cobertura da atenção a pessoa portadora de DM. Assim, foi de vital importância o acolhimento, cadastramento e atendimento clínico oferecido aos usuários que chegavam à UBS devido a busca ativa realizada pelos ACS ou por estarem portando outro problema de saúde agudo. De igual forma, foi de suma importância as orientações transmitidas para a comunidade sobre a importância do rastreamento de DM e sobre os seus fatores de riscos.

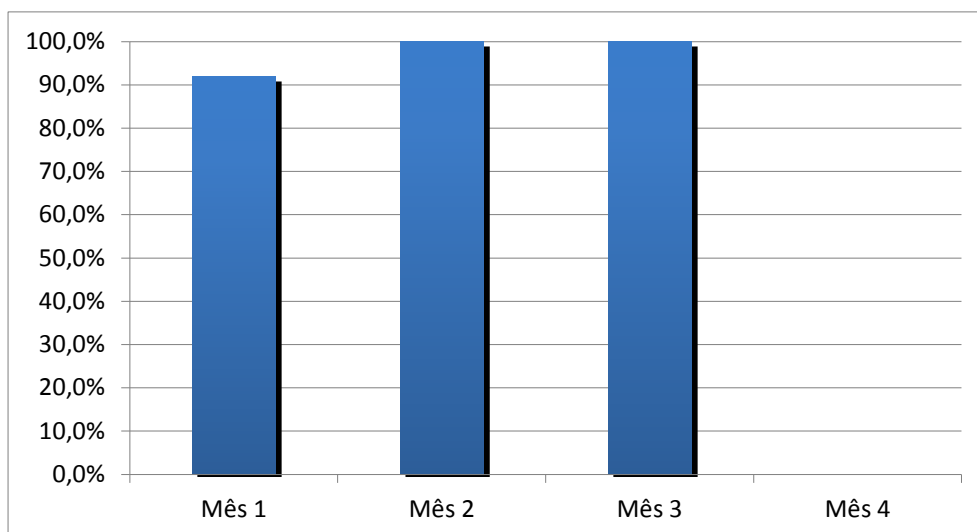
Dentre os objetivos específicos, pretendíamos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Dentre as metas relativas ao segundo objetivo temos:

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





**Figura 8 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

Neste caso, a meta proposta era realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos portadores de HAS cadastrados na UBS São João da Baliza. Essa meta só foi atingida no segundo e no terceiro mês da intervenção, pois no primeiro mês seis hipertensos faltaram à consulta agendada e o exame clínico foi realizado em 92% dos usuários cadastrados. Essa situação fez com que a equipe passasse a realizar a busca ativa dos usuários faltosos e, com essa ação, conseguimos atingir 143 (100%) portadores de HAS no segundo mês e 209 (100%) no terceiro mês.

Nesse sentido, a ação que propiciou que 100% dos portadores de HAS realizassem o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi à busca ativa realizada pelos ACS. Cabe destacar também, que a médica aproveitava as visitas domiciliares programadas pelos ACS para oferecer atendimento àqueles usuários hipertensos que não podiam ir até a UBS, como: acamados, usuários com AVC, entre outros. Também foram importantes as ações relacionadas com a capacitação dos membros da equipe para a realização do exame clínico apropriado, e; definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários.

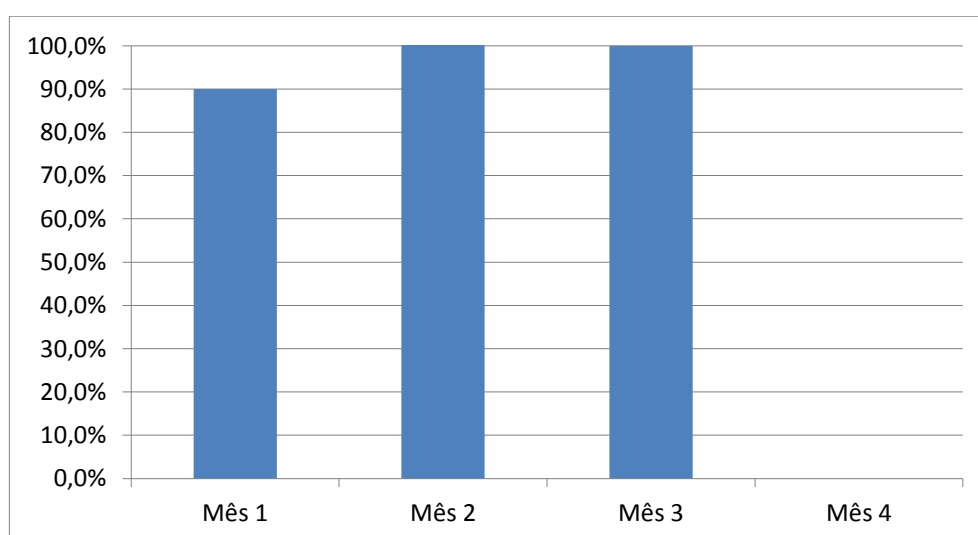
Assim, em cada capacitação da equipe foram abordados temas relacionados com a técnica correta da aferição da PA, peso, estatura e perímetro braquial e exame clínico apropriado, incluindo exame dos pés, pulsos e sensibilidade das extremidades. A equipe também foi capacitada para a realização da estratificação de

risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e para a identificação da necessidade de atendimento odontológico.

