

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria do programa de acompanhamento de usuários com  
Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/USF Número Um,  
São Paulo das Missões, RS**

**Idaleisis Ramona Morales Borges**

**Pelotas, 2016**

**Idaleisis Ramona Morales Borges**

**Melhoria do programa de acompanhamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/USF Número Um, São Paulo das Missões, RS**

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

Orientador: **Ernande Valentin do Prado**

**Pelotas, 2016**

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

B732m Borges, Idaleisis Ramona Morales

Melhoria do Programa de Acompanhamento de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/USF Número Um, São Paulo das Missões, RS / Idaleisis Ramona Morales Borges; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

102 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

O trabalho de intervenção é dedicado a minha família e a todas as pessoas que ajudaram na realização do mesmo.

## Resumo

MORALES, Idaleisis. **Melhoria do programa de acompanhamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Número Um, São Paulo das Missões, RS.** 2016: Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano. 2016.

A intervenção permitiu Melhorar o programa de acompanhamento de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, a população em estudo de minha área é de 3.234 pessoas. Os atendimentos dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) ocorrem todas as semanas na UBS. A população estimada para pessoas com hipertensão e com diabetes é de 723 e 206, respectivamente. Até agora, temos cadastrados 131 pessoas maiores de 20 anos com Hipertensão, que significa apenas 18% de cobertura. Quando estes usuários chegam na consulta indicamos os exames complementares uma vez por ano. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários e temos um protocolo para o atendimento. Em relação ao Diabetes Mellitus, a UBS tem 89 pessoas com diabetes cadastrados, que equivalem à cobertura de 43%, que são atendidos por demanda espontânea, não havendo um dia específico para atendimento, quando o usuário diabético vem para consultar, identificamos os fatores de risco e damos orientações necessárias. A intervenção permite atuar através de um cuidado integral, multidisciplinar e com participação da comunidade, as principais dificuldades encontradas são a demora na realização dos exames de laboratório, a longa distância da UBS, e o gram. número de faltosos nas consultas. Contamos com uma enfermeira que atende o programa e oferecemos capacitações para os profissionais de saúde. A intervenção possibilita identificar os usuários com estas doenças e modificar em elos estilos de vidas mais saudável. O objetivo geral da intervenção é Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS número Um em São Paulo das Missões - RS. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de 12 semanas com a participação na intervenção das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastrados na unidade. Esta intervenção é de grande importância para a equipe, para o serviço e para a comunidade já que torno- se rotina da UBS e a equipe trabalho mais unido, permitiu ampliar a cobertura de atenção dos usuários e permitiu fazer atividades de promoção de saúde para orientar os usuários, permitiu a capacitação da equipe, e foi um impacto para a comunidade já que a intervenção forma parte do trabalho do dia dia na UBS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Crônicas.

## Lista de Figuras

Figura 1	Imagem de São Paulo das Missões – RS	11
Figura 2	Atividade de promoção de saúde	73
Figura 3	Gráfico com a cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde	76
Figura 4	Gráfico com a cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde	76
Figura 5	Gráfico com a proporção de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	77
Figura 6	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	77
Figura 7	Gráfico com a proporção de pessoas com HA com exame complementares em dia de acordo com o protocolo	78
Figura 8	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com exame complementar em dia de acordo com o protocolo	79
Figura 9	Gráfico com a proporção de pessoas com HA com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.	79
Figura 10	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes	80
Figura 11	Gráfico com a proporção de pessoas com HA com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	81
Figura 12	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	81
Figura 13	Gráfico com a proporção de pessoas com HA faltosos as consultas com busca ativa	82
Figura 14	Gráfico com a proporção de pessoas com DM faltosos as consultas com busca ativa	82
Figura 15	Gráfico com a proporção de pessoas com HA com registro adequado na ficha de acompanhamento	83
Figura 16	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento	83
Figura 17	Gráfico com a proporção de pessoas com HA com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica	84
Figura 18	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica	85
Figura 19	Gráfico com a cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde	88
Figura 20	Gráfico com a cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde	88

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CAP	Caderno de ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCD	Planilha Coleta de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
SISCOLO	Sistema de informações de câncer de colo de útero
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFP	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	62
2.3.3 Logística.....	69
2.3.4 Cronograma .....	73
3 Relatório da Intervenção.....	74
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	74
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	76
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	77
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	77
4 Avaliação da intervenção.....	78
4.1 Resultados .....	78
4.2 Discussão .....	89
5 Relatório da intervenção para gestores .....	91
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências .....	96
Anexos .....	97
Anexo A - Documento do comitê de ética.....	98
Anexo B - Planilha de coleta de dados .....	99
Anexo C - Ficha espelho.....	100
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	102



## **Apresentação**

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) foi desenvolvido como parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Está organizado em sete capítulos:

Capítulo 1, análises situacional, foi descrito o texto inicial, apresentado na unidade de ambientação, a análise situacional, e o texto comparativo entre o texto inicial e o relatório de análise situacional, aqui se descreve de forma geral as condições da UBS sua estrutura e os integrantes da equipe.

Capítulo 2 análise estratégica, foi feita a justificativa, os objetivos e metas, a metodologia, as ações previstas, o detalhamento das ações, a logística e o cronograma. Em este capítulo podemos explicar porque é importante fazer esta intervenção na UBS e como serão desenvolvidas as ações para alcançar e dar cumprimento aos objetivos e metas propostas.

Capítulo 3, intervenção, foi confeccionado o relatório de intervenção, em este capítulo explica todas as ações desenvolvidas para atingir os objetivos e como foram recolhidos os dados em PCD, ficha no espelho e diário de intervenção.

Capítulo 4, avaliação da intervenção, fez o detalhamento dos resultados e a discussão, expliquei todos os resultados em cada mês da intervenção, estes resultados estão representados em forma de gráficos.

Capítulo 5, relatório de intervenção para o gestor, fiz o relatório dos resultados para o gestor onde explicamos todas as dificuldades e os logros alcançados durante a intervenção e a necessidade de que esta fique rotina na UBS.

Capítulo 6, relatório de intervenção para comunidade, fiz o relatório dos resultados para comunidade reunimos a um grupo de pessoas da comunidade portadoras de Hipertensão e Diabetes e falamos dos resultados alcançados com a intervenção.

Capítulo 7, reflexão crítica, fez uma avaliação pessoal sobre o processo de ensino/aprendizagem e os conhecimentos alcançados com a intervenção assim como o intercâmbio com educandos e orientadores.

Terminei com o referencial teórico e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

São Paulo das Missões, RS, é um município pequeno que tem 6 mil habitantes. Contamos com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma equipe de saúde da família em cada uma. A UBS é a porta de entrada do sistema de saúde local e o primeiro nível resolutivo dos problemas de saúde. Permite centralizar o atendimento, dar proximidade entre a população e o acesso à saúde e desafogar os hospitais. Em nosso município, a UBS trabalha através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de atender demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população, garantindo a continuidade dos cuidados das pessoas nas comunidades e nos domicílios quando necessário. A equipe também realiza atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças de acordo com cada faixa etária e cada grupo de risco, como por exemplo, a vacinação antigripal nos grupos alvos. A UBS tem alguns equipamentos, instrumentos e materiais para fazer o trabalho. Quando é necessário, o médico faz a solicitação de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialistas e internações hospitalares.

Em relação à estrutura, a UBS é bem cuidada, com muita boa limpeza e organização. Há uma recepção, uma sala ginecológica, sala de curativos, sala de vacinas, dois consultórios médicos, consultório de odontologia, cozinha, dois banheiros, uma sala de reuniões e uma sala de espera bastante grande. Cada departamento tem o equipamento necessário para o trabalho de médicos, enfermeiras, odontólogos e técnicos de farmácia.

Em relação ao processo de trabalho, a UBS assiste a 3.234 usuários e a equipe conhece as famílias do território através do trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS), pilares muito importante neste processo. Elas fazem o cadastramento e acompanhamento contínuo das famílias, identificam situações de risco e a equipe elabora um programa de atividades para enfrentar estes problemas. Dentre as atividades planejadas, estão as palestras para estimular mudanças de estilo de vida, atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças como tuberculoses, dengue, câncer de mama e de colo de útero na mulher e de próstata nos homens, palestra para adolescentes sobre drogas, doenças de transmissão sexual e gravidez na adolescência, assim como orientação em cada família sobre dúvidas relacionadas à saúde em geral. Quando é necessário fazer alguma mudança de horários destas atividades passamos a informação pela emissora de rádio local com antecedência, se convocamos para alguma atividade com a participação de toda a população como limpeza de ruas para evitar dengue, também usamos este meio de comunicação. Além destas ações, realizamos consultas de demandas espontâneas, pequenos procedimentos todas as quintas-feiras e visitas domiciliares a pessoas acamados, com curativos e atenção médica, caso necessário. A relação com a população é muito boa. Fazemos vínculos de compromisso e de responsabilidade com a população para estimular a organização das comunidades e ter um controle social dos serviços de saúde. Até agora, aceitam bem os atendimentos com a médica cubana, temos muita boa empatia. Eles gostam de falar sobre a cultura e costumes desta região, que é de descendência Alemã, e eu gosto de escutar sobre suas histórias. Algumas pessoas se sentem melhor falando sobre suas preocupações e situações e muitos só falam em alemão, sobretudo os idosos, mas isso não é um problema, pois sempre conto com ajuda de uma enfermeira que fala muito bem nessa língua. Também aprendi algumas frases e palavras, fazendo com que fiquem felizes quando eu os recebo nas consultas com um “Aless Gott”.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

São Paulo das Missões, localizado no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, é um município agrícola, com bom desenvolvimento econômico, onde a maioria da população trabalha na roça, além de pequenos negócios como lojas e mercados. A cultura é de tradição Alemã, com grande quantidade de bailes típicos deste país e uso de trajes tradicionais.



Figura 1: imagem de São Paulo das Missões - RS. Fonte: Mapa Wikipédia, foto: google.

O sistema de saúde conta com um hospital, um laboratório de análises clínicas dentro do próprio hospital, duas UBS e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Não tem NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Em relação à atenção especializada, não temos especialistas no município e, quando precisamos, fazemos o encaminhamento das pessoas para hospitais e outros serviços de atenção secundária do SUS, inclusive casos de urgências e emergências, para o município Santa Rosa.

A UBS “Equipe PSF 1”, onde atuo, presta atendimento através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma área de abrangência que tem 3.234 pessoas e situa-se na área urbana. A equipe de saúde da família é formada por dois médicos, um odontólogo, duas enfermeiras, duas técnicas em farmácia, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, uma higienizadora e oito agentes comunitárias de saúde. Na UBS não fazemos testes diagnósticos, nem exames laboratoriais. Estes são realizados no hospital do município, que fica perto da UBS. Contamos com todas as vacinas na unidade, com exceção da influenza sazonal. Na UBS, fazemos

pequenas cirurgias e procedimentos como remoção de unhas encravadas, lipomas, verrugas e nevos, assim como suturas de feridas por objetos cortantes.

Em relação à estrutura física, a unidade conta com dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, sala de curativos, sala de ginecologia, dois banheiros, uma cozinha, uma farmácia, uma sala de reuniões e uma recepção. As principais necessidades e limitações são que temos apenas um banheiro para todos os funcionários, o ambiente de recepção que abriga os prontuários é pequeno e não temos prontuários eletrônicos. O tamanho das salas de curativos e de ginecologia é muito pequeno. Não temos sala para nebulização, nem área para coleta de material e sala de esterilização. Em relação ao acesso de pessoas portadoras de deficiências, não temos rampas alternativas e carecemos de corrimãos nos corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. As portas dos banheiros não têm espaço suficiente para manobras de aproximação dos usuários de cadeiras de rodas e na unidade temos uma cadeira de rodas à disposição. Os equipamentos e instrumentos necessários para o atendimento têm condições satisfatórias de uso na UBS, como por exemplo, autoclave, estetoscópio, cabo para bisturi, foco de luz, estufa, geladeira para vacinas, lanternas, entre outros. A revisão e calibragem de esfigmomanômetros e balanças ocorrem a cada três ou quatro meses. Geralmente, contamos com todos os medicamentos do quadro básico para cada grupo de risco. Todavia, existem algumas falhas no abastecimento de materiais e insumos para realização das atividades, tais como a falta das cadernetas de adolescentes, fichas do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e formulário do Bolsa Família.

A unidade não possui alguns equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática como caixa de som, câmera fotográfica e câmera filmadora, que são necessárias para as atividades clínicas e coletivas. Temos computadores e as pessoas que os usam são médicos, odontólogo, enfermeiras, técnico de enfermagem, técnicas de farmácia e recepcionista para acesso à bibliografia, agendamento de consultas, marcação de exame, recepção e atendimentos. Há insuficiência de instrumentos e materiais bibliográficos como vídeos, macro modelos e manequins, muito necessários nas atividades educativas. Além disso, carecemos de livros didáticos nas áreas de dermatologia e diagnóstico diferencial por sinais e sintomas, sendo estes importantes para consulta quando temos dúvidas em relação a uma doença específica.

Os profissionais da unidade participam diretamente no processo de territorialização e mapeamento das comunidades, sendo possível identificar indivíduos e grupos de risco, além de espaços sociais que possam contribuir na realização das atividades. Além disso, para encontrar usuários faltosos, gestantes e menores de um ano, usamos a estratégia de busca ativa, realizada pelos ACS. A equipe realiza visitas e cuidados domiciliares a pessoas acamadas, participando destas atividades os médicos e enfermeiras da unidade. Fazemos procedimentos como curativos, aferição da pressão arterial, orientações de saúde, colocação de sondas entre outros procedimentos e encaminhamentos a outras especialidades quando necessário. Todavia, os profissionais não acompanham o plano terapêutico desses usuários em casos de internações hospitalares. Realizamos atividades educativas em grupo voltadas para adolescentes, pré-natal e puericultura, saúde da mulher, sendo que nesses grupos participam médicos, enfermeiros e odontólogo. As atividades ocorrem nas escolas e na UBS.

Os usuários são recebidos na unidade pela recepcionista. A enfermeira presta as orientações necessárias e encaminha para o profissional indicado, de acordo com a necessidade de cada caso. A recepção é feita todos os dias, nos turnos da manhã e da tarde, em aproximadamente cinco minutos. Atendemos aproximadamente 20 usuários por turno, mas se alguém chega depois que os agendados já estão atendidos, sempre buscamos uma solução para este usuário. Nos casos de problemas de saúde agudos podem ser atendidos na consulta de enfermagem, e não precisam esperar por mais de dez minutos. No caso em que o usuário solicita consulta com o médico por problema de saúde agudo que deva ser atendido no dia, também se faz a consulta e, se necessário, encaminhamos a serviços de urgências para internação hospitalar. Para atendimento odontológico por situações agudas, este ocorre depois que os usuários agendados forem atendidos.