Ficou estabelecido que a técnica de enfermagem fosse a responsável pela aferição da PA, peso, estatura e perímetro braquial, a médica e enfermeira pelo exame clínico completo e todos os membros da equipe poderiam realizar a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e a identificação de necessidade de atendimento odontológico, lembrando que foram capacitados para isso.

Durante estes três meses de intervenção, atendemos casos bem interessantes que tem chamaram nossa atenção, como por exemplo, o caso do usuário de 29 anos, portador de HAS, que estava com a pressão arterial descontrolada pelo abandono do tratamento. Outra usuária de 81 anos de idade, hipertensa, com cifras de PA 170/110mmHg que se recusava a tomar medicamentos. E a usuária de 32 anos, que apresentou cifras altas de PA durante a gravidez e foi tratada como doença hipertensiva específica da gestação, no entanto, o bebe já tem um ano e a usuária continua hipertensa. Todos os usuários realizaram o exame clínico adequado e aderiram ao tratamento após acompanhamento da equipe de saúde.

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



**Figura 9 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

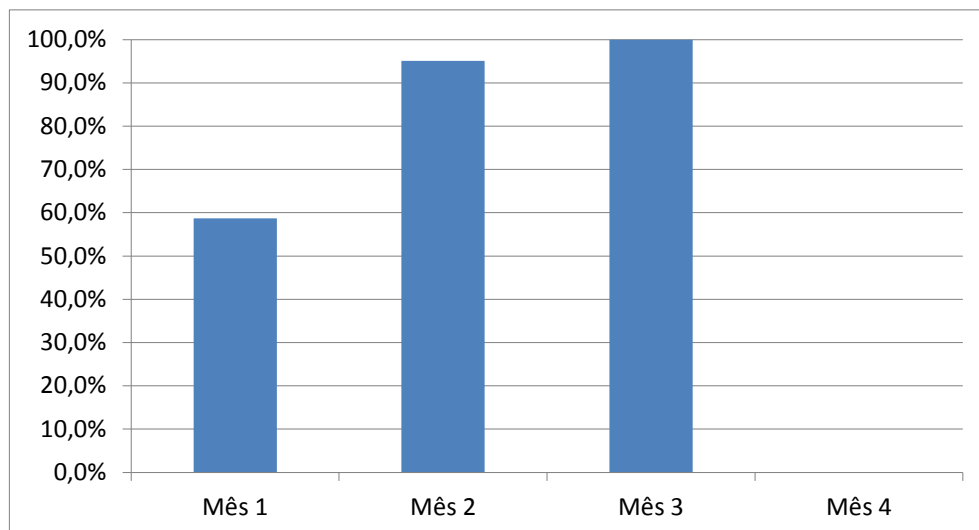
A meta da equipe era oferecer exame clínico em dia de acordo como o protocolo para 100% dos portadores de DM cadastrados na UBS nos três meses da intervenção. No entanto, a meta teve a mesma variação que a anterior, pois no primeiro mês dois usuários diabéticos faltaram à consulta agendada e o exame clínico foi realizado em apenas 90% dos usuários cadastrados. Com a busca ativa realizada pelos ACS, a situação foi revertida e, no segundo mês 35 (100%) portadores de DM realizaram o exame clínico e, no terceiro mês, 59 (100%) realizaram o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A capacitação dos membros da equipe para a realização do exame clínico apropriado e, a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários diabéticos foram essenciais para que a equipe atingisse o resultado proposto. Todos os membros da equipe foram capacitados para realização do exame clínico, enfatizando aspectos como: aferição correta das PA, peso, estatura, perímetro braquial, exame dos pés, pulsos e sensibilidade das extremidades e realização do hemoglicoteste.

Assim como na atenção prestada aos portadores de HAS, a técnica de enfermagem ficou encarregada de aferir a PA e verificar o peso, estatura e perímetro braquial, a médica e enfermeira ficaram responsáveis pelo exame clínico completo e todos os membros da equipe poderiam realizar a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham e a identificação de necessidade de atendimento odontológico.

Alguns usuários diabéticos também chamaram a atenção da equipe, como por exemplo, o usuário de 63 anos, portador de Diabetes Mellitus, que apesar de estar tomando os medicamentos, continuava com a Glicose descontrolada (200 mmol/l). Após o exame clínico, o usuário admitiu que não estava controlando a alimentação. Outro exemplo é de um usuário de 78 anos, diabético, que já sofreu dois AVC e encontra-se em cadeira de rodas, pois tem sequelas. Ambos passaram a ser acompanhados pela equipe de saúde, que solicitou os exames necessários e transmitiu todas as orientações.

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



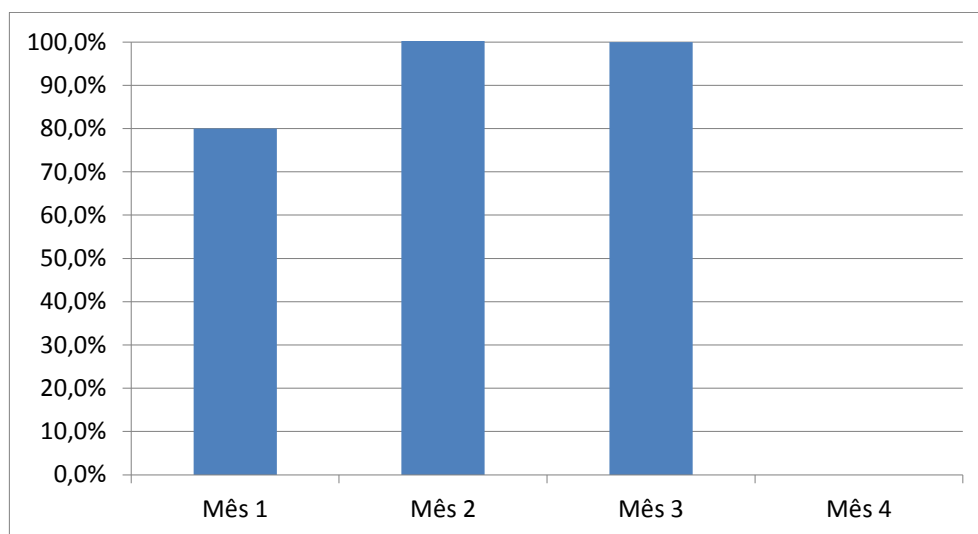
**Figura 10 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo**

Garantir que 100% dos portadores de HAS cadastrado na UBS realizassem os exames complementares em dia de acordo com o protocolo ao longo dos três meses da intervenção foi uma das principais dificuldades da equipe no início da intervenção. Isso porque, a maioria dos usuários cadastrados não haviam realizado os exames necessários e o hospital do município não estava oferecendo os exames pelo SUS. Para realiza-los, os usuários tinham que procurar clínicas particulares e nem todos possuíam recursos financeiros para isso. Assim, no primeiro mês, de 75 hipertensos cadastrados, apenas 44 (58,7%) estavam com exames complementares periódicos em dia. Para reverter essa situação, nos articulamos com os gestores municipais, que fizeram questão de efetivar uma parceria com o hospital e garantir que os usuários cadastrados realizassem os exames complementares pelo SUS. Devido a essa articulação, no segundo mês 143 (95,1%) usuários hipertensos realizaram os exames complementares e, no terceiro mês, 209 (100%) usuários hipertensos realizaram os exames complementares pelo SUS.

As ações que propiciaram a evolução satisfatória deste indicador foram as seguintes: articulação com o gestor municipal, o qual efetivou uma parceria com o hospital para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; capacitação dos membros da equipe para solicitar os exames complementares; estabelecimento de um sistema de alerta para identificar os usuários com exames complementares solicitados e em atraso; orientação aos hipertensos e a

comunidade sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que deviam ser realizados.

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



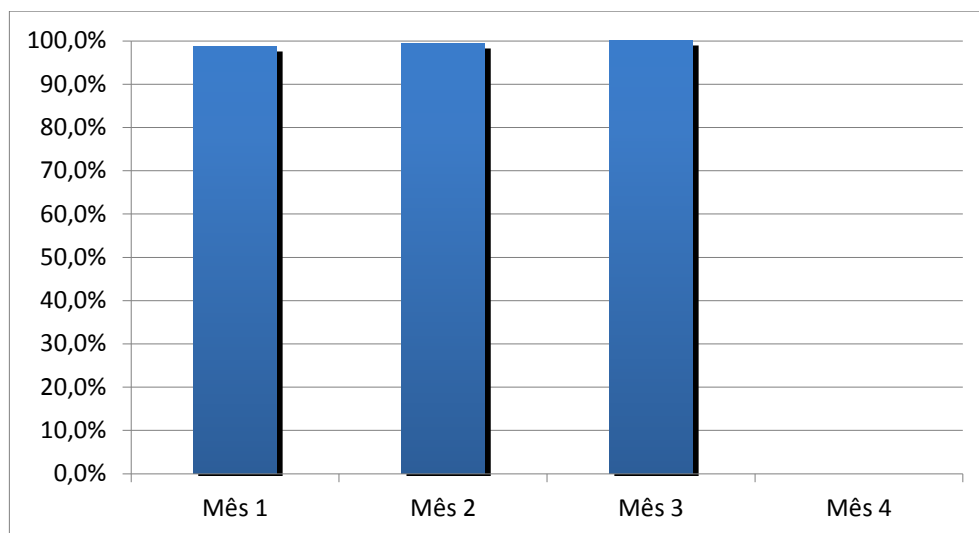
**Figura 11 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

No que tange a proporção de portadores de DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, destacamos que nossa meta também era garantir a realização desses exames para 100% dos usuários cadastrados. No entanto, no primeiro mês apenas 16 usuários estavam com os exames em dia, o que representava 80% dos usuários diabéticos cadastrados. Após articulação com a gestão, o hospital do município passou a oferecer os exames complementares pelo SUS e, no segundo mês 35 (100%) usuários diabéticos realizaram os exames complementares e, no terceiro mês 59 usuários portadores de DM realizaram os exames complementares.