Em nossa área, segundo estimativa do CAP, temos 39 crianças menores de 12 meses e 78 crianças entre 0 e 72 meses. A cobertura é 90 % e 87 % respectivamente. O atendimento da crianças ocorre todas as segundas-feiras no turno da manhã, mas se uma das mães não pode assistir nesse dia, fazemos a consulta no outro momento, não temos crianças de fora da área de cobertura acompanhadas. As crianças atendidas já saem com a próxima consulta agendada. Geralmente, não temos excesso de demanda espontânea, mas caso alguma criança apresente uma doença aguda, a equipe faz atendimento de imediato. A UBS não

adota protocolo para atenção da criança, mas são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de saúde geral e de saúde bucal, imunização, prevenção de anemias, aleitamento materno, saúde bucal e teste de pezinho. Fazemos classificação de risco com encaminhamentos para outras especialidades e internações hospitalares, se necessário. Os profissionais também orientam as mães sobre como reconhecer os sinais de risco na curva de crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor. Os atendimentos das crianças são registrados nos prontuários clínicos, além das cadernetas da criança, onde o médico e enfermeiras escrevem todos os dados e informações do atendimento. Eventualmente, ocorre alguma atividade em grupo com as mães das crianças, porém não tem regularidade específica. Geralmente são abordados diferentes temas como alimentação, acidentes nas crianças, desenvolvimento neuropsicomotor e estas atividades ocorrem na sala de reuniões da UBS, contando com adesão de cerca de 80% das mães das crianças.

Em nossa área de adstrição, segundo o CAP, temos 32 gestantes e 39 puérperas. Desta, 34% e 87% são acompanhadas pela equipe. A UBS oferece atendimento de Pré-Natal todas as terças-feiras, no turno da manhã. Não temos cadastradas gestantes de fora de nossa área de cobertura e as gestantes atendidas já saem da unidade com a próxima consulta agendada. Geralmente, não temos excesso de demandas espontâneas para gestantes, mas caso alguma apresente uma situação aguda, a equipe realiza atendimento imediato. A UBS não adota nenhum protocolo específico para a atenção pré-natal, mas procura seguir as ações do Caderno de Atenção Básica – Pré-Natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde, de 2012. Primeiramente, fazemos a captação das grávidas, preferivelmente até a 12<sup>a</sup> semana, com acolhimento imediato e cadastro da usuária. Enfatizamos a importância de comparecer nas consultas marcadas e fazemos a classificação de risco, com encaminhamentos para atenção especializada, se necessário. Fazemos acompanhamento das gestantes mensalmente até as 28 semanas e a cada 15 dias da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana de gestação. Procuramos realizar todos os exames complementares a cada trimestre, assim como ecografia obstétrica no primeiro e terceiro trimestres, vacinas antitetânica e para hepatite B e profilaxia para anemia com sulfato ferroso e ácido fólico. Também é feita avaliação do estado nutricional com peso, altura e índice de massa corporal, além da avaliação de saúde bucal e exame ginecológico trimestral. O registro das gestantes é feito no prontuário, além



das cadernetas de pré-natal, onde médicos e enfermeiras escrevem todos os dados e informações sobre os atendimentos. Todos os meses, ocorre uma atividade em grupo com as grávidas das duas unidades do município, que se reúnem para assistir palestras e falar sobre diferentes temas como aleitamento materno, cuidado da alimentação, cuidado de peso, cuidado das vacinas, saúde bucal, cuidados do recém-nascido e revisão puerperal, com a participação de médicos e enfermeiras. Esta atividade ocorre na sala de reuniões da UBS e conta com adesão de cerca de 60% das gestantes cadastradas.

Em nossa área, segundo o CAP, existem 334 mulheres de 50 a 69 anos cadastradas, destas, 318 (95%) estão com mamografia em dia. Todas passaram por avaliação de risco para câncer de mama e receberam orientações sobre prevenção deste câncer. Os casos de mamografias alteradas são encaminhados para serviços especializados para tratamento da doença. O rastreamento do câncer de mama é realizado todas as quartas-feiras, nos dois turnos e nas quintas-feiras pela manhã, sendo realizado pela enfermeira do programa. O rastreamento é do tipo organizado e não temos mulheres de fora da área de cobertura em acompanhamento. A equipe não adota nenhum protocolo para realizar este cuidado. Os registros das mulheres com mamografia e exame clínicos realizados são feitos nos prontuários e a UBS possui o programa SISCAN (Sistema de Informação do Câncer), que é controlado pela enfermeira, que faz o planejamento, gestão e monitoramento do programa, com posterior relatório de avaliação.

Segundo o CAP, existem 891 mulheres de 25 a 64 anos cadastradas, sendo a cobertura de 100%. Destas, apenas 641 (72%) estão com o exame citopatológico em dia. Das que realizaram o exame, oito apresentaram citologia alterada. Todas as mulheres acompanhadas receberam avaliação de risco para este tipo de câncer e orientações sobre sua prevenção. Em relação à prevenção do câncer de colo do útero, a coleta de exame cito patológico ocorre nas quartas-feiras nos dois turnos e nas quintas-feiras pela manhã. O rastreamento é do tipo organizado, feito pela enfermeira do programa, sendo todos os atendimentos registrados nos prontuários. Porém, a UBS não adota nenhum protocolo específico para os atendimentos. O planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de câncer de colo de útero são feitos pela enfermeira e a fonte de dados para avaliação e monitoramento é o SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero).

Até agora, em nossa área, temos cadastrados 131 pessoas maiores de 20 anos com Hipertensão, que significa apenas 18% de cobertura, uma vez que o CAP estima existir 723 pessoas. Ainda não temos indicadores de qualidade relacionados a esse cuidado. Quando estes usuários chegam à consulta, realizamos uma avaliação para buscar fatores de risco cardiovascular e indicamos os exames complementares uma vez por ano. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários. Não temos um protocolo para o atendimento e a enfermeira não utiliza o PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES..

O CAP estima a existência e 206 pessoas com diabetes em nossa área, mas conhecemos que temos apenas 89 castrados, que equivalem à cobertura de 43%. Elas são atendidas por demanda espontânea, não havendo um dia específico para atendimento. Não fazemos consultas programadas, mas quando o usuário diabético vem para consultar, identificamos os fatores de risco e orientamos sobre a importância do cuidado da doença para evitar complicações. Ainda não temos registros para calcular e avaliar indicadores de qualidade. O atendimento dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) ocorre sem um controle adequado. Atualmente, a equipe trabalha no cadastramento dos usuários na comunidade, já que não temos um registro específico da quantidade de usuários com essas doenças e nos prontuários não aparece identificação. Desta forma, a equipe vem realizando a busca dos adultos portadores destas doenças. Até agora não temos feito atividades de grupo com pessoas com hipertensão e com diabetes e não realizamos planejamento, gestão e monitoramento das ações.

Em relação à saúde do idoso, temos cadastrados 442 usuários com 60 anos ou mais, sendo que nenhum é de fora da área da unidade. Esse valor equivale a uma cobertura de 58%, uma vez que o CAP estima existir aproximadamente 442 idosos em nossa área. Todavia, não temos indicadores relacionados às ações realizadas na unidade pois não há um registro específico para estes atendimentos. Nas consultas, realizamos a avaliação do idoso e solicitamos exames complementares uma vez por ano. Também orientamos sobre a importância do controle de peso corporal, da realização de exercício físico, dos malefícios do tabagismo e do álcool e sobre como ter um estilo de vida mais saudável, além de orientações sobre saúde bucal. Os atendimentos são feitos pela enfermeira, médico e odontólogo. Não usamos protocolo de atendimento para estes usuários e não

contamos com arquivo específico para usuários idosos. Além disso, na UBS não temos disponíveis as cadernetas de saúde do idoso, nem o estatuto do idoso. Também não é realizado nenhum programa específico para atenção ao idoso. A equipe de saúde realiza visitas domiciliares aos idosos acamados e com doenças que os impedem de comparecer na UBS para as consultas. Geralmente são feitas pelas enfermeiras e pelo médico para fazer avaliação, curativos, diagnóstico e tratamento da doença do idoso.

O cuidado de saúde bucal na UBS ocorre em 5 turnos por semana, com atendimento de 7 pessoas por turno. Os turnos em que ocorre o atendimento são nas manhãs e tardes de segundas e terças-feiras e quartas pela manhã. Nas terças-feiras as consultas são destinadas aos pré-escolares, escolares e gestantes. O acesso à primeira consulta é por ficha. Nas consultas, são realizados procedimentos como aplicação de flúor, restauração, profilaxia, extração, prevenção e diagnóstico de câncer bucal. Após a primeira consulta, o paciente sai com a próxima consulta agendada até que conclua o tratamento programado.

As ações coletivas de saúde bucal ocorrem para grupos de grávidas e escolares, onde fazemos atividades de promoção de saúde, orientação sobre escovação dental, alimentação saudável, higiene bucal e como evitar cáries dentais e outros problemas bucais. As atividades têm duração de 30 minutos e ocorrem mensalmente. Nas escolas também fazemos conversas com alunos e professores sobre a saúde bucal, sendo essa atividade realizada pelo odontólogo e pela enfermeira da Unidade.

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

Para fazer uma comparação, é importante descrever que, no princípio, não conhecia completamente o funcionamento do serviço, assim como, no início, quando escrevi o texto inicial, desconhecia até onde iria o curso, como deveria escrever um relatório, portanto, escrevi como percebi o serviço, sem um roteiro definido. Com o passar do tempo pude ver que faltavam muitas coisas que são necessárias, no serviço e no texto. Ao escrever, na segunda semana, não havia ainda estudo as

normas, as regras de funcionamento da ESF, portanto só podia falar do que via, sem comparar com o como deveria ser, o que já foi diferente quando escrevi o RAS. Nele já tinha maior amplitude de conhecimento, já sabia, por ter estudado durante a U1, como deveria funcionar uma UBS. Então pude perceber, além da falta de estruturas para deficientes físicos e falta de arquivos eletrônicos, que não estávamos atendendo as pessoas como deveria, que não usávamos os protocolos do MS, por exemplo.

Também chamou atenção a falta de organização dos programas típicos de atenção básica, como o de cuidado às pessoas com hipertensão, diabetes e idosos, entre outros. Tudo isso pude perceber ao escrever o RAS, utilizando-se do roteiro proposto pelo curso. Além das falhas, também percebi que contava com uma boa equipe e que poderíamos juntos mudar essa situação.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças muito importantes já que constituem um grave problema de saúde no Brasil e no mundo, a hipertensão é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA maior o igual a 140x 90mmHg) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, nos últimos anos cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foi atribuída a elevação da PA. Com relação a Diabetes Mellitus, trata-se de uma doença metabólica de etiologia heterogênea caracterizada por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção/ou da ação da insulina de saúde onde a glicemia se eleva acima de 110mg/dl. (BRASIL, 2013).

A estrutura da UBS é composta por uma recepção, dois consultórios médicos e um consultório odontológico, uma sala de reuniões, uma sala de curativos, sala ginecológica, farmácia, cozinha e dois banheiros. A equipe é formada por dois médicos, um odontólogo, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, duas técnicas de farmácia, uma higienizadora, uma recepcionista e oito Agentes Comunitárias de Saúde. A população da área é de 3.234 pessoas. O atendimento dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) ocorre sem um controle adequado na unidade. Atualmente, a equipe trabalha no cadastramento dos usuários na comunidade, já que não temos um registro específico da quantidade de usuários com essas doenças e nos prontuários não aparece nenhum tipo de identificação para este grupo. Desta forma, a equipe vem realizando a busca dos adultos portadores destas doenças.

A população estimada para pessoas com hipertensão e com diabetes é de 723 e 206 pelas estimativas do CAP, respectivamente. Até agora, temos cadastrados 131 pessoas maiores de 20 anos com Hipertensão, que significa apenas 18% de cobertura. Ainda não temos indicadores de qualidade relacionados a esse cuidado. Quando estes usuários chegam à consulta, realizamos uma avaliação para buscar fatores de risco cardiovascular e indicamos os exames complementares uma vez por ano. Todos os atendimentos são registrados nos prontuários. Temos um protocolo para o atendimento e a enfermeira não utiliza o programa PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES.. Em relação ao Diabetes Mellitus, a UBS tem 89 pessoas com diabetes cadastrados, que equivalem à cobertura de 43%, que são atendidos por demanda espontânea, não havendo um dia específico para atendimento. Não fazemos consultas programadas, mas quando o usuário diabético vem para consultar, identificamos os fatores de risco e orientamos sobre a importância do cuidado da doença para evitar complicações. Ainda não temos registros para calcular e avaliar indicadores de qualidade.

A intervenção voltada para este foco na atenção básica visa ampliar e qualificar a atenção aos usuários que apresentam essas condições, através de um cuidado integral, multidisciplinar e com participação social no contexto da unidade, as prováveis principais dificuldades serão a demora na realização dos exames de laboratório, a longa distância da UBS até as casas dos usuários, que ficam com acesso dificultado, além do ainda grande número de faltosos nas consultas e de usuários indisciplinados que não cumprem com o regime de alimentação e cuidado dos fatores de risco. Também temos como limitações a presença de apenas uma enfermeira para todo o programa, poucas capacitações para os profissionais de saúde. Através do trabalho realizado, a atenção às pessoas com hipertensão e com diabetes será ampliada e qualificada, já que o cuidado seguirá um protocolo e o atendimento será integral, trazendo, desta forma, benefícios para a saúde geral dos usuários com essas doenças, além de prevenir novos casos.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS número Um, em São Paulo das Missões - RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

**Objetivo 1** - Ampliar a cobertura de pessoas hipertensas e/ou pessoas com diabetes.

**Meta1.1** - Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta1.2** - Cadastrar 50% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Objetivo2** - **Melhorar a qualidade de atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.**

**Meta 2.1** - Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão.

**Meta 2.2** - Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Diabetes.

**Meta 2.3** - Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

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

**Meta 2.6** - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Meta 2.7** -Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Meta 2.8** - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

**Objetivo 3 - Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

**Meta 3.1** - Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** - Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosa à consulta na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 4.1**- Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2** - Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 5 - Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

**Meta 5.1** - Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2** - Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 6 - Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

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



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

**Meta 6.3** - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4** - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.5** - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.6** - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em um período de 12 semanas na UBS Número Um, em São Paulo das Missões-RS. Participarão da intervenção as pessoas com hipertensão e com diabetes cadastrados na unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

As ações a serem realizadas na intervenção estão apresentadas e detalhadas de acordo com cada objetivo e meta a que se referem e subdividas de acordo com o eixo temático a que pertencem:

**Objetivo 1) Ampliar a cobertura de pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus.**

**Meta 1.1) Cadastrar 60% de pessoas com Hipertensão Arterial no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS.**

## **Monitoramento e Avaliação**

### **Ação:**

-Monitorar o número de pessoas com Hipertensão cadastradas no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de UBS.