Para atingir essa meta foi essencial a articulação com o gestor municipal e, a consequente parceria com o hospital para que os usuários pudessem realizar os exames complementares pelo SUS; a capacitação dos membros da equipe para solicitar os exames complementares; estabelecimento de um sistema de alerta para identificar os exames complementares solicitados e em atraso; orientação aos

diabéticos e a comunidade sobre a importância da realização de exames complementares e a periodicidade com que deviam ser realizados.

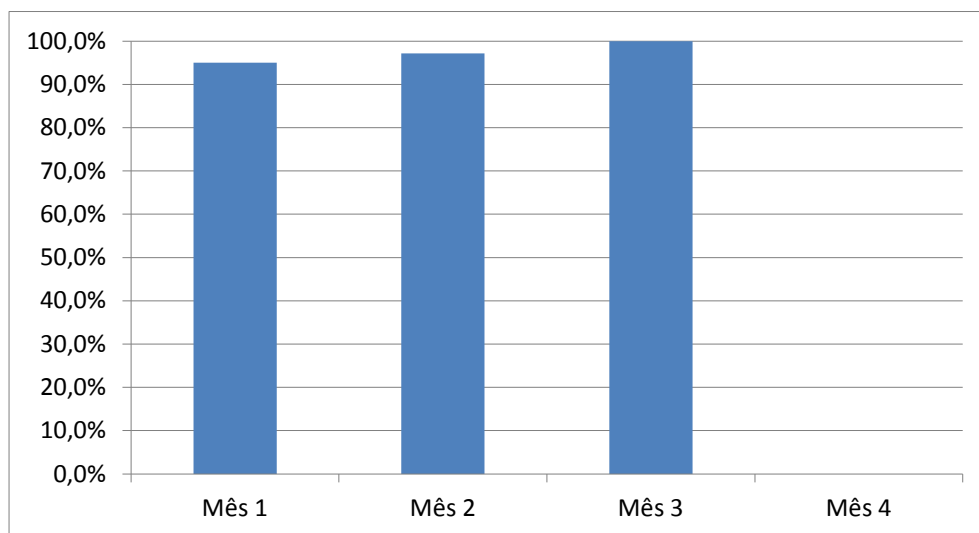
Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



**Figura 12 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**

Outra meta estipulada pela equipe foi garantir que 100% dos portadores de HAS estivessem com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. No entanto, cabe destacar que embora a maioria dos usuários hipertensos tivesse recebido a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, um deles tinha outras doenças cardiovasculares associadas e precisava tomar medicamentos que não são disponibilizados por esta farmácia. Como esses medicamentos haviam sido prescritos pelo cardiologista, não poderíamos modificar a medicação. No entanto, essa situação foi repassada para os gestores municipais e os mesmos fizeram questão de disponibilizar os medicamentos utilizados pelo usuário na Farmácia Popular. Assim, no primeiro mês 74 (98,7%) usuários receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês 142 (99,3%) usuários receberam a prescrição e no terceiro mês 209 (100%) usuários hipertensos receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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



**Figura 13 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada**

No que tange a prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/Hiperdia para 100% dos portadores de DM, destacamos que no primeiro mês 19 (95%) usuários receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 34 (97,1%) usuários receberam a prescrição de medicamentos da referida Farmácia e, no terceiro mês 59 (100%) usuários diabéticos estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A equipe só conseguiu atingir essa meta porque a gestão fez questão de disponibilizar medicamentos que não fazem parte da lista de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para o usuário que necessitava.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

No que tange a proporção de portadores de HAS e DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, destaca-se que a meta foi cumprida e, que ao longo dos três meses da intervenção, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Nesse sentido, no primeiro mês 75 (100%) hipertensos e

20 (100%) diabéticos foram avaliados, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 diabéticos foram avaliados e no terceiro mês 209 (100%) hipertensos e 59 (100%) diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Essa meta foi atingida devido as seguintes ações: capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados; orientações transmitidas a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal; organização da ação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico; criação de uma agenda de saúde bucal para a realização de atendimento odontológica.

### Objetivo 3– Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao Programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ao longo dos três meses de intervenção conseguimos realizar a busca ativa de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na UBS. Assim, no primeiro mês 14(100%) hipertensos e 5 (100%) diabéticos faltaram a consulta e receberam busca ativa, no segundo mês 19 (100%) hipertensos e 7 (100%) diabéticos receberam busca ativa e no terceiro mês 1 (100%) hipertensos e 7(100%) diabéticos receberam busca ativa após faltarem a consulta.

Para atingir essa meta, a equipe de saúde organizou um cronograma de visitas domiciliares para os ACS realizarem a busca ativa dos usuários faltosos. Este cronograma também foi utilizado para que a médica pudesse oferecer atendimento domiciliar para aqueles e hipertensos e diabéticos que não podiam ir até a UBS por estarem acamados, com alguma incapacidade físico-motora, ACV, entre outras. Outras ações que influenciaram no bom resultado foram: transmissão de orientações à comunidade sobre a importância de comparecer as consultas agendadas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; elaboração de estratégias em conjunto com a comunidade para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM e o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no Protocolo.

### Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações na UBS.



Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ao longo da intervenção todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram a sua ficha de acompanhamento preenchida corretamente. Nesse sentido, no primeiro mês 75 (100%) hipertensos e 20 (100%) diabéticos estavam com o registro adequado, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 (100%) diabéticos estavam com o registro adequado e no terceiro mês 209 (100%) hipertensos e 59 (100%) diabéticos estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento.

As seguintes ações contribuíram para que essa meta fosse atingida: capacitação da equipe sobre o preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético na UBS; orientação dos hipertensos, diabéticos e comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde; organização do sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização do exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

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

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No que tange a proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, destaca-se que no primeiro mês 75 (100%) hipertensos e 20 (100%) diabéticos realizaram a estratificação de risco, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 (100%) diabéticos realizaram a estratificação de risco e no terceiro mês 209 (100%) hipertenso e 59 (100%) diabéticos realizaram a estratificação de risco.

Essa meta foi atingida devido as seguintes ações: capacitação da equipe sobre a estratificação de risco, segundo o escore de Framingham, sobre a

verificação de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; transmissão de orientações aos usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Além disso, os hipertensos, os diabéticos e a comunidade foram esclarecidos sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Também foi priorizado o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda deixando duas vagas diárias para estes pacientes, e foi feito o monitoramento do número de usuários portadores de HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através da revisão mensal dos prontuários e fichas espelho pela enfermeira.

Temos que destacar a importância da realização da estratificação de risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos para prevenir possíveis complicações, pois muitos usuários jovens apresentam complicações cardiovasculares. Como é o caso de um usuário com 40 anos, que tinha sofrido um Infarto Agudo do Miocárdio há um ano.

Objetivo 6– Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ao longo dos três meses da intervenção 100% os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. Assim, no primeiro mês 75 (100%) hipertensos e 20 (100%) diabéticos receberam orientação nutricional, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 (100%) diabéticos receberam orientação nutricional e no terceiro mês 209 (100%) hipertensos e 59 (100%) diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Essa meta foi atingida devido a capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável; orientação aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável e monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação á prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

De igual forma, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação em relação à pratica regular de atividade física. Assim, no primeiro mês, 75 (100%) hipertensos e 20 (100%) diabéticos receberam orientação sobre a importância da prática de atividade física, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 (100%) diabéticos receberam orientação e no terceiro mês 209 (100%) hipertensos e 59 (100%) diabéticos receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

Essa meta foi atingida devido as seguintes ações: capacitação da equipe da sobre a promoção da prática de atividade física regular; orientação aos hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; organização de práticas coletivas para orientação de atividade física e monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

No que tange as orientações sobre os riscos do tabagismo, destacamos que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos receberam as referidas orientações. Nesse sentido, no primeiro mês, 75 (100%) hipertensos e 20 (100%) diabéticos receberam orientação sobre a importância da prática de atividade física, no segundo mês 143 (100%) hipertensos e 35 (100%) diabéticos receberam orientação e no terceiro mês 209 (100%) hipertensos e 59 (100%) diabéticos receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

Essa meta foi atingida devido a: capacitação da equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; orientação aos hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e o monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Ao longo dos três meses da intervenção 100% dos hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal.

Essa meta foi atingida devido a capacitação da equipe sobre a importância da higiene bucal; orientação aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal; organização do tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual e o monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Cabe destacar aqui o papel desempenhado pela dentista e a auxiliar de saúde bucal ofereceram atendimento odontológico para todos os usuários que necessitaram de atendimento. O mesmo foi oferecido nas sextas feiras, dia escolhido pelos próprios usuários.