**Detalhamento:** semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a cobertura de pessoas com hipertensão e identificar quantos usuários ainda devem ser buscados e incluídos no Programa.

## **Organização e gestão do serviço**

### **Ações:**

- Garantir o registro de pessoas com Hipertensão cadastradas no programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários de Hipertensão.
- Garantir o material adequado para toma da Pressão Arterial.

**Detalhamento:** Toda a equipe, principalmente os ACS, devem identificar os usuários pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. O cadastro pode ocorrer na própria UBS ou nas visitas domiciliares. A equipe deverá acolher todos os pessoas com hipertensão que procurem a UBS durante todo o horário de funcionamento da unidade, garantindo a aferição da PA pela técnica de enfermagem, médico ou enfermeira e o atendimento necessário. Para garantir material para aferição da PA, será solicitado à gestão do município o material adequado, com a segurança de que a calibragem dos esfigmomanômetros esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do usuário (esfigmomanômetro para o indivíduo adulto e para obeso. Programa. Este cadastro pode ocorrer na própria UBS ou nas visitas domiciliares. A equipe deverá acolher as pessoas com hipertensão que procurem a UBS durante todo o horário de funcionamento da unidade, garantindo a aferição da PA pela técnica de

## **Engajamento Público**

### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS .

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

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80mmhg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolver Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** As informações sobre o programa e orientações sobre a importância da prevenção e do acompanhamento da hipertensão na UBS serão realizadas nas atividades de grupos, palestras, consultas, visitas domiciliares, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Serão de responsabilidade de todos os integrantes da equipe, **o contato com a comunidade será feita com a ajuda da associação de moradores e os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar as ACS para o cadastramento e atualização da população de área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluído uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** As atividades de capacitação serão realizadas pelo médico da equipe nas semanas que antecedem a intervenção e nas duas primeiras de intervenção, estendendo-se por mais semanas, caso necessário. As atividades ocorrerão no horário das reuniões semanais e, dentre outros temas, vão tratar do cadastramento dos usuários e inclusão das pessoas com hipertensão e com diabetes no programa, bem como a forma correta de aferir pressão para identificação e inclusão de pessoas com hipertensão no cadastro.

**Meta 1.2) Cadastrar 50% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.**

#### **Monitoramento e avaliação**

##### **Ação:**

- Monitorar o número de pessoas com Diabetes cadastrada no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de UBS.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a cobertura de com diabetes e identificar quantos usuários ainda devem ser buscados e incluídos no Programa.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Garantir o registro das pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas no programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Diabetes

- Garantir o material adequado para realização da hemoglicoteste na UBS

**Detalhamento:** Toda a equipe, principalmente os ACS, devem identificar os usuários com diabetes. O cadastro pode ocorrer na própria UBS ou nas visitas domiciliares. A equipe deverá acolher todos os com diabetes que procurem a UBS durante todo o horário de funcionamento da unidade, garantindo o atendimento necessário. Para garantir a realização do hemoglicoteste, será solicitado ao gestor o glicosímetro para fazer a medição de glicose dos com diabetes.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS.

- Informar a comunidade da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância de rastreamento para Diabetes em adultos com de pressão arterial sustentada maior de 135/80mmhg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolver Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** As informações sobre o programa e orientações sobre a importância da prevenção e do acompanhamento do diabetes na UBS serão realizadas nas atividades de grupos, palestras, consultas, visitas domiciliares, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Serão de responsabilidade de todos os integrantes da equipe, **o contato com a comunidade será feito com a ajuda da**

associação de moradores e os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar as ACS para o cadastramento e atualização da população de área da UBS

- Capacitar a equipe de UBS para realizar hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/ 80 mmhg.

**Detalhamento:** As atividades de capacitação serão realizadas pelo médico da equipe nas semanas que antecedem a intervenção e nas duas primeiras de intervenção, estendendo-se por mais semanas, caso necessário. As atividades ocorrerão no horário das reuniões semanais e, dentre outros temas, vão tratar do cadastramento dos usuários e inclusão das pessoas com hipertensão e com diabetes no programa, bem como a forma correta de realizar o hemoglicoteste para identificação e inclusão de com diabetes no cadastro.

**Objetivo 2) Melhorar a qualidade de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.**

**Meta 2.1) Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão Arterial.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização do exame clínico apropriado das pessoas com Hipertensão Arterial.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a realização do exame clínico em pessoas com hipertensão e identificar os que ainda não passaram por essa ação.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Definir atribuições a cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Hipertensão Arterial.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados na UBS.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de a versão atualizada de protocolo impresso na UBS.

**Detalhamento:** A definição das atribuições de cada membro da equipe será realizada durante a capacitação da equipe, estabelecendo quem será responsável pela realização do exame clínico das pessoas com hipertensão. As capacitações serão organizadas de modo a ocorrerem já previamente à intervenção, estendendo-se até as duas primeiras semanas de atividades, devendo incluir os protocolos do MS para atenção a pessoas com hipertensão e com diabetes. Quando necessário, serão realizadas atividades de atualização em relação às ações inerentes à intervenção. A impressão da versão atualizada do protocolo para Hipertensão e Diabetes será realizada pela médica da equipe e deixada na UBS para uso de toda a equipe.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar a comunidade quanto os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas da Hipertensão.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre risco cardiovascular e neurológico serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, **o contato com a comunidade será feita com a ajuda da associação de moradores e os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, será incluído o exame clínico para pessoas com hipertensão.

## **Meta 2.2) Realizar o exame clínico apropriado ao 100 % das pessoas com Diabetes Mellitus**

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização do exame clínico apropriado das pessoas com Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a realização do exame clínico em com diabetes e identificar os que ainda não passaram por essa ação.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com Diabetes.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na UBS.

**Detalhamento:** A definição das atribuições de cada membro da equipe será realizada durante a capacitação da equipe, estabelecendo quem será responsável pela realização do exame clínico dos com diabetes. As capacitações serão organizadas de modo a ocorrerem já previamente à intervenção, estendendo-se até as duas primeiras semanas de atividades, devendo incluir os protocolos do MS para atenção a pessoas com hipertensão e com diabetes. Quando necessário, serão realizadas atividades de atualização em relação às ações inerentes à intervenção. A impressão da versão atualizada do protocolo para Hipertensão e Diabetes será realizada pela médica da equipe e deixada na UBS para uso de toda a equipe.

### **Engajamento público**

#### **Ação:**

- Orientar a comunidade quanto os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre risco cardiovascular e neurológico decorrente do diabetes, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, **o contato com a comunidade será feita com a ajuda da associação de moradores e os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para realização do exame clinica apropriado nas pessoas com Diabetes.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, será incluído o exame clínico para com diabetes.

**Meta 2.3) Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com Diabetes Mellitus a cada 3 meses (com palpação de pulso tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade).**

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização do exame dos pés das pessoas com Diabetes

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a realização dos pés em com diabetes e identificar os que ainda não passaram por essa ação.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com diabetes mellitus



- Organizar e capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

- Solicitar a gestão o monofilamento (10 g) para exame dos pés

- Organizar a agenda para escolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

- Solicitar referência e contra referência para pessoas com diabetes que precisam de consulta especializada.

**Detalhamento:** A definição das atribuições de cada membro da equipe será realizada durante a capacitação da equipe, estabelecendo quem será responsável pela realização do exame dos pés dos com diabetes. As capacitações serão organizadas de modo a ocorrerem já previamente à intervenção, estendendo-se até as duas primeiras semanas de atividades, devendo incluir os protocolos do MS para atenção a pessoas com hipertensão e com diabetes. Será solicitado à gestão a aquisição do monofilamento 10g para exame dos pés. A agenda será organizada de forma a priorizar o atendimento de com diabetes buscados através de visitas domiciliares e que necessitam da realização deste exame. Nos casos em que for necessário atendimento especializado, serão realizados os encaminhamentos de acordo com os protocolos estabelecidos, utilizando os sistemas de referência.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar a comunidade em quanto a os riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre risco cardiovascular e neurológico decorrente do diabetes e importância do exame dos pés, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para realização do exame apropriado dos pés.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, será incluído o exame dos pés dos com diabetes.

**Meta 2.4) Garantir a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial a solicitação e realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar o número de pessoas com Hipertensão com exames solicitados de acordo com protocolo adotado na UBS.

- Monitorar o número de pessoas com Hipertensão com exames solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a solicitação de exames aos pessoas com hipertensão de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para realização de exames definidos no protocolo.

**Detalhamento:** Para garantir a solicitação de exames complementares nos usuários com hipertensão a medica faz a indicação em todos os usuários consultados. Para garantir agilidade para a realização de exames em reunião da equipe com o gestor, será evidenciada a importância da realização dos exames complementares de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada, solicitando que os usuários pessoas com hipertensão e com diabetes sejam priorizados para marcação e recebimento dos resultados dos exames.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Orientar as pessoas com Hipertensão e a comunidade em quanto á necessidade de realizar exames.

- Orientar as pessoas com Hipertensão e da comunidade em quanto á periodicidade com que deve realizar os exames complementares.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da realização dos exames complementares ao menos uma vez ao ano para os pessoas com hipertensão, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitário realizado pela medica e enfermeira da equipe **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, será incluído o protocolo para solicitação de exames complementares para pessoas com hipertensão.

**Meta 2.5) Garantir a 100% das pessoas com Diabetes a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar o número de pessoas com Diabetes com exames solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

- Monitorar o número de pessoas com Diabetes com exames solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados

para monitorar a solicitação de exames aos com diabetes de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares.
- Estabelecer sistema de alerta para os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Para garantir a solicitação de exames complementares nos usuários com diabetes a médica faz a indicação em todos os usuários consultados. Para garantir agilidade para a realização de exames em reunião da equipe com o gestor, será evidenciada a importância da realização dos exames complementares de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada, solicitando que os usuários pessoas com hipertensão e com diabetes sejam priorizados para marcação e recebimento dos resultados dos exames. Através da revisão das fichas espelho, a técnica de enfermagem irá sinalizar aqueles que necessitam realizar os exames e estão em atraso.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Orientar as pessoas com Diabetes e as comunidades em quanto à necessidade de realizar exames complementares.
- Orientar as pessoas com Diabetes e as comunidades em quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da realização dos exames complementares ao menos uma vez ao ano para os com diabetes, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e pela enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, será incluído o protocolo para solicitação de exames complementares para com diabetes.

**Meta 2.6) Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Hipertensão Arterial cadastrados na UBS.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes..

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para pessoas com hipertensão.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Realizar controle de estoque  
- Manter um registro de necessidades de medicamentos de pessoas com Hipertensão cadastradas na UBS.

**Detalhamento:** O controle de estoque de medicamentos, incluindo a validade, e o registro das necessidades de medicamentos para pessoas com hipertensão de acordo com a quantidade usada mensalmente serão realizados pela assistente de farmácia e servirão de base para a solicitação mensal de medicações.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com Hipertensão Arterial e as comunidades em quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância do uso dos medicamentos nas pessoas com hipertensão e possibilidade de obtenção gratuita, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizado pela médica e pela enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Realizar atualização dos profissionais no tratamento de Hipertensão
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes..

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, serão incluídas atualizações sobre tratamento de hipertensão e formas de orientar o paciente em relação à obtenção de medicações disponibilizadas gratuitamente na Farmácia Popular.

**Meta 2.7) Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100 % das pessoas com Diabetes Mellitus cadastrados na UBS.**

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos de farmácia popular /Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.. **Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos

prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular para com diabetes.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Realizar controle de estoque.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas na UBS.

**Detalhamento:** O controle de estoque de medicamentos, incluindo a validade, e o registro das necessidades de medicamentos para pessoas com hipertensão de acordo com a quantidade usada mensalmente serão realizados pela assistente de farmácia e servirão de base para a solicitação mensal de medicações.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com diabetes e as comunidades quanto ao direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância do uso dos medicamentos nas pessoas com diabetes e possibilidade de obtenção gratuita, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários ,realizados pela médica e pela enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Realizar atualização do Profissional no tratamento da Diabetes Mellitus.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular / Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, serão incluídas atualizações sobre tratamento do diabetes e formas de orientar o paciente em relação à obtenção de medicações disponibilizadas gratuitamente na Farmácia Popular.

**Meta 2.8) Realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Hipertensão Arterial.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar as pessoas com Hipertensão que necessitem atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que já realizaram avaliação da necessidade de tratamento odontológico, identificando aqueles que ainda não passaram por esta avaliação e devem ser buscados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ação:**

- Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com Hipertensão.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe para avaliação odontológica das pessoas com hipertensão será organizada para ocorrer durante os horários programados para as atividades de capacitação, nos horários das reuniões de equipe. O odontólogo será o responsável por repassar a informações baseadas nos protocolos do MS, com versão atualizada e impressa para consulta da equipe.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar os pessoas com Hipertensão e as comunidades sobre a importância da realização da avaliação da saúde bucal.



**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância de realizar avaliação de saúde bucal para pessoas, serão realizadas diariamente o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, realizados pela médica, enfermeira e odontólogo, **o contato com a comunidade será feito por líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação na Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para avaliação de necessidade de atendimento odontológico das pessoas com Hipertensão Arterial.

**Detalhamento:** As capacitações relacionadas à saúde bucal serão realizadas pelo odontólogo, no horário das reuniões semanais de equipe e orientará sobre como fazer uma avaliação de saúde bucal, identificando doenças bucais e necessidade de tratamento.