## **4.2 Discussão**

A implementação da intervenção na UBS do município São João da Baliza,RR, propiciou o aumento da cobertura e da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos. Isso porque, ao longo dos três meses realizamos busca ativa, acolhemos e oferecemos um atendimento de qualidade para os usuários, com exame clínico apropriado, o qual incluiu exame dos pés, aferição da PA, peso, estatura, perímetro braquial, hemoglicoteste e estratificação do risco cardiovascular. Com essas ações, 100% dos portadores de HAS e DM realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Além disso, 100% dos portadores de HAS e/ou DM realizaram os exames complementares e receberam a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Também foi possível melhorar o registro das informações na UBS através do preenchimento correto da ficha de acompanhamento dos usuários. Para transmitir orientações sobre a importância da saúde bucal, da alimentação saudável, da prática regular de atividade física e dos riscos do tabagismo criamos grupos de educação em saúde em cada área e estabelecemos um cronograma para a realização de atividades. No entanto, cabe

destacar que essas orientações foram transmitidas de forma coletiva e individual e auxiliaram na melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para a equipe a intervenção foi extremamente importante, pois exigiu que todos se capacitassem diante dos diferentes temas relacionados com a HAS e DM, como por exemplo: diagnóstico, identificação de fatores de riscos, estratificação de risco cardiovascular, tratamento, monitoramento e rastreamento destas doenças. A intervenção também oportunizou a integração entre os membros da equipe e o trabalho multidisciplinar. E para que todas as ações pudessem ser desenvolvidas com o máximo de qualidade, a enfermeira atendia os usuários, participava do acolhimento, revisava os prontuários para a detecção de usuários com consultas em atraso, não realização de exames complementares, não realização da estratificação de risco cardiovascular, entre outras. A técnica de enfermagem ficou encarregada pela aferição da pressão arterial, medição da estatura, peso e perímetro braquial e realização do hemoglicoteste. Os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento dos hipertensos e diabéticos através das visitas domiciliares, pelo agendamento da consulta para os usuários, pela identificação dos faltosos e pela realização de atividades de prevenção e promoção de saúde na comunidade. A médica, por sua vez, ficou responsável pela garantia do atendimento médico e de qualidade. Todos os membros da equipe ficaram responsáveis pela identificação da necessidade de atendimento odontológico e pelo desenvolvimento das atividades de educação de saúde.

Para o serviço a implementação da intervenção também foi muito importante, pois contribuiu para a organização do processo de trabalho da equipe. Antes da intervenção a atenção aos portadores de HAS e DM era responsabilidade exclusiva da médica, mas ela reviu as atribuições da equipe e, com essa atitude, viabilizou a atenção a um maior número de pessoas. Além disso, melhoramos os registros de atendimentos e agendamentos e, com isso, reduzimos o fluxo de usuários na UBS por demanda espontânea. A classificação de risco dos portadores de HAS e/ou DM foi de vital importância para apoiar a priorização dos atendimentos dos mesmos. A identificação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos também contribuiu para organizar a agenda de atendimento odontológico.

A comunidade também foi beneficiada com a intervenção, pois além de contar com uma equipe capacitada para atender usuários portadores de HAS e DM,

foi esclarecida sobre a importância de comparecer as consultas agendadas, sobre a importância de realizar os exames complementares e sobre o controle dos fatores de riscos modificáveis. Além disso, a comunidade pode participar de atividades educativas coletivas na comunidade e tiveram acesso facilitado a grupos de HAS e/ou DM. Os portadores de HAS e/ou DM receberam um ótimo acolhimento e um atendimento priorizado de qualidade.

Se iniciássemos a intervenção nesse momento, eu gostaria de ter uma maior articulação com a comunidade para explicitar os critérios para a priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementá-lo. Gostaria também de unir ainda mais os membros da equipe e ter uma maior parceria com os gestores, para juntos superar todas as limitações e dificuldades existentes.

Devido aos bons resultados atingidos nos três meses da intervenção, achamos viável a incorporação das ações desenvolvidas no processo de trabalho da equipe. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à priorização da atenção aos portadores de HAS e/ou DM, em especial os de alto risco. Vamos engajar a equipe que trabalha com a zona rural nesse projeto. E, para melhorar o desenvolvimento destas ações e continuar alcançando resultados satisfatórios, solicitamos que os gestores continuem com a parceria com o hospital para que os usuários tenham acesso gratuito aos exames que ainda não estão fazendo, tais como: Hemoglobina Glicosada, Creatinina, Lípidograma Completo. Além de outros que são importantes para o seguimento destes usuários como: ECG, Ultrasonografia, Raios X. Solicitamos, também, que eles continuem disponibilizando os medicamentos que não pertencem à lista dos medicamentos que são distribuídos pela Farmácia Popular/Hiperdia e garantam aos usuários a consulta com Cardiologistas, Endocrinologistas, Nutricionistas, entre outros.