**Meta 2.9) Realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar as pessoas com Diabetes Mellitus que necessitem atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que já realizaram avaliação da necessidade de tratamento odontológico, identificando aqueles que ainda não passaram por esta avaliação e devem ser buscados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ação:**

- Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe para avaliação odontológica dos com diabetes será organizada para ocorrer durante os horários programados para as atividades de capacitação, nos horários das reuniões de equipe. O odontólogo será o responsável por repassar a informações baseadas nos protocolos do MS, com versão atualizada e impressa para consulta da equipe.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar os pessoas com Diabetes Mellitus e as comunidades sobre a importância da realização da avaliação da saúde bucal.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância de realizar avaliação de saúde bucal para com diabetes, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários sendo realizados pela médica, pela enfermeira e pelo odontólogo da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica.**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para avaliação de necessidade de atendimento odontológico das pessoas com Diabetes Mellitus

**Detalhamento:** As capacitações relacionadas à saúde bucal serão realizadas pelo odontólogo, no horário das reuniões semanais de equipe e orientará sobre como fazer uma avaliação de saúde bucal, identificando doenças bucais e necessidade de tratamento.

### **Objetivo 3) Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus**

**Meta 3.1) Buscar 100% das pessoas com Hipertensão faltosas às consultas da UBS conforme a periodicidade recomendada.**

## **Monitoramento e Avaliação**

### **Ação:**

- Monitorar o cumprimento de periodicidade das consultas previstas no protocolo.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar os usuários pessoas com hipertensão faltosos à consulta, identificando aqueles que devem ser buscados.

## **Organização e Gestão do Serviço**

### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar pessoas faltosos.  
- Organizar agendas para acolher as pessoas com Hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** De acordo com a quantidade de usuários pessoas com hipertensão faltosos, será organizada a agenda dos ACS de modo a reservar dois dias por semana para visita domiciliar para busca ativa. Os pessoas com hipertensão buscados serão agendados prioritariamente, para que possam consultar e ter o acompanhamento regularizado.

## **Engajamento Público**

### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de assistir a consultas  
- Ouvir as comunidades sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com Hipertensão Arterial.  
- Esclarecer as pessoas com Hipertensão e das comunidades sobre as periodicidades das consultas.

**Detalhamento:** Os usuários serão orientados pelo médico, pela enfermeira e pelos ACS durante as consultas, visitas e atividades em grupo sobre a importância de comparecerem às consultas médicas e de enfermagem agendadas, informando a periodicidade com que devem ser realizadas. Além disso, a comunidade será convidada a participar com propostas de estratégias que diminuam a evasão das pessoas com hipertensão em acompanhamento, **o contato com a comunidade será**

feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde .

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar as ACS para orientação de pessoas com Hipertensão sobre a realização das consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** As capacitações dos ACS serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e mostrarão como os ACS devem repassar as orientações aos pessoas com hipertensão sobre a importância do comparecimento nas consultas e sua periodicidade.

**Meta 3.2) Buscar 100% das pessoas com Diabetes Mellitus faltosas nas consultas da UBS conforme a periodicidade recomendada.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar os usuários pessoas com hipertensão faltosas à consulta, identificando aqueles que devem ser buscados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os pessoas faltosos.  
- Organizar as agendas para acolher as pessoas com Diabetes Mellitus provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** De acordo com a quantidade de usuários com diabetes faltosos, será organizada a agenda dos ACS de modo a reservar dois dias por semana para visita domiciliar para busca ativa. Os com diabetes buscados serão

agendados prioritariamente, para que possam consultar e ter o acompanhamento regularizado.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de assistir a consultas.
- Ouvir as comunidades sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas Diabetes Mellitus.
- Esclarecer as pessoas com Diabetes e das comunidades sobre as periodicidades das consultas.

**Detalhamento:** Os usuários serão orientados pelo médico, pela enfermeira e pelos ACS durante as consultas, visitas e atividades em grupo sobre a importância de comparecerem às consultas médicas e de enfermagem agendadas, informando a periodicidade com que devem ser realizadas. Além disso, a comunidade será convidada a participar com propostas de estratégias que diminuam a evasão dos com diabetes em acompanhamento, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar as ACS para orientação de pessoas com Diabetes em quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** As capacitações dos ACS serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e mostrarão como os ACS devem repassar as orientações aos com diabetes sobre a importância do comparecimento nas consultas e sua periodicidade.

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

**Meta 4.1) Manter ficha de acompanhamento de 100 % das pessoas com Hipertensão Arterial.**

### **Monitoramento e Avaliação**

**Ação:**

- Monitorar a qualidade de registros das pessoas com Hipertensão acompanhadas na UBS.

**Detalhamento:** A médica e a equipe de enfermagem serão encarregados de revisar semanalmente os prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar seu correto preenchimento, permitindo o monitoramento e avaliação das ações voltadas para pessoas com hipertensão.

**Organização e Gestão do Serviço****Ações:**

- Manter informações do SIAB/ e-SUS atualizadas
- Implantar ficha de acompanhamento
- Praticar com a equipe o registro de informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros
- Organizar um sistema de registro que atualize situações de alerta quanto ao atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** A equipe de enfermagem será responsável por alimentar os dados do SIAB e e-SUS de acordo com as ações realizadas. A equipe adotará uma ficha espelho específica para pessoas com hipertensão e com diabetes, de forma a garantir que todos os registros sejam feitos corretamente. Para isso, toda a equipe deverá conhecer e utilizar o novo registro, acordando, inclusive, formas de sinalizar situações de alerta de acordo com a condição de cada usuário nas fichas e prontuários.

**Engajamento Público****Ação:**

- Orientar as pessoas com Hipertensão e a comunidades sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a existência dos registros e direito de acessá-los se necessário, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem,

assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica, enfermeira, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e orientarão sobre como preencher os instrumentos para registro utilizados no acompanhamento das pessoas com hipertensão.

### **Meta 4.2) Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.**

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a qualidade de registros das pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

**Detalhamento:** A médica e a equipe de enfermagem serão encarregadas de revisar semanalmente os prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para verificar seu correto preenchimento, permitindo o monitoramento e avaliação das ações voltadas para com diabetes.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Manter informações do SIAB/ e-SUS atualizadas.

- Implantar ficha de acompanhamento.
- Praticar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que atualize situações de alerta quanto ao atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** A equipe de enfermagem será responsável por alimentar os dados do SIAB e e-SUS de acordo com as ações realizadas. A equipe adotará uma ficha espelho específica para pessoas com hipertensão e com diabetes, de forma a garantir que todos os registros sejam feitos corretamente. Para isso, toda a equipe deverá conhecer e utilizar o novo registro, acordando, inclusive, formas de sinalizar situações de alerta de acordo com a condição de cada usuário nas fichas e prontuários.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidades sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a existência dos registros e direito de acessá-los se necessária, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizado pela médica, enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde .**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**



- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com diabetes.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe, e orientarão sobre como preencher os instrumentos para registro utilizados no acompanhamento dos com diabetes.

### **Objetivo 5) Mapear o risco para doenças cardiovasculares das pessoas com Hipertensão e Diabetes**

**Meta 5.1) Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100 % das pessoas com Hipertensão.**

#### **Monitoramento e avaliação.**

##### **Ação:**

- Monitorar a número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos com uma verificação de estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que estão com a realização da estratificação de risco em dia, devendo esta ser feito pelo menos anualmente. Assim, será possível identificar os usuários que devem ser buscados para realizar esta ação.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

##### **Ações:**

- Priorizar o atendimento de pessoas com hipertensão avaliadas como alto risco.

- Organizar agenda para atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Os pessoas com hipertensão identificados como sendo de alto risco terão prioridade na marcação de consultas, sendo o técnico de enfermagem responsável pelo agendamento.

## **Engajamento Público**

### **Ações:**

- Orientar o usuário quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância de avaliar o risco cardiovascular, controlar fatores de risco modificáveis e manter seu acompanhamento, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizado pela médica e enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde .**

## **Qualificação da Prática Clínica**

### **Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvos.
- Capacitar a equipe para importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe em quantas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, serão incluídas as formas de realizar estratificação de risco, importância do registro desta avaliação e como orientar os pessoas a controlar alguns fatores de risco.

**Meta 5.2) Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.**

## **Monitoramento e Avaliação**

### **Ação:**

- Monitorar a número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que estão com a realização da estratificação de risco em dia, devendo esta ser feito pelo menos anualmente. Assim, será possível identificar os usuários que devem ser buscados para realizar esta ação.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ações:**

- Priorizar o atendimento de pessoas com diabetes avaliadas como alto risco.

- Organizar agenda para atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Os com diabetes identificados como sendo de alto risco terão prioridade na marcação de consultas, sendo o técnico de enfermagem responsável pelo agendamento.

### **Engajamento Público**

#### **Ações:**

- Orientar o usuário quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular

- Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância de avaliar o risco cardiovascular, controlar fatores de risco modificáveis e manter seu acompanhamento, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizado pela médica e enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham em especial avaliação dos pés, ou de lesões de órgãos alvos.
- Capacitar a equipe para importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe em quantas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, serão incluídas as formas de realizar estratificação de risco, importância do registro desta avaliação e como orientar os pessoas a controlar alguns fatores de risco.

## **Objetivo 6) Promover a saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes**

### **Meta 6.1) Garantir orientação nutricional aos 100 % das pessoas com hipertensão**

#### **Monitoramento e Avaliação**

##### **Ação:**

- Monitorar a realização da orientação nutricional as pessoas com hipertensão

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

##### **Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista nesta atividade.

**Detalhamento:** Além das orientações durante as consultas, as orientações sobre alimentação saudável serão inseridas nas atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas pela equipe, sendo solicitada para tal tarefa a participação da nutricionista nos momentos de atividades coletivas.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da alimentação saudável, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades de promoção de saúde sobre alimentação saudável com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizada pela médica, enfermeira e da nutricionista, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde .**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações nutricionais que a equipe deve repassar aos pessoas com hipertensão, com participação da nutricionista, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.2) Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização da orientação nutricional as pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que receberam orientação nutricional.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista nesta atividade.

**Detalhamento:** Além das orientações durante as consultas, as orientações sobre alimentação saudável serão inseridas nas atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas pela equipe, sendo solicitada para tal tarefa a participação da nutricionista nos momentos de atividades coletivas.

**Engajamento Público****Ação:**

- Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da alimentação saudável, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades de promoção de saúde sobre alimentação saudável com os grupos com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica, enfermeira e nutricionista **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde**

**Qualificação da Prática Clínica****Ações:**

- Capacitar a equipe de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações nutricionais que a equipe deve repassar aos com diabetes, com participação da nutricionista, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.3) Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.**

## **Monitoramento e Avaliação**

### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular nas pessoas com hipertensão.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática de exercícios físicos, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

## **Organização e Gestão do Serviço**

### **Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação da atividade física.  
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver ao educador físico nesta atividade.

**Detalhamento:** Além das orientações durante as consultas, as orientações sobre atividade física serão inseridas nas atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas pela equipe, sendo solicitada para tal tarefa a participação do educador físico nos momentos de atividades coletivas.

## **Engajamento Público.**

### **Ação:**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento da hipertensão.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da atividade física, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades de promoção de saúde sobre a prática regular de atividade física com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e enfermeira da equipe **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários.**

## **Qualificação da Prática Clínica**

**Ações:**

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

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre atividade física que a equipe deve repassar aos pessoas com hipertensão, com participação do educador físico, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.4) Garantir orientação em relação a pratica regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.**

**Monitoramento e Avaliação****Ação:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular nas pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão a revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que receberam orientação sobre prática de exercícios físicos, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

**Organização e Gestão do Serviço****Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação da atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver ao educador físico nesta atividade.

**Detalhamento:** Além das orientações durante as consultas, as orientações sobre atividade física serão inseridas nas atividades em grupo e visitas domiciliares realizadas pela equipe, sendo solicitada para tal tarefa a participação do educador físico nos momentos de atividades coletivas.

**Engajamento Público****Ação:**



- Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular inclusive para o tratamento da diabetes.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a importância da atividade física, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades assim como nas atividades de promoção de saúde sobre a prática regular de atividade física com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e enfermeira e nutricionista **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde**

,

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

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

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre atividade física que a equipe deve repassar aos pessoas com hipertensão, com participação do educador físico, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.5) Garantir a orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação sobre risco do tabagismo em pessoas com hipertensão.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre riscos do tabagismo, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

### **Organização e gestão dos serviços.**

#### **Ação:**

- Demandar ao gestor a adesão ao programa nacional de controle do tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:** Para diminuir o número de pessoas com hipertensão tabagistas, em reunião com a gestão, será solicitada a adesão ao programa que visa controlar o tabagismo, para que as ações inerentes ao programa possam ser adotadas na unidade.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como as atividades de promoção de saúde sobre o risco do tabaquismo com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e enfermeira, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários .**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre riscos e tratamento do tabagismo que a equipe deve repassar aos pessoas com hipertensão, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.6) Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação sobre risco do tabagismo em pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que receberam orientação sobre riscos do tabagismo, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ação:**

- Demandar ao gestor a adesão ao programa nacional de controle do tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:** Para diminuir o número de com diabetes tabagistas, em reunião com a gestão, será solicitada a adesão ao programa que visa controlar o tabagismo, para que as ações inerentes ao programa possam ser adotadas na unidade.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar as pessoas com diabetes e tabagistas sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades assim como nas atividades de promoção de saúde sobre o risco do tabaquismo com os grupos com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e enfermeira da equipe , **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologia de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre riscos e tratamento do tabagismo que a equipe deve repassar aos com diabetes, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

### **Meta 6.7) Orientar sobre higiene bucal 100% das pessoas com hipertensão**

#### **Monitoramento e Avaliação**

##### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal nas pessoas com hipertensão.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

##### **Ação:**

- Organizar tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** as orientações sobre a higiene bucal serão abordadas durante as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, devendo ser reservado cerca de cinco minutos para essas orientações.

#### **Engajamento Público**

##### **Ação:**

- Orientar a pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre higiene bucal e sua importância, serão realizadas diariamente durante o

acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de pessoas com hipertensão quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizado pela médica e pela enfermeira da equipe, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde .**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientação sobre a higiene bucal.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre higiene bucal que a equipe deve repassar aos pessoas com hipertensão, com a participação do odontólogo, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

**Meta 6.8) Orientar sobre higiene bucal 100% das pessoas com diabetes mellitus.**

### **Monitoramento e Avaliação**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal nas pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Semanalmente, a médica e a equipe de enfermagem farão revisão dos registros dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados para monitorar a quantidade de com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal, identificando aqueles que ainda não foram orientados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

#### **Ação:**

- Organizar tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** as orientações sobre a higiene bucal serão abordadas durante as consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, devendo ser reservado cerca de cinco minutos para essas orientações.