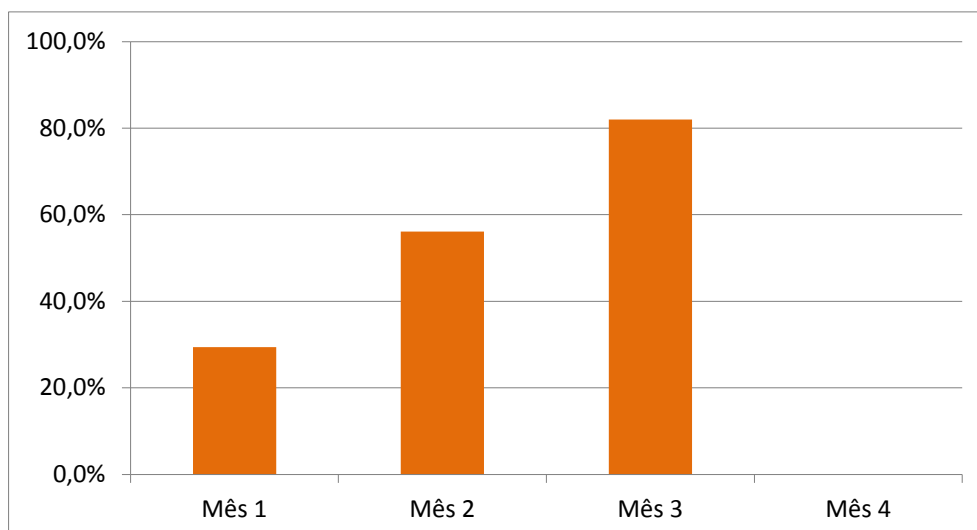
Nossos próximos passos seriam continuar investindo na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos e tomando este projeto como exemplo para implementar o programa de pré-natal na UBS.

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

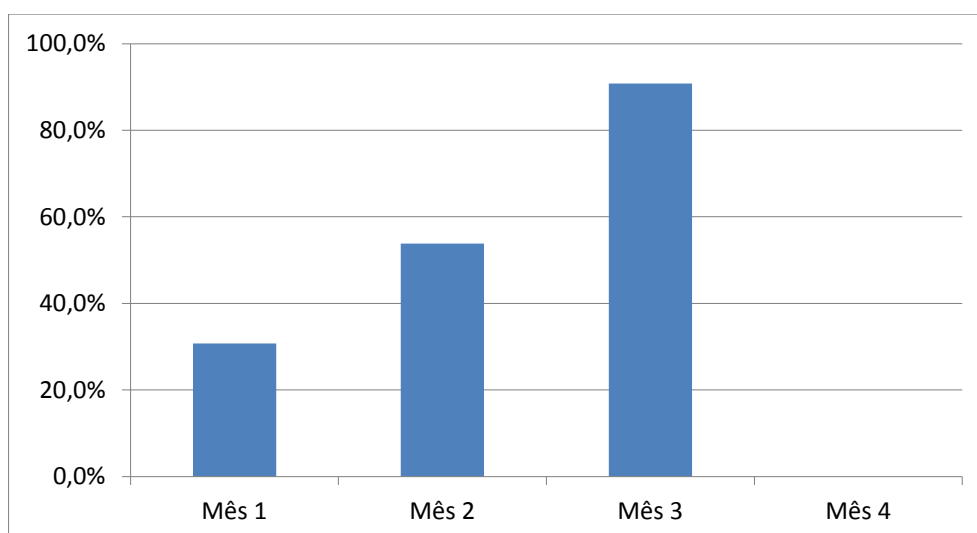
Caro gestor(a):

Durante 12 semanas desenvolvemos um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM da área urbana da UBS São João da Baliza. Essa intervenção é pré-requisito para a conclusão da Especialização em Saúde da Família que faço parte como membro do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Essa Especialização é oferecida pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPel). Essas 12 semanas foram precedidas de outros nove meses de atividades do curso de especialização. A equipe da UBS São João da Baliza direcionou a atenção ao Programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes, pois, após análise situacional vimos que os indicadores de cobertura e de qualidade dessa ação programática estavam muito baixos e exigiam um cuidado especial da equipe.

Nesse sentido, cabe destacar que superamos as metas de cobertura propostas e atingimos 82,0% de cobertura na atenção aos portadores de HAS e 90,8% de cobertura na atenção aos portadores de DM.



**Figura 14 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde**



**Figura 15 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde**

E, no que tange a qualidade da atenção, cabe destacar que a equipe de saúde garantiu que 100% dos portadores de HAS e/ou DM cadastrados na UBS recebessem um ótimo acolhimento e atendimento, realizassem o exame clínico apropriado, realizassem exames complementares e a estratificação de risco cardiovascular, recebessem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e recebessem orientações sobre nutrição, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Além disso, foram mantidos os registros adequados na ficha de acompanhamento destes usuários e identificadas as necessidades de atendimento odontológico. A equipe também conseguiu uma



maior adesão dos portadores de hipertensão e diabetes ao programa, pois foi feita a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas.

Mas cabe destacar que essas ações só foram desenvolvidas e os resultados só foram alcançados porque vocês nos apoiaram, garantindo todos os materiais e recursos necessários, tais como: esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas, glicosímetros, balanças, folhas brancas, cartolinas, canetas, impressão de documentos (fichas de acompanhamentos, fichas espelhos, prontuários, cartazes, panfletos educativos, entre outros). Além disso, vocês também facilitaram o transporte da equipe de saúde para as visitas domiciliares e fizeram questão de se articular com o hospital para garantir a realização dos exames complementares. Sem citar a garantia e a disponibilidade de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários. Com o apoio recebido, podemos dizer também, que a intervenção contribuiu para integrar os membros da equipe com os gestores.