### **Engajamento Público**

#### **Ação:**

- Orientar a pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** As ações de educação em saúde, incluindo a orientação sobre higiene bucal e sua importância, serão realizadas diariamente durante o acolhimento, consultas médica e de enfermagem, assim como nas atividades com os grupos de com diabetes quinzenalmente ou em outros espaços comunitários, sendo realizados pela médica e enfermeira, **o contato com a comunidade será feito com ajuda da associação de morador e líderes comunitários para nos auxiliar nas atividades de educação de saúde.**

### **Qualificação da Prática Clínica**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientação sobre a higiene bucal.

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas pela médica da equipe, no horário das reuniões semanais de equipe e, dentre outros temas, estão as orientações sobre higiene bucal que a equipe deve repassar aos com diabetes, com a participação do odontólogo, incluindo também as metodologias para realizar atividades educativas individuais e em grupo.

## 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1)** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou pessoas com diabetes.

**Meta1.1)** Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1** - Cobertura do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta1.2)** Cadastrar 50% das pessoas com Diabetes Mellitus no programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2** - Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

**Indicador 2.1** - Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 2.2** - Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 2.3** - Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 2.4** - Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 2.5** - Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.6)** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6** - Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.



**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.7)** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7** - Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.8)** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.8** - Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 2.9** - Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 3.1** - Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 3.2** - Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 4.1)** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

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

**Numerador:** Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 4.2)** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

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

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 5.1)** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 5.1** - Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

**Meta 5.2)** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2** - Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 6.1** - Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Indicador 6.2** - Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.3)** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.4)** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.5)** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.6)** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes, vamos a utilizar o Protocolo do “Caderno de Atenção Básica 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus” e

“Caderno de Atenção Básica 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica”, do Ministério da Saúde, de 2013. Para registro das ações, utilizaremos a ficha espelho específica para usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família.

Estimamos alcançar com a intervenção o cadastramento de 60 % dos usuários com Hipertensão e 50% dos usuários com Diabetes. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar cerca de 550 fichas espelho para o registro e acompanhamento mensal da intervenção. Os dados provenientes dos registros nas fichas espelho e prontuários serão repassados para uma planilha eletrônica de coleta de dados, também fornecida pelo curso de especialização, para que os indicadores da intervenção possam ser calculados e avaliados.

Para organizar os registros específicos do programa, à medida que os usuários pessoas com hipertensão e com diabetes venham para atendimento clínico na unidade, sua ficha espelho será preenchida pela enfermeira com base nos registros já existentes em seus prontuários. O monitoramento da intervenção será feito semanalmente pela enfermeira, que revisará os prontuários e fichas espelho dos usuários inseridos no Programa, verificando seu correto preenchimento e identificando aqueles que estejam com alguma ação em atraso. Será feita uma sinalização nas fichas dos usuários que precisem ser buscados e entregue aos ACS uma lista com o nome desses usuários para que realizem a busca ativa através das visitas domiciliares.

As atividades de capacitação dos ACS para o cadastramento e atualização dos usuários com hipertensão e diabetes e de toda a equipe de saúde para realização das ações previstas de acordo com o protocolo ocorrerão semanalmente, com duração de 2 horas, nos horários de reunião da equipe e serão de responsabilidade da médica da equipe, com participação do odontólogo para tratar dos assuntos de saúde bucal. As capacitações já iniciarão na semana que precede a intervenção para que o Programa seja apresentado à equipe, que deverá conhecer o protocolo a ser adotado, sendo necessário para isso um computador e projetor de Datashow, que serão solicitados na Secretaria de Saúde.

Será realizada uma reunião com a gestão municipal de saúde previamente ao início da intervenção para que o Programa possa ser apresentado e para que sejam solicitados todos os materiais e equipamentos necessários para o trabalho, como

impressão das fichas espelho e protocolo, monofilamento 10g, glicosímetro, manguitos, esfigmomanômetros e balanças calibrados e em condições adequadas para uso.

O acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes que procurem a unidade será realizado pela técnica de enfermagem, que avaliará a situação de risco de cada um e encaminhará para o atendimento adequado. Os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento dessas intercorrências. Os pessoas com hipertensão e com diabetes que procurem a unidade para realização de consultas de acompanhamento ou por algum problema que não demande atendimento imediato terão prioridade no agendamento da consulta, que deverá ser marcada em até 3 dias, principalmente para aqueles que sejam de alto risco. Os usuários que realizarem consulta na unidade, já sairão com a próxima consulta agendada para acompanhamento de acordo com o protocolo.

Durante os atendimentos, a equipe de enfermagem será responsável por realizar verificação da pressão arterial, pesagem, medidas e realização do hemoglicoteste previamente à consulta médica. O médico será responsável por realizar os exames clínicos e avaliar os exames complementares, tomando as condutas adequadas de acordo com cada caso, sendo responsável também pela realização de encaminhamentos para atenção especializada quando necessário. A avaliação da saúde bucal para identificar necessidade de encaminhamento para tratamento odontológico também será realizada na consulta médica.

Para acolher aqueles usuários provenientes das buscas ativas pelos ACS, também será dada prioridade no agendamento de suas consultas, que devem ser marcadas preferencialmente ainda na mesma semana.

Para informar a comunidade sobre a existência do programa de hipertensão e diabetes e sobre a importância do acompanhamento regular, será feito contato com a associação de moradores, com os líderes das comunidades e nas igrejas da área de abrangência, para que todos os meses possam ser realizadas atividades de educação em saúde. Serão abordados temas relacionados à hipertensão e diabetes, como causas, fatores de risco, periodicidade recomendada para consultas e exames, além das orientações relacionadas à alimentação saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo e saúde bucal. Estas atividades serão realizadas com a participação da médica, enfermeira e odontólogo, sendo que será solicitada a presença de nutricionista e educador físico para tratar dos assuntos específicos

dessas áreas. As atividades de educação em saúde também ocorrerão em nível individual durante as consultas na unidade e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS



## 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião com gestão de saúde para apresentar programa e garantir materiais e equipamentos necessários	X											
Contato com as lideranças comunitárias para informar sobre a existência do programa e organizar as atividades coletivas	X	X				X				X		
Capacitação da equipe sobre o protocolo e definição da atribuição de cada profissional no Programa				X				X				X
Atendimento e cadastramento das pessoas com pessoas com hipertensão e com diabetes da área de abrangência		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico e odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização da agenda médica e odontológica para acolhimento e atendimento prioritário das pessoas com alto risco		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares para busca de faltosos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades coletivas de educação em saúde para grupos de pessoas com hipertensão e com diabetes nas instituições sociais da comunidade		X				X				X		
Monitoramento e Avaliação da intervenção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e a comunidade, aconteceram, respectivamente, nas seguintes datas: 7,8,9 de março do 2016

### **3 Relatório da Intervenção**

Durante 12 semanas, entre os dias 13 de novembro do 2015 ao dia 4 de fevereiro do 2016, realizamos uma intervenção no programa de atendimento aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) na UBS número Um no município São Paulo das Missões do Rio Grande do Sul (RS). A população de nossa área tem 3.234 pessoas, e nessas 12 semanas conseguimos atender 291 usuários com hipertensão e 77 com diabetes mellitus. Não foi possível cumprir nossa meta nos atendimentos dos usuários com hipertensão e diabetes , todos receberam atendimento com qualidade e orientações de saúde, explicamos para eles a importância de modificar estilos de vida para evitar complicações cardiovasculares e neurológicas. Grandes avanços, que passo a relatar:

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

Embora ainda não tenha sido possível atender todas as pessoas com HAS e DM que temos em nossa área, conseguimos atender com qualidade todas as pessoas que passaram pelo programa. As pessoas, em consulta, receberam exame clínico, inclusive com avaliação dos pés, conforme previsto pelos protocolos de atenção do Ministério da Saúde (MS).

No caso dos exames laboratoriais, eles foram solicitados para todos, conforme protocolo, porém os resultados demoram muito para estar prontos, situação que demanda intervenção da secretaria de saúde. Conversei com a gestão sobre esses problemas e solicitei que a situação fosse estudar, mas não houve, ainda, um solução.

Nem todos os usuários com HAS e DM têm necessidade de tomar medicamentos, geralmente os mais jovens que tem controle da hipertensão só com regime de alimentação saudável, os que têm medicação nem todos o recebem na farmácia, porque tinham prescrições feitas por médicos particulares.

Nas primeiras semanas aconteceram dificuldades na compreensão de como ou quem deveria fazer as avaliações de saúde bucal. Porém todos os usuários receberam este atendimento. Logramos que o odontólogo da equipe consultou todos.

Uma das maiores dificuldades que tivemos foi em relação aos usuários faltosos. Tivemos em cada mês, muitas faltas, uma deficiência que conseguimos resolver com o trabalho das agentes de saúde. Eles realizaram busca ativa de todos os faltosos em cada mês, mais sempre há pessoas que não podem assistir nas consultas por seu trabalho, outros moram longo do posto e resulta mais difícil seu atendimento, mais esse é exatamente nosso objetivo a prevenção das doenças e promoção da saúde é por esse tipo de usuários é que o trabalho tem sentido para modificar em elos modos e estilos de Os registros nas fichas de acompanhamento foram feitos para todos os usuários. A estratificação de risco cardiovascular por exame clinica foi realizada em todos os usuários consultados, mais só os faltosos que não tinham o exame clinico em dia não tinham estratificação de risco cardiovascular

Todos os usuários consultados receberam orientação nutricional, sobre práticas de atividades físicas, riscos de tabaquismo e higiene bucal. Fizemos três atividades de promoção de saúde com os usuários de hipertensão e diabetes uma sobre a importância do cuidado da doença para evitar complicações, outra sobre a da pratica de atividade físico com a professora de educação física, outra sobre alimentação saudável.



Figura 2: Atividade de promoção de saúde

No início da intervenção os usuários foram consultados junto com as demandas espontâneas, é por isso que o número de consultados foi muito baixo, mas depois definimos, além da demanda espontânea, **um dia na semana só para consultar com agenda, consultamos 12 usuários em cada secção, as Agentes Comunitárias de Saúde faziam as visitas e agendavam as consultas dos usuários, uma vez na UBS o cadastramento é feito pela enfermeira do programa.** A enfermeira do programa ficava junto comigo nas consultas para o preenchimento da planilha coleta de dados e me ajudar com a verificação de peso, altura toma da PA, depois ela começa a fazer a consulta sozinha o que permitiu que nas últimas semanas o número de usuários aumentasse.

A equipe de saúde recebeu orientações todas as semanas nas reuniões de equipe sobre medição da pressão arterial e sobre a importância do cadastramento e seguimento dos usuários da população alvo. Em todas as atividades tivemos a participação da equipe e das ACS e o apoio da secretaria de saúde do município.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas.

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

A sistematização das atividades foi realizada a partir das anotações no portuário, na ficha-espelho, na PCD e no diário de intervenção. A complexidade da PCD e a dificuldade de interpretar algumas perguntas da PCD foi grande e mesmo com o apoio dos orientadores seguiu com problema até a fase final. Não se tratou exatamente de erros, mas de interpretação que alterava os resultados, como por exemplo, o fato de considerar ou não a pessoas faltosa a consulta a partir do agendamento do ACS, mesmo antes de tê-la cadastrado na PCD, mas ao termino da intervenção essas e outras dificuldades ficaram claras para dar seguimento ao uso da PCD por toda equipe.

O diário de intervenção foi uma coisa nova em meu fazer acadêmico. Toda semana fazia relatos sobre o andamento das ações, minhas angustias pessoas. Isso foi importante por que aprendi muito sobre o atendimento e seguimento dos usuários, permitiu me estar, mas perto de eles e trabalhar em conjunto com o equipe de saúde.

O uso das fotografias foi muito importante para registrar as ações, ajudar a lembrar como aconteceram e quem participou. A partir das fotos pode-se resinificar as ações, compreender erros e acertos em reação ao fazer. Não houve dificuldade de aceitação deste dispositivo, por parte da população.

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

A intervenção fica como rotina da UBS e as consultas, para usuários com hipertensão e diabetes, continuam normalmente. As ACS continuam lembrando as pessoas todas as semanas, continuamos com todo o programado até agora. Nos próximos meses gostaria de fazer intervenção com as mulheres gravidas e as puérperas, que ainda não está organizada na UBS.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Durante 12 semanas realizamos a coleta de dados da intervenção no Programa de acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Para a intervenção o denominador usado para o indicador de cobertura são as estimativas do CAP 723 usuários com hipertensão e 206 usuários com diabetes. Neste tempo logramos realizar consulta e cadastro de 291 (67,1%) usuários com Hipertensão e 77 (74,8%) com Diabetes. Não conseguimos chegar em 100%, mas em apenas 12 semanas é difícil, no entanto continuamos fazendo o programa exatamente igual fazíamos no tempo de coleta para o Trabalho de Conclusão de Curso e chegaremos logo em 100%.

Importante dizer que antes de começar a intervenção, nossa cobertura era de 131(18%) pessoas com HAS e 89 (43%) pessoas com DM. Além disso, não eram usados corretamente os protocolos.

**Objetivo 1)** Ampliar a cobertura de pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus.

**Meta 1.1) e 1.2)** Cadastrar 60% de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e 50% com Diabetes Mellitus no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS.

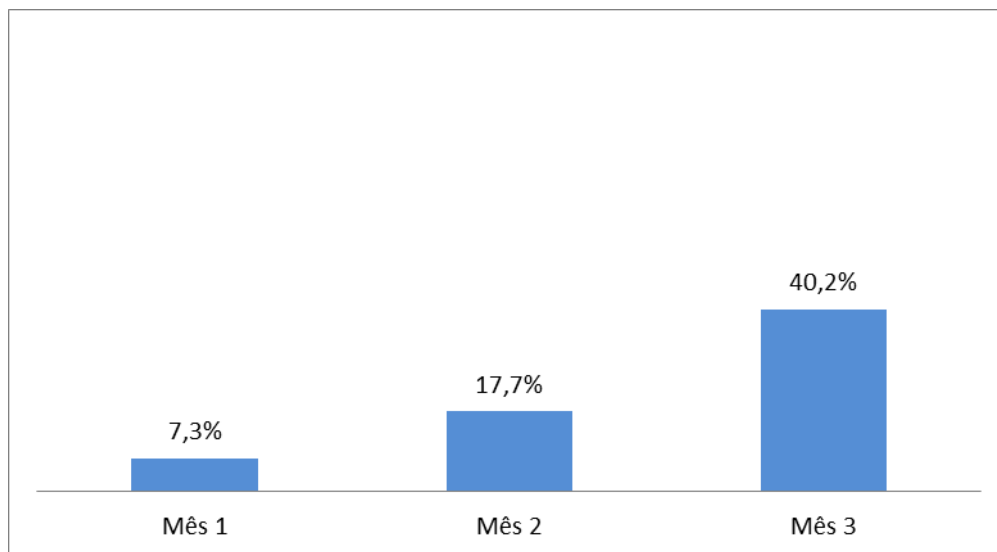


Figura 3: Gráfico com a cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde

No primeiro mês foram atendidos 53 (7,3%) usuários com HAS. No segundo mês foram 128 (17,7%) usuários com HAS. No terceiro mês cadastramos 291 (40,2%) usuários com HAS

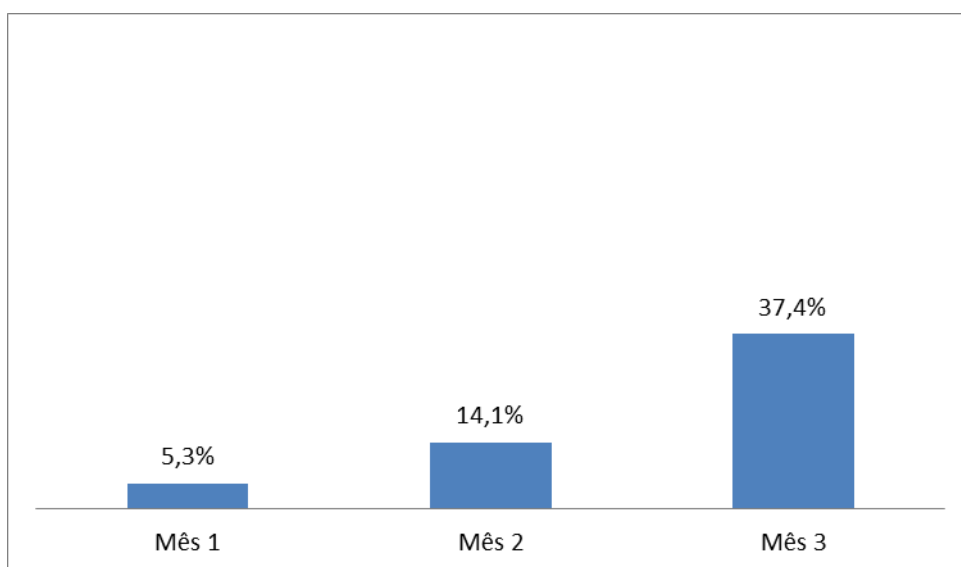


Figura 4: Gráfico com a cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde

No primeiro mês foram atendidos 11 (5,3%) com DM. No segundo mês foram 29 (14,1%) com DM. No terceiro mês cadastramos 77 (37,4%) DM.

Além dessas pessoas, atendemos mais 40 pessoas de fora, na verdade de outra UBS, cujo médico estava de férias. A outra equipe não fez a intervenção. A

meta estipulada pela equipe, com o fim das 12 semanas de coleta de dados, é atender os 100% da população com HAS e/ou DM em 3 meses.

**Objetivo 2)** Melhorar a qualidade de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Meta 2.1) 2.2) 2.3)** Realizar exame clínico e exame dos pés apropriado em 100% das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

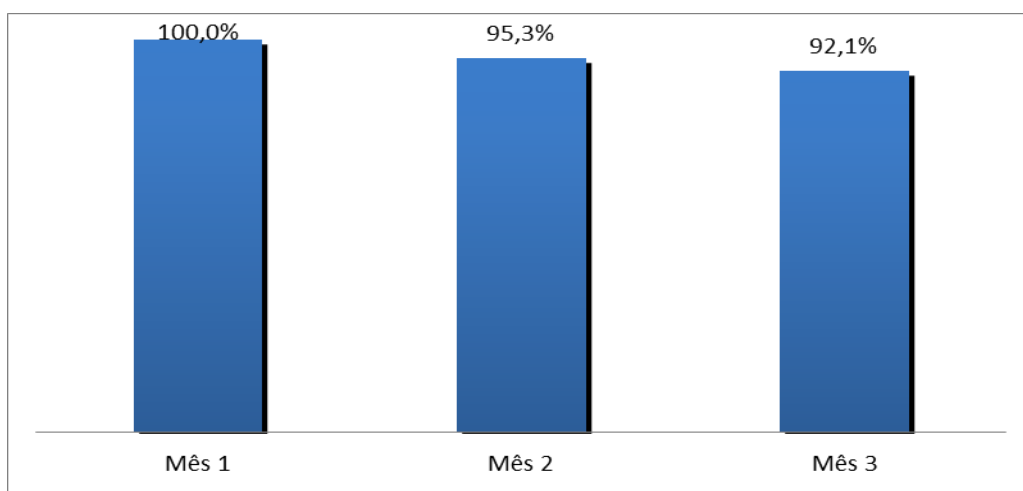


Figura 5: Gráfico com a proporção de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês foram realizados exames clínicos apropriados para 53 (100%) usuários com HAS. No segundo Mês foram 122 (95,3%) de usuários HAS. No terceiro mês foram 268 (92,1%) usuários com HAS.

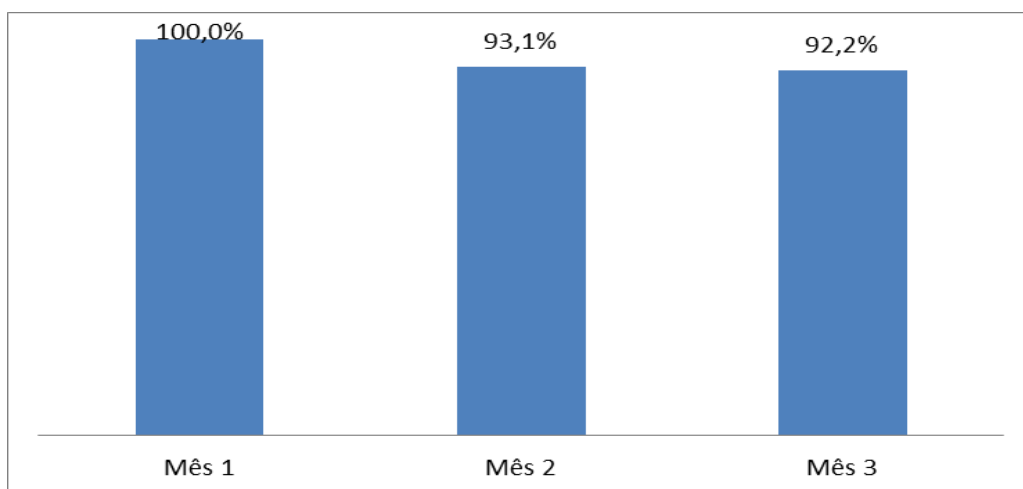


Figura 6: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo



No primeiro mês foram realizados exames clínicos apropriados para 11 (100 %) usuários com DM, incluindo os exames dos Pés. No segundo Mês foram 27 (93,1%) usuários com DM. No terceiro mês foram 71 (92,2%) usuários com DM, incluindo o exame dos pés para todas as pessoas com diabetes.

No segundo e terceiro mês não logramos alcançar 100% dos indicadores já que tivemos usuários faltosos nas consultas além de fazer a busque da ativa com as ACS. Muitos usuários ficaram surpreendidos com o exame dos pés, já que anteriormente nunca os médicos fizeram este exame, observamos usuários com transtorno na sensibilidade e tivemos um usuário com DM com ulcera infeccionada no membro inferior direito colocamos tratamento e oferecemos orientações sobre o cuidado dos pés nos com diabetes e as complicações que pode ter se não são tratados corretamente.

**Meta 2.4) e 2.5) Garantir** a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial e com Diabetes Mellitus solicitação e realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

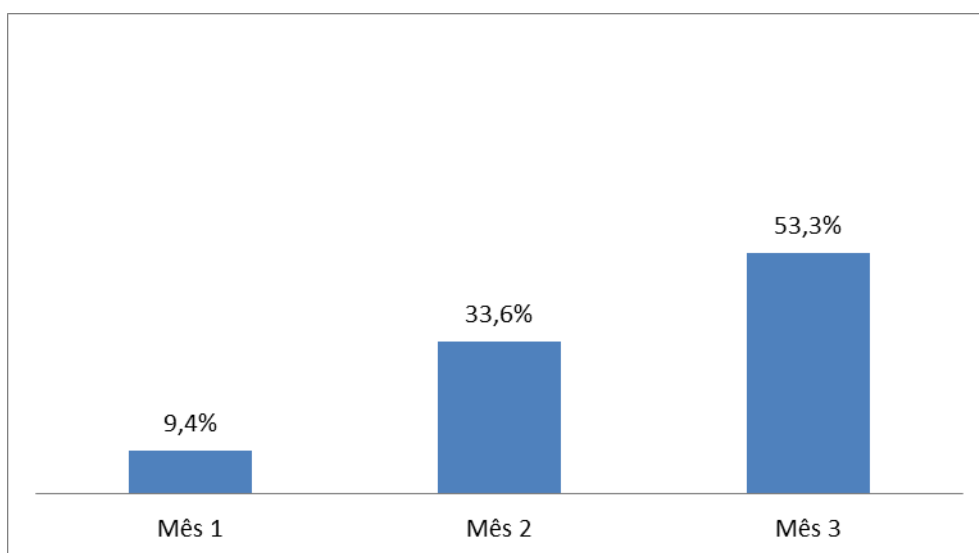


Figura 7: Gráfico com a proporção de pessoas com HA com exame complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês foram realizados exames complementares apropriados para 5 (9,4%) usuários com HAS. No segundo mês foram 43 (33,6 %) usuários com HAS. No terceiro mês 155 (53,3%) usuários com HAS.

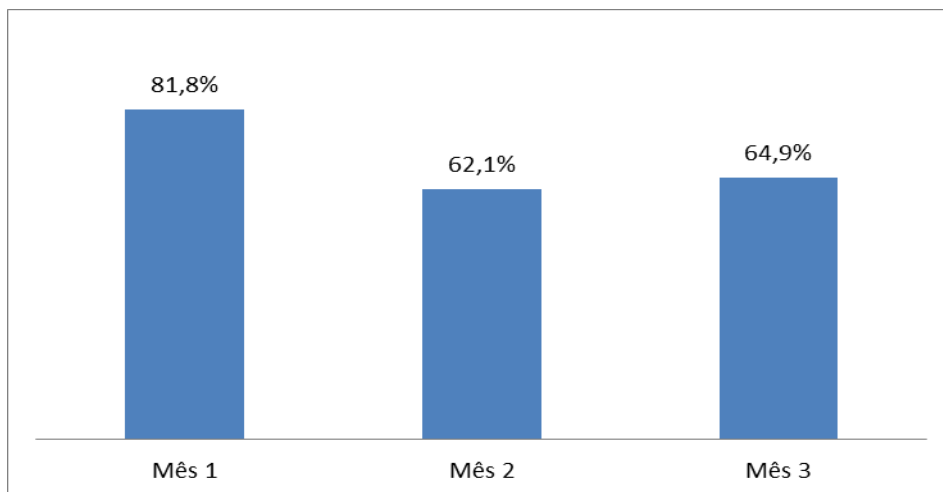


Figura 8: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com exame complementar em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês foram realizados exame complementares 9 (81,8%) usuários com DM. No segundo mês foram 18 (62,1%) usuários com DM. No terceiro mês 50 (64,9%) usuários com DM.

Não conseguimos que todos os usuários tiveram os exames complementares no dia já que tinha grande demanda o que ocasionou muita demora na realização dos mesmos e no retorno dos resultados, a secretaria de saúde do município tomo uma nova estratégia para dar prioridade nos usuários com estas doenças. **A pesar da estratégia e da ajuda oferecida pela secretaria de saúde sempre tivemos dificuldades e no alcançamos 100% dos exames em dia .**

**Meta 2.6) e 2.7)** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus cadastrados na UBS.

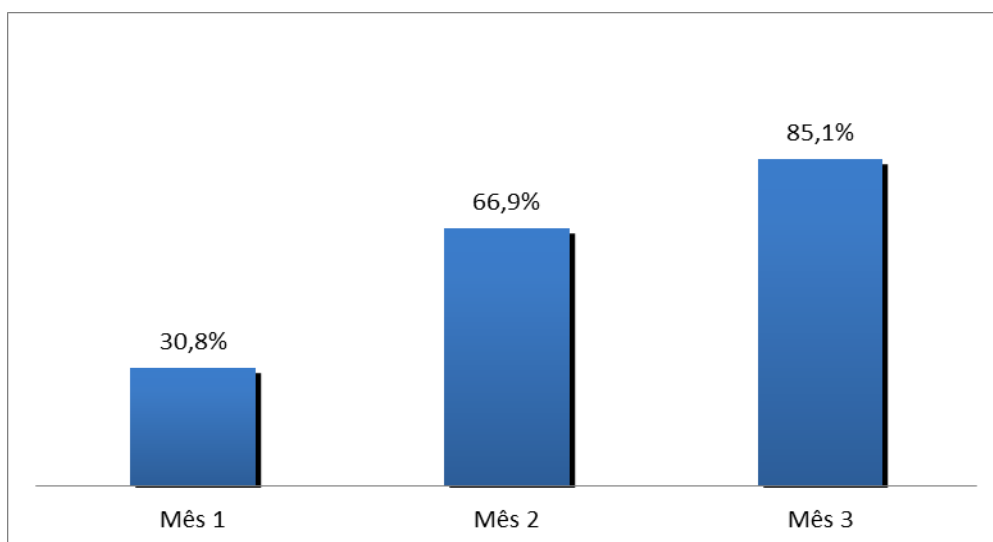


Figura 9: Gráfico com a proporção de pessoas com HA com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês tomam remédios da farmácia popular 16 (30,8%) usuários com HAS. No segundo mês 81 (66,9%) usuários com HAS. No terceiro mês 234 (85,1%) usuários com HAS.

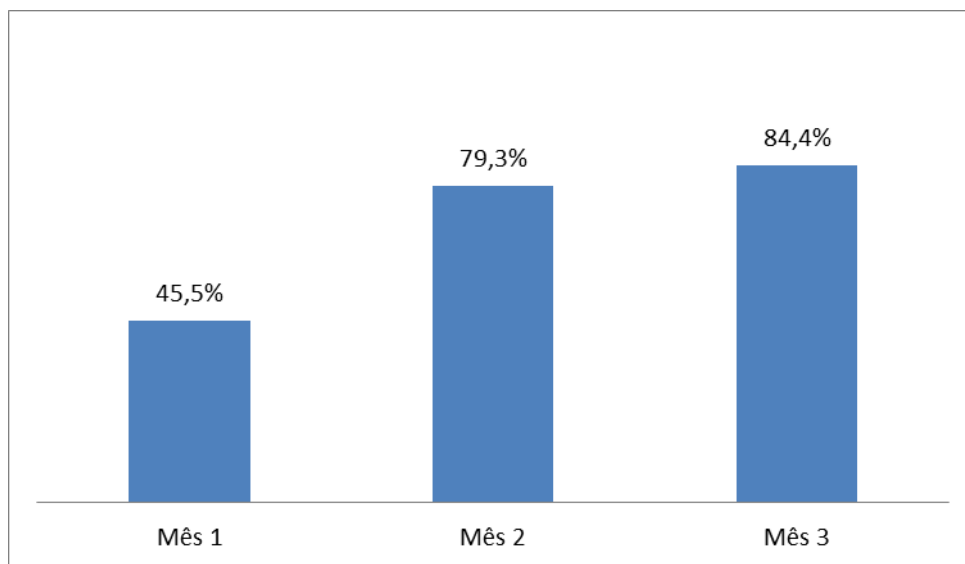


Figura 10: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

No primeiro mês tomam remédios da farmácia popular 5 (45,5%) usuários com DM. No segundo mês 23 (79,3 %) usuários com DM. No terceiro mês 65 (84,4 %) usuários com DM.

No caso dos usuários com hipertensão não todos tomam remédios sobre todos os mais jovens que controlam a pressão com regime de alimentação saudável, os usuários com diabetes todos tomam remédios mais não todos são da farmácia Popular/Programa de Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. já que muitos consultam com médicos particulares. Neste indicador não alcançamos 100%, já que muitos usuários não queriam fazer a mudanças e outros ainda não tem tratamento medicamentosos.

**Meta 2.8)** Realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

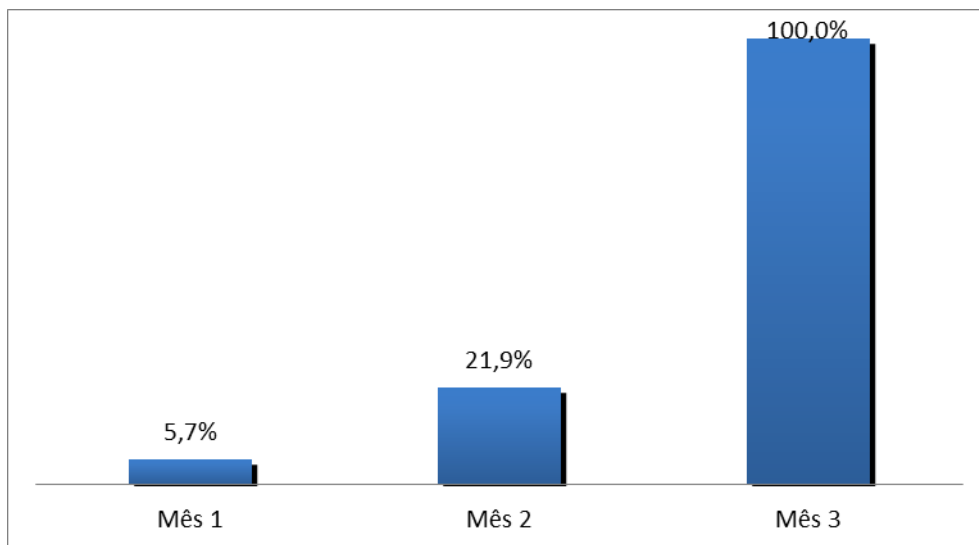


Figura 11: Gráfico com a proporção de pessoas com HA com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

No primer mês receberam atendimento odontológico 3 (5,7%) usuários com HAS. No segundo mês 28(21,9%) usuários com HAS. No terceiro mês 291 (100%) usuários com HAS

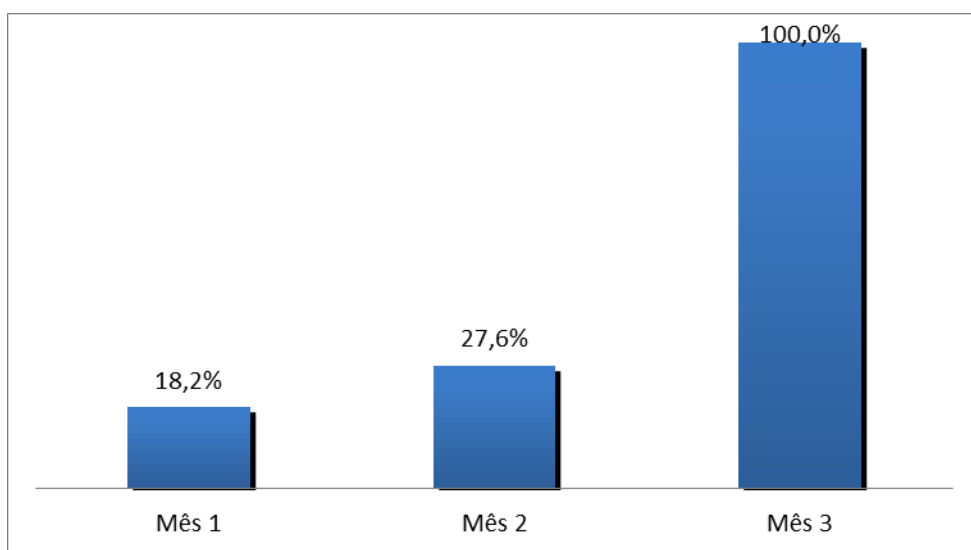


Figura 12: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

No primer mês receberam atendimento odontológico 2 (18,2%) usuários com DM. No segundo mês 8 (27,6%) usuários com DM. No terceiro mês 77 (100%) usuários com DM.

Nste indicador não cumprimos com 100% já que nos primeiros meses o número de usuários com atendimento odontológico foi muito baixo porque estava

sendo feito pelo odontólogo, mas não deu conta, por isso eu passei a fazê-la em todos os usuários consultados.

**Objetivo 3)** Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus

**Meta 3.1) e 3. 2)** Buscar 100% das pessoas com Hipertensão e Diabetes faltosas às consultas da UBS conforme a periodicidade recomendada.

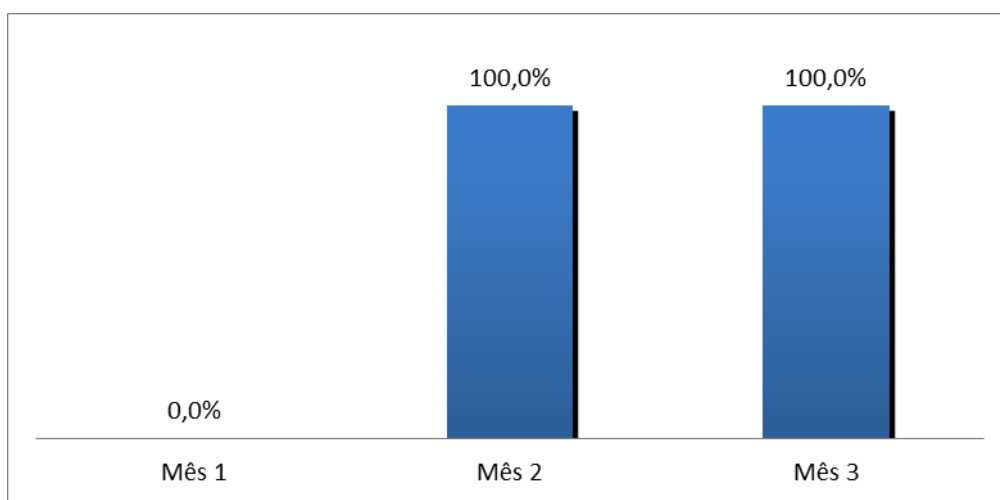


Figura 13: Gráfico com a proporção de pessoas com HA faltosas as consultas com busca ativa.

No prime mês não tivemos usuários faltosos com HAS e com DM. No segundo mês tivemos 6 (100%) usuários com HAS. No terceiro mês 23(100%) usuários com HAS.

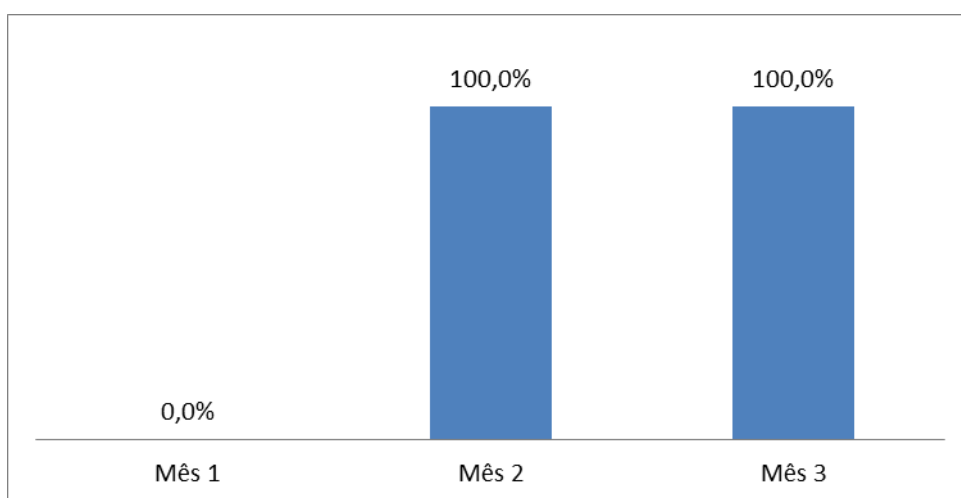


Figura 14: Gráfico com a proporção de pessoas com DM faltosas as consultas com busca ativa.

No primer mês no tivemos usuários com Diabetes Mellitus faltosos. No segundo mês tivemos 2(100%) usuários com DM. No terceiro mês 6(100%) usuários com DM .

Neste indicador não logramos cumpri-lo a meta porque o número de usuários faltosos que não assistiram na consulta a pesar de ser citados. Em todos os usuários faltosos foi realizada busca ativa pelas Agentes Comunitárias de saúde, nos próximos meses os faltosos receberam a visita domiciliar de todo o equipe de saúde para motivar eles na assistência das consultas.

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

**Meta 4.1) e 4.2)** Manter ficha de acompanhamento de 100 % das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

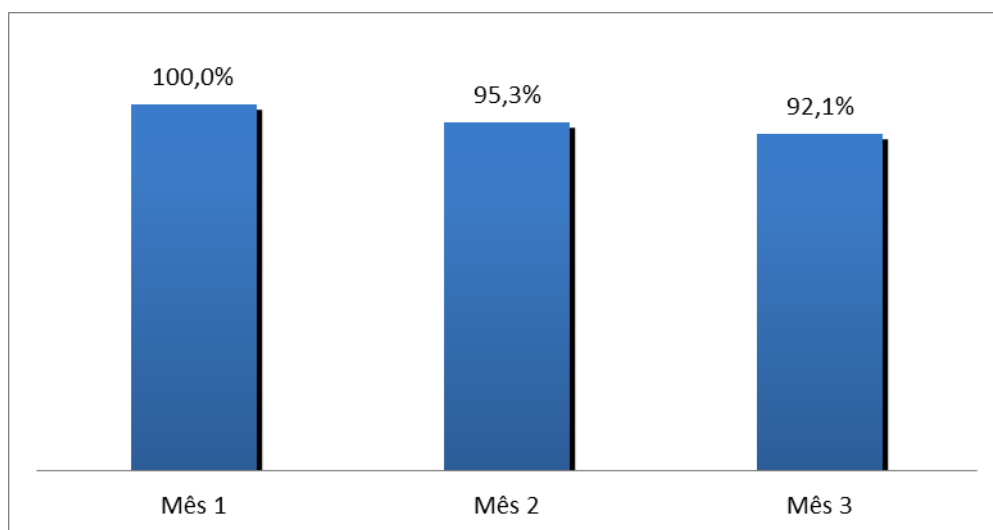


Figura 15: Gráfico com a proporção de pessoas com HA com registro adequado na ficha de acompanhamento

No primer mês tinham registro adequado 53 (100%) usuários com HAS. No segundo mês 122 (95,3%) usuários com HAS .No terceiro mês 268(92,1%) usuários com HAS

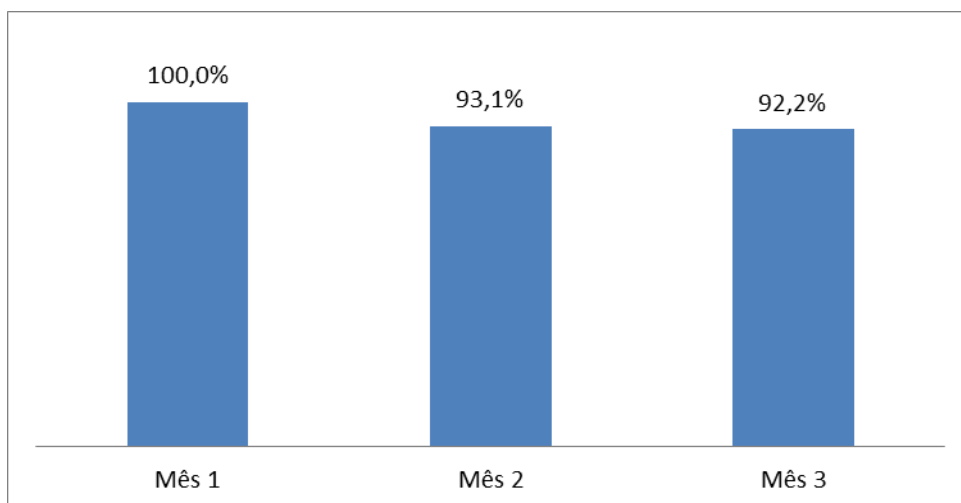


Figura 16: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento

No primer mês tinham registro adequado 11(100%) usuários com DM. No segundo mês 27 (93,1%) usuários com DM. No terceiro mês 71(92,2%) usuários com DM.

No segundo e terceiro mês nem todos os usuários tinham registro adequado, porque tivemos usuários faltosos e sem registro adequado no primeiro atendimento.

**Objetivo 5)** Mapear o risco para doenças cardiovasculares das pessoas com Hipertensão e Diabete

**Meta 5.1) e 5.2)** Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100 % das pessoas com Hipertensão e Diabetes.

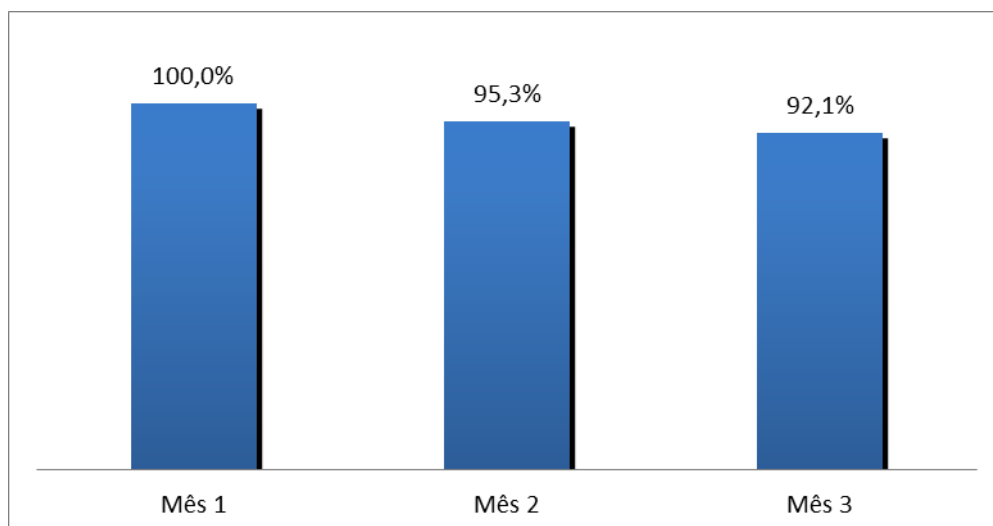


Figura 17: Gráfico com a proporção de pessoas com HA com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica

No primer mês tinham estratificação de risco cardiovascular 53 (100%) usuários com HAS. No segundo mês 122 (95,3%) usuários com HAS. No terceiro mês 268(92,1%) usuários com HAS

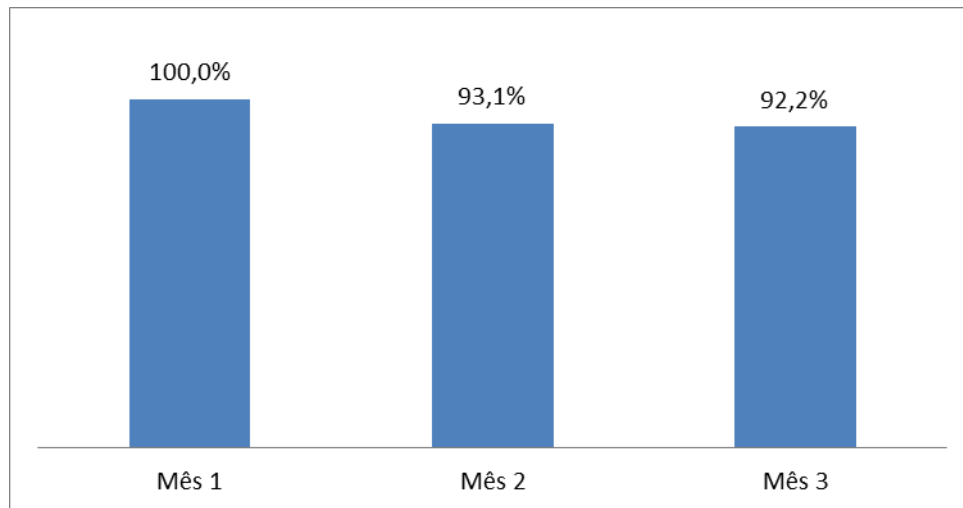


Figura 18: Gráfico com a proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica

No primer mês tinham estratificação de risco cardiovascular 11(100%) usuários com DM. No segundo mês 27 (93,1%) usuários com DM. No terceiro mês 71 (92,2%) usuários com DM.

Todos os usuários não tinham estratificação de risco cardiovascular em dia já que este depende do exame físico e dos exames complementares e não todos os usuários tinham exame clínico em dia por estar faltosos nas consultas.



Em relação a orientação nutricional, orientação da prática de atividade física, orientação sobre os riscos de tabagismo e sobre a higiene bucal em todos os usuários consultados tantas pessoas com hipertensão como com diabetes receberam essas orientações em 100%.

## **4.2 Discussão**

O programa de intervenção feito em minha Unidade Básica de saúde para melhorar a qualidade do atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi muito importante, já que permitiu uma maior cobertura na atenção destes usuários, realizando exame clínico, exame dos pés e exames complementares em todos os consultados. Fizemos os registros e fichas de acompanhamentos em todos, oferecemos orientações sobre a doença as complicações e riscos cardiovasculares além de muitas informações sobre alimentação saudável a prática de atividade física, a higiene bucal e os riscos do tabagismo.

Com a intervenção a equipe de saúde tem recebido capacitações feitas pela médica e enfermeira da equipe com uma frequência mensal onde temos a participação de toda a equipe, nos próximos meses vamos continuar fazendo as capacitações já que elas permitem uma melhor atenção dos usuários com HAS e DM permitindo o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de eles. A atividade de intervenção foi mais que um programa, já que na verdade permitiu uma integração com toda a equipe, não foi só o trabalho da médica da UBS, foi uma sistematização de todos juntos: a enfermeira, a técnica de enfermagem, a técnica de farmácia, o odontólogo, recepcionista, os ACS, enfim todos unidos por um mesmo objetivo.

Este trabalho teve um grande impacto em outras atividades do serviço pela organização e controle sobre as ações realizadas, e serve de exemplo para continuar em outros projetos como atenção pré-natal e atenção dos usuários idosos. A equipe tem atribuições para atendimento do maior número de pessoas e isso viabiliza os agendamentos, a realização das consultas e atenção das demandas

espontâneas, permitindo fazer a classificação de risco dos usuários com HAS e DM e poder dar prioridade nos atendimentos dos mesmos.

Meu município é muito pequeno, por isso a intervenção foi percebida por um grande número de moradores e não apenas pelas pessoas com HAS e DM. A equipe percebeu que muitos perguntavam aos ACS se também podiam ser cadastrados e consultados explicamos que outros usuários com demandas espontâneas serão atendidos com o mesmo rigor e qualidades só que o cadastramento só é feito para usuários com HAS e DM com, mas de 20 anos residentes na área de abrangência. Os portadores das doenças estavam satisfeitos com os atendimentos e com a prioridade oferecida nas consultas e nos exames complementares. As atividades de promoção de saúde foram as mais acessadas pela população, pois achavam um espaço onde reunir-se, contar suas histórias, tirar suas dúvidas. Sempre junto com a palestra fizemos a verificação dos parâmetros clínicos e as pessoas ficavam agradecidas e expressavam isso à Secretaria de saúde e prefeitura.

Para nossa próxima intervenção no ano próximo vou começar com uma melhor organização nas consultas e atendimentos dos usuários, a secretaria da UBS vai ter uma participação direta no recebimento e orientações, a enfermeira do programa também vai fazer as consultas para os usuários desde o início já que isto permite que o número de consultados aumente. É importante fazer um estudo, mas profundo do protocolo já que ajudaria a entender melhor as atribuições de cada membro da equipe.

A intervenção já é parte da rotina de minha UBS temos que continuar trabalhando para ampliar e priorizar a atenção dos usuários com HAS e DM, lograr conscientizar á comunidade sobre todos os usuários de alto risco e monitorar todos os indicadores da intervenção. As ACS continuam na busca ativa e mobilização para o cadastramento dos usuários que ainda faltam para ampliar a cobertura e queremos implantar na UBS o programa de atenção pré-natal como novo projeto de intervenção.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus e servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

Nas primeiras semanas estudamos a equipe, o território adstrito, observamos o que havia de bom e o que precisava melhorar, isso segundo as regras e normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Em seguida desenvolvemos o projeto de intervenção, que foi realizado durante 12 semanas no Programa de acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM).

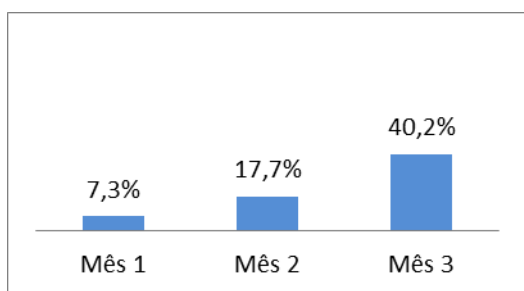


Figura 19: Gráfico com a cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde

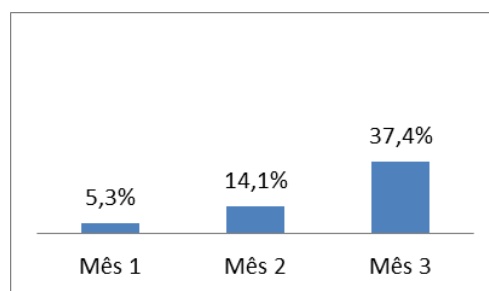


Figura 20: Gráfico com a cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde

Neste tempo logramos realizar consulta e cadastro de 291 (67,1%) usuários com Hipertensão e 77 (74,8%) com Diabetes. Para os resultados usamos as estimativas do CAP 723 usuários com hipertensão e 206 usuários com diabetes. Não conseguimos chegar em 100%, mas em apenas 12 semanas é difícil, no entanto continuamos fazendo o programa exatamente igual fazia no tempo de coleta para o Trabalho de Conclusão de Curso e chegaremos logo em 100%.

Importante dizer que antes de começar a intervenção, nossa cobertura era de 131(18%) pessoas com HAS e 89 (43%) pessoas com DM. Além disso, não eram usados corretamente os protocolos.

O programa de intervenção permitiu uma maior qualidade em nos atendimentos e viabilizar questões de organização e programação, o cadastro, acolhimento e os atendimentos. Todas as metas propostas foram cumpridas, porém em 100%, mais logramos êxitos como os exames físicos, dos pés, atendimento odontológico, registro e preenchimento correto das fichas de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática de exercício físico, sobre o risco de tabagismo e as orientações sobre a higiene bucal foram realizadas por a equipe de saúde em todos os usuários consultados.

Ainda foram realizadas capacitações importantes com toda equipe em diferentes temas, especialmente sobre o uso dos protocolos de Hipertensão e Diabetes. A secretaria de saúde do município participou de algumas reuniões e ajudaram na realização das atividades de promoção de saúde e na agilização dos exames de laboratório, isso permitiu o retorno dos resultados em menor tempo possível. Mesmo assim, pouco mais de 50% das pessoas conseguiram fazer os exames complementares preconizados pelo MS, o que é muito pouco, essa meta deveria ter atingido 100%, menos que isso é vergonhoso, mas teremos oportunidade de fazer isso agora.

O curso foi concluído, mas as novas práticas, o novo processo de trabalho permanecerá sendo realizado, esse sempre foi o objetivo do curso, por isso precisamos continuar contando com o apoio da gestão, não apenas para manter os serviços já implantados, mas para ampliar, melhorar e levar para todo município. Além disso, todos os outros programas típicos de atenção básica preconizado pelo MS, precisam ser implantados na equipe e no município.

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

Senhora e senhores usuário do SUS:

Desde que comecei a trabalhar no município, como integrante do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), tenho realizado um curso de especialização em saúde da família junto a Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Por conta deste curso aprendi muita coisa sobre a equipe, sobre o lugar onde está nossa UBS e que moram todos vocês. E por ter aprendido isso, pude propor alguns novos jeitos de trabalhar. Durante 12 semanas foi realizado uma intervenção no programa de acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Quem tem esses problemas ou convivem com pessoas que os tem, deve ter percebido que o atendimento melhorou.

Hoje estamos mais perto da comunidade, escutamos suas dúvidas e preocupações e temos visto que a população participa diretamente em todas as atividades de promoção de saúde realizadas. A intervenção permitiu um melhor conhecimento das doenças, das formas de se cuidar, de se prevenir de complicações. Conversamos sobre alimentos, sobre atividade física, sobre higiene bucal, tabaquismo e sobre todo nos com diabetes a ter um cuidado maior na pele e nos pés.

Quem foi atendido durante o programa sabe que as consulta não são de cinco minutos, que conversamos, fazemos as avaliações, pedimos os exames necessários e, caso seja necessário, fazemos a receita das medicações.

O curso acabou, mas vamos continuar atendendo toda a população da mesma forma e até melhor. Esperamos o apoio da comunidade em quanto à

disciplina e participação das consultas para evitar faltosos. As ACS continuam nas visitas domiciliares na busca da dos usuários com esta condição e na busca de pessoas faltosas.

É nossa responsabilidade informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial sempre que possível, inclusive as crianças acima de três, pois no Brasil já se sabe que mais ou menos 5% das crianças também estão com a pressão alta.

Temos muito que melhorar, mas precisamos do apoio da comunidade, criticando, fazendo sugestões e participando de reuniões com a gestão, com os conselhos de saúde, só se estivermos juntos vamos conseguir um serviço satisfatório. **Precisamos de mais ajuda da comunidade, de apoio dos líderes comunitários e da associação de moradores para fortalecer os programas de intervenção através da realização de palestras, atividades de promoção de saúde, busca da dos usuários, com a participação ativa da comunidade.**

O relatório da intervenção para comunidade deve enfatizar o que a comunidade ganhou com a intervenção; apontar como a intervenção será incorporada à rotina do serviço e como a comunidade pode apoiar o serviço para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor; reforçar a aliança com a comunidade desenvolvendo o engajamento Público.

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

No início do curso de especialização pensei que não ia poder fazer todas as exigências do programa já que em nosso país o sistema de aprendizagem é muito diferente. Mas não foi assim, cada dia fui conhecendo e aprendendo mais sobre o ensino a distância. O curso tem um grande significado para minha prática Profissional porque aprendi muito sobre o modelo de atenção primária de saúde na UBS, permitiu interagir com nossos orientadores, que são de muita ajuda para levar o passo que exige a universidade também permitiu a interação com outros colegas e a possibilidade de trocar os conhecimentos em um ambiente virtual para obter uma melhor formação.

Com este processo de aprendizagem pude ter uma maior relação com a equipe de saúde permitindo que todos trabalhem em função da intervenção, que foi implantada em nossa unidade de saúde e levar à prática as doutrinas e os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde brasileiro.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Estratégia Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Estratégia Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



## **Anexos**

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval  
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