Para melhorar ainda mais a qualidade da atenção na UBS São João da Baliza, sugerimos que vocês continuem engajados nesse projeto e nos auxiliem a promover atividades de qualificação da prática clínica e de educação em saúde. Além disso, sugerimos que vocês continuem trabalhando em parceria com o hospital e com outras instituições para continuar garantindo os exames complementares e os medicamentos da farmácia popular para a população.

Lembrando que a qualificação dos serviços de saúde é compromisso de todos.

Obrigada.

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

Com a implementação do Programa de melhoria da atenção à pessoa com HAS e/ou DM na UBS São João da Baliza, a comunidade foi diretamente beneficiada, antes da intervenção 29% dos usuários com HAS eram atendidos e 26% dos diabéticos, agora são 82% dos diabéticos e 90,8% dos diabéticos. Além disso todos foram esclarecidos sobre a importância de realizar periodicamente os exames clínicos e os exames complementares de HAS e/ou DM bem como sobre os principais fatores de risco dessas doenças.

Além disso, os portadores de HAS e/ou DM ficaram sabendo que eles tem direito a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada e de ter registro adequado na ficha de acompanhamento. Além disso, todos os usuários cadastrados receberam um ótimo acolhimento e um atendimento de qualidade, pois identificamos as necessidades de atendimento odontológico, realizamos a estratificação de risco cardiovascular e, nos casos com alto risco cardiovascular, priorizamos o agendamento do atendimento. Tanto nas consultas individuais, quanto nas visitas domiciliares todos os usuários portadores de HAS e DM receberam prescrição para a realização de exames complementares e orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, risco do tabagismo e importância da higiene bucal. Também criamos grupos de hipertensos e diabéticos nas diferentes áreas e realizamos atividades uma vez por mês com os usuários cadastrados.

Desenvolvemos também múltiplas atividades coletivas e educativas na comunidade, as quais propiciaram um maior engajamento da comunidade nestas

atividades e no controle social. E, durante as diferentes atividades, conversamos com a população alvo e aceitamos as sugestões para a qualificação das ações que estavam sendo desenvolvidas.

Com todos os resultados positivos descritos, podemos afirmar que daremos continuidade a essas ações e, em breve, estenderemos esse projeto para o restante da população, como crianças, gestantes, puérperas, mulheres e idosos.

Agradecemos a sua colaboração, pois sem o seu apoio nada disso seria possível.

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

Sempre tive boas expectativas com o Curso de Especialização em Saúde da Família - EAD. Desde o início acreditei que o mesmo seria útil para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde no município, independentemente da ação programática que fosse qualificada.

E, à medida que fui avançando no curso, o processo de trabalho da equipe também foi se tornando mais qualificado e, conseqüentemente, a população foi sendo diretamente beneficiada. Isso porque, apesar de termos implantado a intervenção para aumentar a cobertura e a qualidade da atenção à pessoa com HAS e/ou DM, as outras ações programáticas, como pré-natal e puerpério, saúde da criança, câncer de colo do útero e de mama e saúde dos idosos também foram incluídas em algumas melhorias, como acolhimento e agendamento das consultas.

O curso também ajudou a aprofundar meus conhecimentos sobre a prática clínica, através da resolução dos casos clínicos e da realização dos estudos de caso da prática clínica. Além disso, propiciou a união entre os membros da equipe e a uma maior articulação com os gestores.

Cabe destacar também a importância da participação tanto no fórum de Saúde Coletiva quanto no fórum de clínica, que permitia interagir com os outros colegas, com os orientadores e com o apoiador Ernandes e assim era possível esclarecer dúvidas, receber orientações, conhecer as experiências dos colegas e aprender delas e também transmitir nossa experiência para eles.

E não posso esquecer o importante e útil que foi para mim no desenvolvimento do curso a comunicação direta através do Diálogo Orientador com minha orientadora Pâmela, que sempre me ajudou e agradeço a ela ter concluído com sucesso minha intervenção.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. p.160.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GARDETE CORREIA, L. *et al.* **Diabetes: Fatos e Números 2013: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Dia etologia, 2013.

MIRELES, A. L. *et al.* **Atenção a saúde do adulto - Conteúdo técnico da linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (no prelo)**. Secretaria de Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. 3 ed, p.21-97,2013.

NOBRE,F.et.al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, Jan/Mar. 2010, 57p.

ROSA, R. S; SCHMIDT, M. I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede publica do Brasil, 1999-2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n . 2, p. 131-134, 2008.

SCHMIDT, M. I. *et. al.* **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. Ed. Ministério de Saúde, 2010.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante