

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN**

**Victor Manuel Pérez Labrada**

**Pelotas, 2015**

**Victor Manuel Pérez Labrada**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN**

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

Orientador: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

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

L126m Labrada, Victor Manuel Perez

Melhoria da Atenção à Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN / Victor Manuel Perez Labrada; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha filha, minha esposa, meus pais e minha orientadora que me apoiou incondicionalmente durante este longo processo.

## **Agradecimentos**

Um agradecimento especial para todos meus colegas e orientadores do curso, que me ajudaram muito na realização do projeto de intervenção.

## Resumo

LABRADA, Victor Manuel Pérez. **Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN.** 2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus constituem a primeira causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. A Unidade Básica de Saúde Doutor Sueldo Câmara, Mossoró/RN atualmente atende uma população adstrita de 4.050 usuários. Dispõe de estrutura física com recepção, sala para arquivo dos prontuários, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório de odontologia, banheiros para trabalhadores e usuários. Nossa equipe é composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, técnica em saúde bucal. O objetivo geral foi melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus. O projeto foi desenvolvido no período de três meses e participaram da intervenção os hipertensos e diabéticos de nossa área de trabalho da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). Foram definidos seis objetivos e estabelecidos metas e ações para a melhoria do acesso e qualidade em quatro eixos (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica). Foi envolvido um total de 216 hipertensos e 88 diabéticos, atingindo uma cobertura de um 25,7% e 36,7% respectivamente, do ponto de vista quantitativo foi importante o índice de cobertura alcançada considerando a instabilidade dos atendimentos médicos antes da chegada do programa pela falta de médico, porém os usuários não tinham um bom monitoramento e acompanhamento da sua doença. Do ponto de vista qualitativo os melhores resultados aconteceram com a orientação nutricional sobre alimentação saudável com 100% (216 usuários com hipertensão e 88 usuários com diabetes), prática de atividade física regular com 100% orientações sobre risco do tabagismo 100%, sobre higiene bucal para em 100% dos usuários atendidos, além de estratificação de risco cardiovascular, exame clínico em dia e a busca ativa dos usuários com atrasos nas consultas. O trabalho para a comunidade foi ótimo, pois muitos usuários tiveram e/ou aprimoraram os conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção das suas doenças, conheceram os direitos em relação à atualização dos seus registros de saúde. O vínculo entre profissionais – usuários – família foi maior. A UBS teve uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu uma maior preparação para a equipe e promoveu o trabalho em equipe.

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

## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na 49  
unidade de saúde Dr. Sueldo Câmara. Mossoró/RN, 2015.
- Figura 2 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na 50  
unidade de saúde Dr. Sueldo Câmara. Mossoró/RN, 2015.
- Figura 3 Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de 52  
medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.  
Mossoró/RN, 2015.
- Figura 4 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da 53  
Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Mossoró/RN, 2015.
- Figura 5 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de 54  
atendimento odontológico. Mossoró/RN, 2015.

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico de colo do útero
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino À Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	15
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa .....	17
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística .....	41
2.3.4 Cronograma .....	45
3 Relatório da Intervenção .....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	50
4 Avaliação da intervenção .....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão .....	62
5 Relatório da intervenção para gestores .....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	71
Referências .....	73
Anexos .....	74

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a qualificar a saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional onde se realiza uma descrição do município a organização e a estrutura da saúde do mesmo, assim como a estrutura da unidade básica de saúde, da organização do esquema de trabalho na mesma, os indicadores de qualidade e saúde da comunidade.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Descreve-se o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS DR. Sueldo Câmara. Apresentam os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Descreve-se o local onde será apresentado o relatório de intervenção, analisando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresentando a análise e discussão dos resultados encontrados.

Capítulo 5 – Relatório para os gestores – Neste contexto realizamos um relato do que foi a intervenção para a gestora de saúde no município.

Capítulo 6 - Relatórios da intervenção para a comunidade - Apresenta uma análise para a comunidade dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem –  
Aqui apresentada à visão pessoal do autor sobre tudo o que foi o processo de aprendizagem, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os conhecimentos obtidos no decorrer do curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha unidade básica de saúde é chamada Dr. Sueldo Câmara, pertence ao estado do Rio Grande do Norte, município de Mossoró, vinculada pelo Sistema Único de Saúde à Prefeitura Municipal. Esta Unidade Básica de Saúde tem duas equipes de trabalho, funciona há 12 anos e têm dois turnos de atendimento por cada equipe. Aos finais de semana não é oferecido atendimento, por isso orientamos a toda a população que precise de algum atendimento de urgência que devem se dirigir aos hospitais da cidade o para as unidades de pronto atendimento existentes em nosso município.

Esta UBS tem sua área geográfica de abrangência bem definida, isto ajuda a melhorar o conhecimento da situação de saúde da população, conta com o mapa da área atualizado. O último cadastro da população foi feito em 2014. Agora estamos trabalhando para atualizar o cadastro da população para melhorar nosso conhecimento da situação de saúde atual da população, o que constitui uma ferramenta de muita importância para fazer a análise adequada da situação de saúde da população na UBS. Nossa intenção é cadastrar 100% da população, mas ainda falta por cadastrar 1.175 (29%), já que até o momento só foram cadastrados 2.875 (71%) da população da área de abrangência.

Nossa UBS tem duas equipes de saúde com os seguintes integrantes: um médico, clínico geral, um cirurgião dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, nove agentes comunitários de saúde.

Em nossa unidade de saúde não existem condições estruturais adequadas já que não tem o suficiente espaço para o desempenho dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho, por exemplo, só tem uma sala onde desenvolvem o

trabalho as odontólogas das duas equipes, ademais não contamos com sala para a esterilização do material, o que dificulta o atendimento dos usuários muito precisados. Também temos dificuldade de não contar com banheiros que sejam de uso para usuários com necessidades especiais e com alguma limitação física, isso às vezes contribui para a insatisfação dos usuários, porque às vezes o tempo de espera depende do tipo de consulta.

A construção desta UBS foi uma estratégia para aumentar o atendimento em saúde da população e melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro. Das condições adequadas dessa unidade básica de saúde depende o bom engajamento da população na área de abrangência e permite às equipes desenvolver atividades com qualidade. Meu trabalho é desenvolvido numa unidade adaptada, portanto precisa de alguns ajustes na estrutura para melhorar o atendimento e conforto dos usuários que são atendidos nela com o objetivo de garantir a satisfação da população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Sueldo Câmara, onde eu trabalho como parte do "Programa Mais Médicos", instaurado pelo governo brasileiro para melhorar o atendimento das pessoas mais pobres e necessitadas do país, está instalada no bairro Aeroporto Dois, zona urbana do município de Mossoró, Estado do Rio Grande do Norte.

Na saúde Materno-Infantil podemos falar que atendemos a totalidade das gestantes e as crianças menores de um ano, neste ano não tivemos óbitos nestes últimos. As principais causas de internação hospitalar são os idosos, usuários maiores de 60 anos, devido as complicações das doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes mellitus e as crianças menores de 5 anos com infecções respiratórias agudas complicadas.

Com certeza devemos manter as atividades de pesquisa de doenças crônicas e infecciosas, realização de atividades de educação em saúde com os grupos de risco, famílias e comunidade em geral. Manter uma adequada relação com a comunidade o governo e a secretaria municipal de saúde, para melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Mossoró é um município brasileiro no interior do estado do Rio Grande do Norte na Região Nordeste do país. Ocupa uma área de 2.099,333 km<sup>2</sup>, estando distante 281 quilômetros da capital do estado, Natal. Sua população é de aproximadamente 266.758 habitantes, sendo o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte (ficando atrás somente da capital) (IBGE, 2009). O município é o maior produtor em terra, de petróleo no país, como também de sal marinho. O clima de Mossoró é caracterizado como semiárido quente, com temperatura média anual de 27,2°C, sendo dezembro o mês mais quente (28,7°C) e fevereiro o mais frio (25°C). O município é sede da II Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, formada por quinze municípios. Conta com 45 UBS tradicionais e 64 unidades básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Unidade Básica onde trabalho se chama Dr. Sueldo Câmara Salem está situada no bairro Aeroporto 2, zona urbana do município de Mossoró, é uma UBS com equipe de saúde da família - ESF. Está formada por duas equipes de saúde. Minha equipe tem uma população total de 4.050 pessoas que vivem em nossa área de trabalho. Esta equipe está formada por 1 enfermeira, 1 técnico em enfermagem, 9 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo, 1 técnico em odontologia e 1 médico. Nossa unidade de saúde está vinculada com o SUS, sendo que nós encaminhamos usuários para a realização dos exames e atenção em outras especialidades.

Esta unidade básica tem uma estrutura particularmente feita para atendimento em saúde, mas ainda precisa de melhorias na estrutura para melhorar o atendimento e conforto dos profissionais de trabalho. Em sentido geral deve melhorar a estrutura do consultório médico, não tem sanitário em seu interior e isso muitas vezes dificulta a qualidade da consulta médica, não conta com sala de esterilização, não conta com cadeiras com rodas para a transportação de usuários que requeiram essas cadeiras, isso também ocasiona dificuldades no atendimento.

Essas são nossas principais dificuldades, as quais ocasionam deficiências no atendimento e qualidade da consulta, mas a solução destas dificuldades está nas mãos da prefeitura e secretaria de saúde. Devemos levar nossas queixas pra tratar

de que se solucione e dessa forma melhorar o atendimento em saúde a nossa população.

Temos uma população em nossa área de abrangência, aproximadamente de 4.050 cadastrados pela equipe de saúde. Fazemos atividades de promoção de saúde tanto na consulta como nas visitas domiciliares, para educar a população e garantir uma adequada qualidade de vida, fazemos busca ativa de faltosos nas consultas. Consideramos que a população é muito grande para poder dar atendimento de qualidade em sua totalidade, além disso, contamos com uma área descoberta que ainda não sabemos a quantidade de usuários residentes na mesma.

O acolhimento em nossa UBS é realizado por uma pessoa da recepção. Fazem o acolhimento das duas equipes de saúde em uma sala muito pequena e os usuários ficam em pé esperando ser atendidos. Os trabalhadores da recepção estão bem informados de todos os procedimentos da unidade, tais como atendimento de consulta médica, de enfermagem e do odontólogo. Ainda temos muito trabalho por fazer devemos incrementar as atividades educativas como promoção e prevenção na população para que os usuários fiquem informados dos principais riscos, sobretudo das doenças crônicas que são as mais comuns para que possam gozar de uma boa qualidade de vida.

Quanto às ações programáticas desenvolvidas na UBS, a atenção à saúde da criança é realizada na consulta de puericultura. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 59 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência, mas, apenas 25 (42%) são acompanhadas. Apenas 17 crianças estão com a consulta em dia; 23 realizaram o teste do pezinho em até 7 dias; 17 fizeram a primeira consulta na primeira semana de vida; 15 realizaram a triagem auditiva. Precisamos informar as mães da importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida da criança, devemos trabalhar com os grupos de adolescentes para explicar os riscos da gestação nesta idade. Devemos também fazer promoção de saúde para estimular os hábitos de uma alimentação saudável na população e com isso evitar muitas doenças que são muito frequentes na população brasileira.

Na UBS fazemos atividades de promoção à saúde da mulher, especialmente a prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Durante as consultas e visitas domiciliares conversamos com as usuárias explicando a importância da realização do autoexame de mamas e o citopatológico do colo de útero. Em nossa UBS fazemos exame de citologia duas vezes na semana, mas

muitas não assistem a consulta. As mulheres com exame alterado são atendidas pelo especialista. A estimativa de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência é 1019, mas, apenas 278 (27%) são acompanhadas; apenas 164 estão com o exame citopatológico para câncer do colo de útero em dia. No que diz respeito as mulheres na faixa etária de 50 a 64 anos, estima-se 305 residentes na área de abrangência, mas, apenas 123 (40%) são acompanhadas.

As doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão e diabetes são doenças que tem uma alta incidência de mortalidade em todo o mundo principalmente pelas complicações que elas podem provocar, tais como transtornos renais, doenças cardíacas, doenças cerebrais e transtornos da retina entre outras que sempre causam incapacidades e muitos gastos econômicos tanto a pessoa como ao país. Aqui no Brasil temos uma alta incidência e prevalência destas doenças e muita demanda de usuário nas unidades de saúde, hospitais e centros especializados. Em nossa unidade básica de saúde fazemos atendimento de usuários com estas doenças um dia na semana. Na consulta tratamos de abordar tudo o que acontece com o usuário e seu meio de trabalho ou de sua casa. Avaliamos peso, pressão arterial, pulsos periféricos, assim como se examina os pés principalmente nos usuários diabéticos. Também avaliamos os exames complementares indicados na consulta anterior entre outras coisas. Sempre falamos da importância de cumprir com as indicações médicas e de levar uma vida saudável. Falamos também que tem que assistir as consultas programadas em dia já que muitos usuários tem atraso de mais de 7 dias em suas consultas.

O programa de atenção à hipertensão e diabetes é dirigido fundamentalmente por uma enfermeira e pelo médico, mas todos os trabalhadores participam direta e indiretamente. Entretanto, não temos um profissional que se dedique especificamente ao monitoramento e supervisão deste programa. Além disso, temos dificuldades com as consultas especializadas como cardiologia e endocrinologia, já que temos poucos especialistas e muitas demandas de usuários. A estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência é 839 e 240, respectivamente, mas, apenas 279 (33%) pessoas com hipertensão e 79 (33%) são acompanhadas. Ainda temos que continuar trabalhando, sobretudo na busca ativa já que considero que temos uma morbidade oculta. Minha opinião é que primeiramente a direção de saúde, conjuntamente com a prefeitura do município tem que equilibrar a oferta com a demanda, contratando mais



especialistas ou alguma estratégia que alcance nossos usuários, que tenham uma consulta especializada ao menos uma vez por ano.

As pessoas maiores de 60 anos são os que mais demandam atendimento em minha unidade. Geralmente eles assistem as consultas programadas para controle de suas doenças e controle de peso corporal. Também temos atendimento de vacinas, odontologia e nutrição. Além disso, fazemos atividades de promoção e prevenção a grupos de idosos onde falamos sobre prevenção de acidente, sobre hábitos alimentares saudáveis, sobre prevenção de fatores de riscos que podem agravar as doenças de bases, promoção de práticas de exercícios físicos para manter o peso corporal, entre outros temas. Mas, a maioria destas atividades acontece no âmbito da unidade básica, portanto precisamos intensificar nossas atividades nas comunidades. Fazemos também atendimento de visita domiciliar a usuários geralmente idosos que não podem chegar à nossa unidade. De acordo com o CAP há 437 pessoas idosas na área de abrangência, mas, segundo registros da UBS 423 são acompanhadas, logo a cobertura é 97%.

Considero que nossa cobertura poderia ser melhor, para isso temos que continuar trabalhando mais nas comunidades. Ainda temos que fazer muitas coisas para melhorar nosso atendimento ao idoso como, por exemplo: temos que ter um profissional que seja responsável por esse grupo de idade para isso temos que conversar com a direção de saúde e também pedir que se entreguem os protocolos atualizados para atendimento do idoso. Solicitar a realização de um registro de idosos para facilitar a atualização de dados. Portanto, temos que alcançar um melhor atendimento aos nossos idosos para controlar suas doenças de base e evitar os fatores de risco que poderiam provocar o aparecimento de doenças ou de suas complicações.

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

Fazendo uma comparação do que temos hoje e do que tínhamos no período da semana de ambientação é possível perceber grandes mudanças e um conhecimento mais específico e detalhado do que temos em nossa UBS. Primeiramente nós fizemos uma análise geral da situação da unidade e do serviço

de saúde da família onde tivemos uma ideia de qual era a situação estrutural da unidade e os serviços que realizamos nela. Após a análise situacional, aprofundamos em cada atividade que foi desenvolvida em nossa UBS, por meio dos questionários e cadernos de ação programática, temos uma visão real da situação da unidade e, portanto estamos mais esclarecidos de todo o trabalho que temos que fazer para conseguir mais qualidade no atendimento e melhores resultados, bem como a satisfação de nossos usuários e toda a equipe de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, sendo em mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O número crescente de pessoas que vivem com diabetes mellitus (DM) mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades das pessoas e de suas famílias, e proporcionem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

A estratégia de saúde da família nos permite vivenciar grandes oportunidades para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, apesar das dificuldades e barreiras que são encontradas no cotidiano. Mas também podemos prevenir os agravos à saúde. É de muita importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção em especial no que se refere aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus. Devido ao número cada vez mais crescente de pessoas que sofrem destas doenças no mundo e no Brasil, as mudanças no perfil epidemiológico de saúde brasileira cada vez mais são notórias as doenças crônicas, devido ao novo modelo de vida dos brasileiros, onde o acesso a recursos tecnológicos, envelhecimento populacional, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados e outros hábitos de vida têm tomado acentuado espaço em nosso atual contexto de vida. Devido a estas mudanças a atenção primária à saúde necessita de uma nova reordenação dos serviços prestados aos usuários de saúde, são cada vez mais frequentes pessoas com doenças de caráter crônico em nossas unidades de saúde

da família, porta de entrada do SUS, o que a configura como grande responsável na resolutividade dos problemas neste nível.

De acordo com os dados da análise situacional, a ação programática com foco na hipertensão arterial sistêmica e diabetes de mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, precisa melhorar porque a estimativa de pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência é 839 e 240, respectivamente, mas, apenas 279 (33%) pessoas com hipertensão e 79 (33%) são acompanhadas. A equipe percebeu a necessidade de melhorias em todos os aspectos que as envolvem o planejamento das ações e metas durante os próximos meses e abordar suas características mais relevantes, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes citados nas VI diretrizes brasileiras de hipertensão e diabetes.

A UBS Dr. Sueldo precisa de melhorias na estrutura para o atendimento e conforto dos profissionais. A unidade tem uma recepção, uma sala para arquivo dos prontuários (SAME) sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, cozinha, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, banheiros para trabalhadores e usuários, dois consultórios odontológicos. A unidade atende uma população total de 4.050 pessoas que vivem em nossa área de trabalho e a equipe de saúde está formada por 1 enfermeira, 8 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo, 1 técnico em saúde bucal e 1 médico. Fazemos consulta de HIPERDIA um dia na semana, mas também fazemos atendimentos gerais a usuários com doenças crônicas.

Na realidade na UBS Dr. Sueldo Câmara são constantes os atendimentos de pessoas com HAS e Diabetes com mau controle que podem evoluir com complicações cardiovasculares graves, mas possivelmente evitáveis, como IAM e ACV, por exemplo. Além disso, são frequentes os casos de pessoas com descompensadas agudas dos níveis de PA e glicemia que sobrecarregam a demanda espontânea. Devido a alta prevalência na HAS e Diabetes na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses usuários, acredita-se que o projeto de intervenção proposto irá contribuir com a melhora das condições de saúde e de vida da população adscrita, reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas e, os custos médicos e socioeconômicos relacionados a falta de acompanhamento destas pessoas. Iremos fazer atividades de promoção de saúde como a prática de atividades físicas, assim como estimular

os hábitos alimentares adequados para evitar as complicações descritas anteriormente.

A abordagem conjunta pela equipe justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: fatores de risco, complicações, necessidade de controle permanente, entre outros. Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracterizam-se como um verdadeiro desafio para a equipe mediante um trabalho conjunto.

Temos que aumentar as atividades de promoção para garantir uma melhor vinculação da população neste programa. Acho que a qualidade de atenção da população deve melhorar com a realização desta intervenção para dessa forma garantiremos uma atenção integral a nossos usuários. Com a implementação desta intervenção minha equipe vai conseguir que a população tenha um melhor conhecimento destas doenças e suas complicações, também vamos melhorar a cobertura do programa, ter mais controle dos registros, garantir que nossa equipe tenha a capacitação necessária para fazer as atividades de promoção e as pesquisas para os diagnósticos precoces destas doenças. Temos dificuldades relacionadas à insuficiência de esfigmomanômetros para a aferição da pressão arterial, já que agora contamos apenas com um aparelho, não temos auxiliar de enfermagem e temos apenas oito agentes de saúde, isso pode dificultar para fazer uma busca de toda a população. Apesar disso, acho que o trabalho vai melhorar sobretudo os atendimentos e o seguimento dos usuários no programa.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Dr. Sueldo Câmara, Mossoró/RN.

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos Hipertensos e Diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade dos atendimentos aos Hipertensos e Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao programa

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações direcionado aos Hipertensos e Diabéticos.

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

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

Objetivo 5. Mapear os Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Realizar ações de promoção da saúde voltada aos Hipertensos e Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Dr. Sueldo Câmara, no município de Mossoró/RN, tendo ações em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Participarão da intervenção todas as pessoas acima de 20 anos, residentes na área de abrangência da UBS, com hipertensão e/ou diabetes.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento:

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O monitoramento dos hipertensos e diabéticos será feito pela enfermeira e por mim através da planilha do curso e ficha-espelho mensalmente.

Também serão monitorados aspectos enquanto à qualidade da atenção, como realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes, exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo, acesso a medicamentos na farmácia popular, avaliação em relação as necessidades de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovascular e orientações acerca de alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Organização e Gestão do Serviço



#### Detalhamento:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Isto será feito pela enfermeira da equipe de saúde semanalmente e a responsável por garantir os recursos será a gerente da UBS.

Serão organizadas as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que todos os membros da equipe tenham o conhecimento adequado do programa, será feita a cada duas semanas e o responsável será o médico da equipe.

Também organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendar consultas para eles. Será organizado um sistema de registro onde possamos perceber os usuários com atrasos na consulta de acompanhamento, os atrasos na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco. Também organizaremos práticas coletivas na comunidade sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas de forma regular e sobre o risco do tabagismo e higiene bucal. Os responsáveis serão os ACSs. Todas as atividades serão supervisionadas pelo médico e a enfermeira da equipe todos os dias.

#### Engajamento Público

##### Detalhamento:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Isto será feito pelos ACSs, com prévia capacitação pelo médico da equipe de saúde.

Serão colocados murais informativos na unidade e comunidade que falem da realização de nosso projeto e que estamos fazendo verificação de tensão arterial a todos os maiores de 18 anos sem agendamento prévio.

Orientaremos aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares de nossa área de abrangência acerca da importância da alimentação saudável, da

prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal para que possam melhorar a qualidade de vida. Assim podemos garantir que estas pessoas elevem seu conhecimento sobre estas doenças crônicas e sobre como se podem prevenir. Todas essas atividades serão feitas todos os dias por toda a equipe de saúde de forma organizada na sala de espera com todos os usuários que cheguem na unidade de saúde. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe.

### Qualificação da Prática Clínica

#### Detalhamento:

Capacitar os ACSs para o levantamento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Capacitar os ACSs para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Isto será feito pelo médico e a enfermeira da equipe a cada duas semanas com a participação ativa de toda a equipe de saúde.

Os agentes comunitários de saúde, em especial, serão capacitados quanto ao levantamento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, também serão capacitados para a orientação de usuários com hipertensão quanto a realizar as consultas programadas e sua periodicidade. Essa capacitação será realizada na primeira semana pelo médico da equipe de saúde.

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

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

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

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

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

## Monitoramento e Avaliação

### Detalhamento:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

O monitoramento e avaliação serão feito pelo médico e a enfermeira da equipe, sendo que semanalmente será preenchida a planilha de coleta de dados, assim o médico terá os usuários que não realizaram os exames e nem tiveram acesso aos medicamentos. A partir desse dado será feita uma listagem que será repassada aos ACSs para que realizem o convite de comparecimento desse usuário a unidade com data previamente marcada para consulta com o médico e realização da solicitação e acompanhamento dos exames e medicações prescritas.

## Organização e Gestão do Serviço

### Detalhamento:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Faremos reuniões semanais da equipe na organização e gestão do serviço para garantir que cada integrante da equipe saiba sua função neste trabalho, a capacitação da equipe será feita pelo médico e enfermeira.

As atividades de capacitação serão feitas com uma periodicidade cada duas semanas, o médico da equipe coordenará e organizará o trabalho da equipe com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos. Estas atividades serão feitas todas as quintas-feiras no horário da tarde na unidade básica de saúde com a participação da toda a equipe. Serão realizadas atividades

de capacitação para a equipe como a verificação de tensão arterial e verificação da glicemia, a importância do registro de avaliação de risco cardiovascular; orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, assim como as atividades de educação e promoção de saúde para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável e prática de atividade física regular, tratamento de tabagismo e as orientações de higiene bucal.

#### Engajamento Público

##### Detalhamento:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Isto será feito pelos ACSs prévia capacitação pelo médico e enfermeira da equipe, com uma frequência semanal.

Serão organizadas as atividades de educação e promoção de saúde para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável e prática de atividade física regular, tratamento de tabagismo e as orientações de higiene bucal, ademais serão avaliados todos os usuários para determinar as necessidades de atendimento odontológico.

#### Qualificação na Prática Clínica:

##### Detalhamento:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A

capacitação será feita pelo médico da equipe da saúde de acordo aos protocolos de tratamento de Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Todos os integrantes da equipe de saúde, serão capacitados quanto à realização de exames físicos apropriados e quando devem se indicar os exames laboratoriais dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, também serão capacitados para a orientação de hipertensos quanto ao tratamento adequado destes pacientes. Essa capacitação será realizada na primeira semana pelo médico da equipe de saúde.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Detalhamento:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia); Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O monitoramento e avaliação serão feitos pela enfermeira e o médico da equipe de saúde com uma frequência mensal.

O médico e a enfermeira da equipe de saúde verificaram todos os dias os usuários que chegam a consulta programada e se foram avaliados de acordo com o protocolo atualizado.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento:

Organizar visitas domiciliares para buscar hipertensos faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares; Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos; Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Esta ação será realizada pelos ACSs, isto será com uma frequência mensal.

Serão programadas as vistas domiciliares todas as semanas a todos os usuários faltosos as consultas e se realizará busca ativa destes, para que não fiquem atrasos quanto as atividades desenvolvidas em nosso projeto de investigação.

#### Engajamento Público

##### Detalhamento:

Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas; Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Isto será feito pelos ACSs e avaliado pela enfermeira da equipe de saúde, com uma frequência mensal.

Serão colocados murais informativos na unidade e comunidade que falem da realização de nosso projeto e que estamos fazendo consultas, explicando a periodicidade destas consultas.

Orientaremos aos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares de nossa área de abrangência acerca da importância de assistir as consultas no dia indicado para a avaliação e explicar a periodicidade que serão feitas estas consultas. Ademais realizaremos conversas com a comunidade para ouvir o critério dos usuários e seus familiares, para melhorar aquelas coisas que devam se melhorar, para garantir o sucesso de nosso projeto. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe.

#### Qualificação da prática Clínica

##### Detalhamento:

Treinar os ACSs para a orientação de hipertensos quanto a realização das consultas e sua periodicidade; Treinar os ACSs para a orientação de diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade. O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis desta ação e será feito mensalmente.

Os agentes comunitários de saúde, em especial, serão capacitados como serão feitas as consultas destes usuários e a periodicidade das mesmas de todos os hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Essa capacitação será realizada na primeira semana pelo médico da equipe de saúde.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

##### Detalhamento:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde; Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Esta ação será de responsabilidade do médico da equipe de saúde e será realizada mensalmente.

Serão organizadas atividades para avaliar a qualidade dos registros de todos os usuários hipertensos e diabéticos que serão atendidos na consulta na unidade de saúde, isto se realizará diariamente pelo médico da equipe.

#### Organização e gestão do serviço

##### Detalhamento:

Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Na organização e gestão do serviço o responsável é o médico da equipe de saúde juntamente com a enfermeira e isto se realizará mensalmente.

#### Engajamento público

#### Detalhamento:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Isto será feito pelos ACSs uma vez no mês.

Realizar-se-ão atividades diariamente para verificar quantos usuários estão faltosos as consultas, quantos têm atrasos na realização dos exames complementares e os usuários que ainda não têm a avaliação de risco cardiovascular, a enfermeira será a responsável destas atividades.

#### Qualificação da prática clínica

##### Detalhamento:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Esta qualificação será realizada pelo médico e a enfermeira da equipe de saúde mensalmente.

As atividades de treinamento da equipe enquanto ao preenchimento dos registros de acompanhamento destes usuários serão feitas pelo médico e enfermeira da equipe, durante as reuniões da equipe.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

##### Detalhamento:

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



realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Isto será feito pelo médico da equipe de saúde com uma frequência trimestral.

Semanalmente serão verificados os hipertensos e diabéticos enquanto a avaliação de risco cardiovascular, revisando os prontuários destes usuários para que não fiquem atrasos neste indicador.

#### Organização e gestão do serviço

##### Detalhamento:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Na organização e gestão do serviço será feito pelo médico da equipe de saúde com uma frequência trimestral.

Os usuários de alto risco serão priorizados no agendamento da demanda destes usuários.

#### Engajamento público

##### Detalhamento:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação); Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Para dar cumprimento a este objetivo serão capacitados previamente pelo médico e enfermeira os ACSs, com uma frequência mensal.

Orientaremos aos hipertensos e diabéticos e de nossa área de abrangência acerca do seu nível de risco de sua doença a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal para que possam melhorar a qualidade de vida. Assim podemos garantir que estas pessoas elevem seu conhecimento sobre estas doenças crônicas e sobre como se podem prevenir.

Todas essas atividades serão feitas todos os dias por toda a equipe de saúde de forma organizada na sala de espera com todos os usuários que acudam na unidade de saúde. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe.

### Qualificação da prática clínica

#### Detalhamento:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O responsável desta capacitação é o médico da equipe de saúde e será feito mensalmente.

Serão organizadas aulas para capacitar a equipe nestes temas para que os usuários e familiares sintam-se satisfeitos da atenção recebida e para que os usuários tenham uma adequada avaliação e possam se modificar os fatores de risco para atingir uma maior qualidade de vida deles.

### Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

### Monitoramento e avaliação

#### Detalhamento:

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Isto será feito pela odontóloga da equipe de saúde semestralmente.

A odontóloga da equipe revisará todos os prontuários todas as semanas para saber se tem algum usuário que ainda não esteja avaliado de acordo com as necessidades de atendimento por esta especialidade

#### Organização e gestão do serviço

##### Detalhamento:

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Estabelecer prioridade de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Isto será feito por todos os integrantes da equipe de saúde, mas os responsáveis são o médico e a enfermeira, se realizará trimestralmente.

Serão organizadas atividades para explicar aos usuários e familiares da importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal para que possam melhorar a qualidade de vida. Todas essas

atividades serão feitas todos os dias por toda a equipe de saúde. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe.

#### Engajamento público

##### Detalhamento:

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Isto será feito pelos ACSs prévia capacitação pelo médico da equipe de saúde deverá ser feito com uma frequência trimestral.

Serão organizadas atividades de promoção de saúde com a participação ativa da comunidade para orientar aos usuários e familiares da importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal para que possam melhorar a qualidade de vida. Todas essas atividades serão feitas todos os dias por toda a equipe de saúde. O responsável será o médico da equipe.

#### Qualificação da prática clínica

##### Detalhamento:

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias

de educação em saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Esta capacitação será feita pelo médico, odontóloga e a enfermeira da equipe de saúde com a participação de todos os integrantes da equipe, se realizará com uma frequência trimestral.

Serão desenvolvidas atividades enquanto a capacitação da equipe nos diferentes temas como saúde bucal, alimentação saudável, a importância da prática de atividades físicas de forma regular, assim como o risco do tabagismo nos usuários diabéticos e hipertensos.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização da intervenção no programa de atenção à hipertensão e diabetes, adotaremos o Manual Técnico de do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013, Cadernos de Atenção Básica (números 36 e 37) sobre Diabetes e Hipertensão Arterial. Utilizaremos a ficha do usuário e a ficha-espelho disponíveis no município. Esta ficha prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame do risco cardiovascular e laboratoriais dos usuários e dados relativos à classificação de risco cardiovascular de todos os diabéticos e hipertensos na área de abrangência da equipe. Queremos alcançar com a intervenção 60% de cobertura em ambas as patologias. Faremos contato com a secretaria municipal de saúde para dispor de cerca de 300 fichas-espelho necessárias e para imprimir o total de fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira terá a função de revisar o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vierem ao serviço nos próximos três meses. A profissional localizará os

prontuários dos usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre usuários com exames clínicos, laboratoriais e avaliação cardiovascular atrasadas.

A equipe será capacitada conforme os cadernos e manuais do Ministério da Saúde e os ACSs para o levantamento e busca ativa de hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Disponibilizaremos da versão impressa atualizada dos cadernos de atenção básica e manual de Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus para todos os membros da equipe. Essas capacitações serão coordenadas pelo médico e a enfermeira, semanalmente, durante duas horas, ocupando as reuniões semanais da equipe na unidade. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e irá explorar o conteúdo para os outros membros da equipe. Após a capacitação a equipe irá discutir sobre o assunto mensalmente para não esquecer os principais aspectos dos manuais. Num primeiro momento será esclarecido o papel de cada um da equipe na intervenção, organizando o processo de trabalho e logo depois iniciará a capacitação. Os materiais necessários para a intervenção serão solicitados pela enfermeira da equipe ao gestor sempre que for preciso.

Para acolher e informar os diabéticos e hipertensos será colocado na sala de espera um folder informativo elaborado pelo médico e enfermeira da equipe todas as semanas. O acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com atraso nas consultas e realização de exames serão atendidos no mesmo turno para ampliar o acolhimento deles. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrência.

Será garantida com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo durante a marcação no SAME em secretaria municipal de saúde porque atualmente é um problema muito emergente a resolver na UBS. O responsável será o médico e a enfermeira da equipe de saúde, atualmente os exames são pedidos pelo médico da equipe, mas a demora é variável às vezes até um mês, o que atrapalha a continuidade de nosso projeto.

Realizaremos controle e registro quinzenal de estoque (incluindo validade) de medicamentos existentes na farmácia de forma automatizada na UBS mediante

um programa de informática. A enfermeira da equipe será a responsável deste controle.

Organizaremos as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos pertencentes à UBS mediante uma estratégia ativa e contínua com respeito ao número de atendimentos realizados pelo dentista que atualmente é um problema grave devido ao excesso de demanda de assistência. Em nossa equipe falamos com a odontóloga para que reserve quatro atendimentos na semana aos casos de hipertensão e diabetes para garantir o atendimento odontológico destes usuários.

Para agendar os usuários provenientes de busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana. Hipertensos e diabéticos que buscarem a consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os usuários que vierem para a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente mediante um grupo de palestras organizadas com os ACSs e durante a visita domiciliar. Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg mediante trabalho educativo na comunidade e ações médicas. Orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes mediante trabalho educativo, com uma programação semanal com inserção de novos grupos na UBS. Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes. Educar a população sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente mediante atividades educativas semanais na comunidade. Orientaremos aos hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e evitar o uso de tabagismo mediante atividades educativas quinzenais com grupos na UBS. Em nossa UBS contamos com três grupos de HIPERDIA na área.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle das doenças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com hipertensão e diabetes esclarecendo a

comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários com hipertensão e diabetes daqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se seis por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará um horário de sua conveniência para consulta do usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na fichas-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações programadas ao início da intervenção foram cumpridas integralmente: toda a equipe trabalhou adequadamente no desenvolvimento dos primeiros passos: a organização desde o início com a verificação da ficha-espelho no arquivo, dos prontuários e o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos), fita métrica e glicômetro que foram preparados ao início da intervenção com ajuda da gestora da unidade na busca dos recursos necessários para o nosso desempenho.

A equipe preparou a organização, a sinalização de situações de alerta ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, mantivemos a identificação de atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares. Houve a atualização do registro e dos prontuários da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção. Continuamos a avaliação da realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal por meio de registros adequados na ficha-espelho e prontuário clínico.

Foram muitas as atividades desenvolvidas como a capacitação dos profissionais da equipe pela enfermeira e médico, verificação de arquivos e prontuários, realização de novos prontuários, explicação e realização de ficha-espelho, capacitação da equipe sobre cadastramento, acolhimento dos usuários, orientação da equipe sobre os atendimentos, orientação dos agentes de saúde sobre a busca ativa dos usuários faltosos à consulta, orientação à comunidade sobre

a importância e o conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis, estas atividades foram realizadas cada semana atendendo o planejado no cronograma.

Foi muito interessante à definição das atribuições de cada profissional na ação programática, tomando como referência o protocolo adotado: caderno de atenção básica com foco na hipertensão e diabetes, impressos pela gestora da UBS e os temas desenvolvidos como foram: respeito ao cadastramento, acolhimento, temas relacionados ao atendimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, fundamentalmente fatores de risco, comportamento e fundamentalmente as complicações destas doenças, também foi realizado um adequado exame clínico, atualização para o tratamento não farmacológico e tratamento farmacológico com as principais drogas, periodicidade da realização de consultas, avaliação da necessidade de atendimento odontológico neste caso ficou abaixo das perspectivas, mas foi possível oferecer a população orientações sobre saúde bucal, principais metodologias de educação em saúde e outros.

O atendimento clínico foi realizado a todos os usuários cadastrados nos dias planejados para a intervenção com o cronograma, oferecendo acolhimento adequado aos usuários, realizando exame clínico completo com avaliação nutricional (IMC) dentro do atendimento mesmo, além da estratificação de risco (Framingham, e lesões órgão alvo), o hemoglicoteste foi realizado nos diabéticos para o controle da glicose e como rastreamento de DM na população hipertensa com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Os exames laboratoriais foram indicados de acordo com o fluxograma indicado, mas esta sendo demorado para receber os resultados, pois o município não dispõe de laboratórios suficientes para atender a grande demanda de usuários.

A equipe realizou as visitas domiciliares a algumas casas de usuários faltosos, previamente planejados, segundo riscos, também fizemos as visitas domiciliares a algumas casas de usuários com atraso nas consultas, para manter o acompanhamento adequado. Além disso, tivemos o apoio da gerente para mudar o atual cronograma de atendimento e colocar um espaço para os usuários que se encontravam fora da área e precisavam de atendimento, fazendo seus cadastramentos e sendo acompanhados pela nossa equipe de saúde e, assim melhorar a qualidade de vida dos usuários, mas até agora todos os usuários cadastrados e colocados na planilha pertencem a nossa área de abrangência. Além

disso, estabelecemos um programa de agendamento para melhorar o acolhimento dos hipertensos cadastrados no programa de atenção à hipertensão e diabetes.

Um aspecto fundamental e importante foi a relação com a comunidade e os grupos de hipertensos e diabéticos, o qual se intensificou durante a intervenção, onde participaram e foram cadastrados 216 pessoas com hipertensão e 88 com diabetes na unidade básica de saúde, de acordo com o cronograma. Eles foram informados sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS em qualquer contato com a equipe, seja nos grupos, seja nos atendimentos. Falamos aos usuários e à comunidade quanto à importância do cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo, sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, da realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, além disso, sobre a importância da realização do exame clínico, dos exames complementares, da avaliação do risco cardiovascular e da identificação de lesões precoces em órgãos alvo e outros. Qualifico como muito bom o nosso vínculo com as pessoas da população, pois o principal objetivo da intervenção é a melhoria do acesso e da qualidade do trabalho realizado e muitos tem mudado seu estilo de vida tentando diminuir a incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

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

Durante o processo da intervenção, não houve ações que não foram cumpridas, apresentou-se dificuldades, algumas foram realizadas de forma parcial, mas nenhuma deixou de ser realizada.

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

Sobre as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores: tivemos dificuldades no transcurso do processo da coleta de dados e sistematização na intervenção, mas graças a ajuda da minha orientadora e suas

dicas foi resolvido. No fechamento da planilha de coleta de dados e cálculo dos indicadores, foi resolvido bem rápido.

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

Quanto à análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, eu acho que foi uma ideia muito boa, já que todos os resultados obtidos serão mantidos e continuados, vamos manter a unidade da equipe para a atenção à população e os usuários e comunidade em geral terão a atenção biológica e social para a prevenção e tratamento das doenças e possíveis sequelas. Mas é preciso manter a constância e integridade da equipe, as redes sociais devem ser envolvidas por completo na atividade. O MS e mais especificamente, a Secretaria Municipal de Saúde deve aumentar o nível de atenção nos problemas detectados e possíveis soluções, assim elevaremos e melhoraremos a qualidade da atenção prestada à população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada na UBS Dr. Sueldo Câmara em Mossoró/RN, foi realizada nos meses correspondentes entre abril e julho. Para a avaliação dos resultados analisaremos a intervenção realizada em três meses e não em quatro segundo o cronograma da intervenção, tudo isso devido as minhas férias, assim teve-se que reduzir o período de intervenção e a coordenação do curso orientou que se realizasse em 12 semanas.

Na área adstrita que corresponde a minha equipe de saúde, a população total é de 4.050 pessoas, deles temos 839 usuários hipertensos, na faixa etária de 20 anos ou mais, que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, além disso, temos 240 usuários diabéticos, na faixa etária de 20 anos ou mais pertencentes ao Programa. Os resultados obtidos durante a intervenção, de acordo com os objetivos e as metas propostas, foram os seguintes:

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% de hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Foram cadastrados e acompanhados 27 usuários hipertensos no primeiro mês atingindo 3,2%; no segundo mês a cobertura foi de 80 usuários hipertensos atingindo 9,5%; já no terceiro mês 216 usuários hipertensos com 25,7%, como é observado na figura 1.

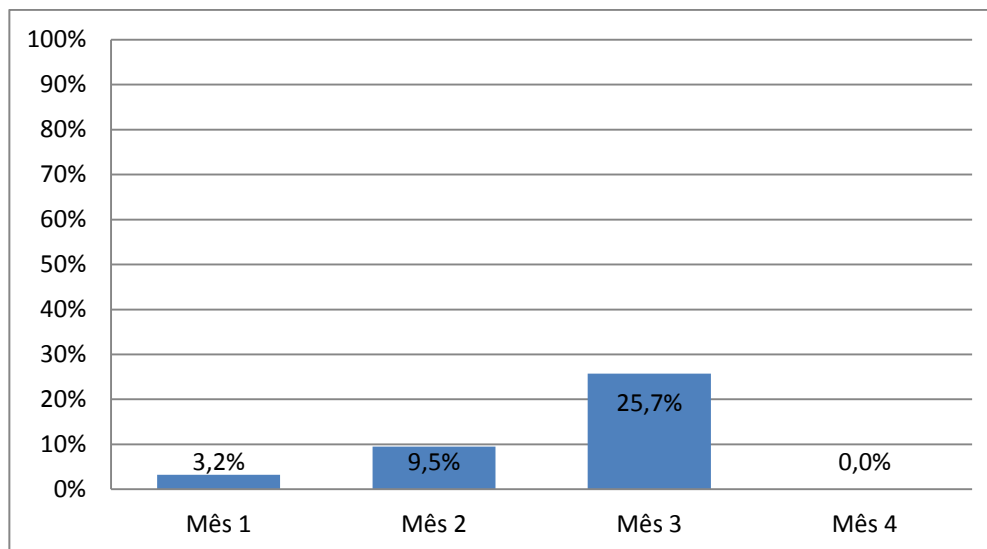


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Dr. Sueldo Câmara. Mossoró/RN, 2015.

Neste indicador não atingimos a meta estabelecida devido que nossa área de abrangência que é muito extensa e que temos muitos usuários na área descoberta, isso dificultou o bom desenvolvimento do trabalho, apesar de que os ACSs fizeram um excelente trabalho na realização do projeto.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Nossa área de saúde conta com um número total de 240 usuários diabéticos na faixa etária de 20 anos ou mais, que pertencem ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Deste total, cadastramos e fizemos acompanhamento a 10 usuários diabéticos no primeiro mês atingindo 4,2%; no segundo mês a cobertura foi de 23 usuários diabéticos para 9,6%; no terceiro mês aumentou para 88 usuários obtendo 36,7%, como podemos observar na figura 2.

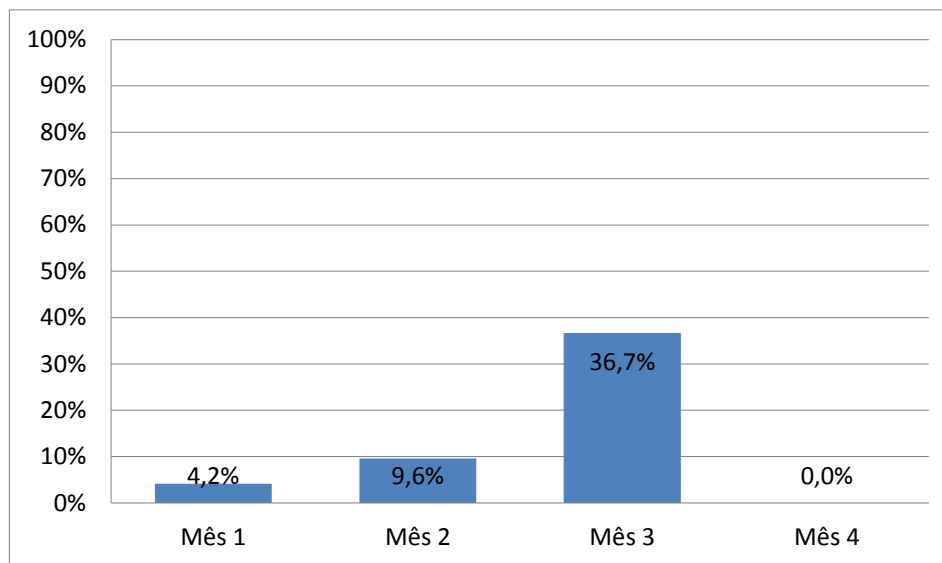


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Dr. Sueldo Câmara. Mossoró/RN, 2015.

Neste indicador não atingimos a meta estabelecida devido a nossa área de abrangência ser muito extensa e porque temos muitos usuários na área descoberta. Isso dificultou o bom desenvolvimento do trabalho, apesar de que os ACSs fizeram um excelente trabalho na realização do projeto.

Metas referentes ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Neste indicador foram avaliados 27 usuários hipertensos que assistiram a consulta no primeiro mês, atingindo 100%; no segundo mês o percentual manteve-se em 100% com 80 usuários hipertensos avaliados e no mês três foram avaliados 216 usuários que assistiram a consulta médica atingindo 100% em todos os meses da intervenção. Neste indicador conseguimos realizar o exame clínico em 100% dos usuários, já que eles foram convocados pelos ACSs para assistir a consulta e outros foram examinados nas visitas domiciliares programadas.

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

A proporção dos usuários diabéticos neste indicador foi a seguinte: no primeiro mês o número de diabéticos com exame clínico em dia foi 10, atingindo 100%; no segundo mês também se manteve em 100%, sendo 23 usuários com

exame clínico em dia de acordo com o protocolo, dos 23 cadastrados no mês e no terceiro mês manteve-se em 100% com 88 indivíduos com exame clínico em dia dos 88 cadastrados no mês.

Neste indicador conseguimos realizar o exame clínico em 100% usuários, já que eles foram convocados pelos ACSs para assistir a consulta e outros foram examinados nas visitas domiciliares programadas.

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

A evolução desse indicador foi assim: no 1º mês dos 27 usuários hipertensos cadastrados todos tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo atingindo 100%, no 2º mês dos 80 usuários hipertensos cadastrados os 80 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo atingindo 100% e no 3º mês dos 216 usuários hipertensos cadastrados 216 tinham os exames complementares em dia de acordo com o protocolo mantendo-se em 100%.

Esta meta foi cumprida na totalidade, mas houve dificuldades com a realização dos exames complementares no município devido ao excesso na demanda e ao déficit de recursos, além dos usuários faltosos e com atrasos que também atrapalhou pra eles manter seus exames em dia. As principais ações que auxiliaram foram: capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e orientação dos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

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

A evolução desse indicador aconteceu da seguinte maneira: no 1º mês dos 10 usuários diabéticos cadastrados todos tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, atingindo 100% para esse indicador; no 2º mês 100% (23) dos usuários diabéticos cadastrados tinham os exames complementares em dia de acordo com o protocolo e no 3º dos 88 usuários diabéticos cadastrados os 88 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, atingindo 100% durante todos os meses.



Para poder cumprir com este indicador indicamos os exames complementares a todos os usuários que necessitavam e coordenamos com a gerente da UBS para marcar os exames destes usuários e os ACSs verificavam que eles fizessem os exames em tempo.

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

Com respeito a esse indicador temos no 1º mês de 27 só 17 usuários hipertensos atendidos faz uso dos medicamentos da Farmácia Popular, assim o indicador ficou em 63%, no 2º mês de 80 usuários hipertensos atendidos 71 fizeram uso de medicamentos da Farmácia Popular, atingindo 88,8% e no 3º mês dos 216 usuários hipertensos atendidos, 215 usavam medicamentos da Farmácia Popular, dessa forma conseguimos atingir 99,5% para esse indicador, como podemos observar na figura 3.

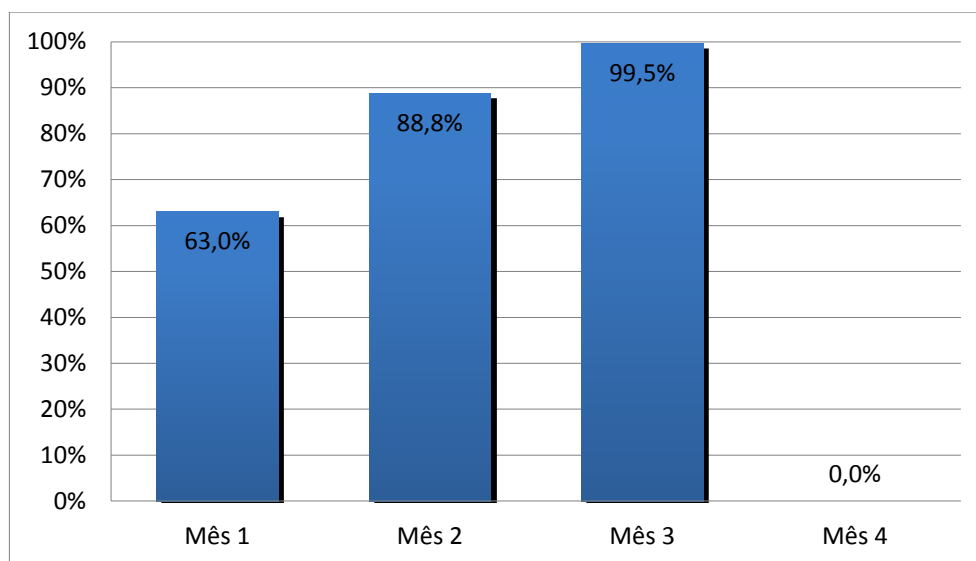


Figura 3. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Mossoró/RN, 2015.

Nesta meta não conseguimos atingir o proposto pela equipe devido ao déficit existente no município com algumas medicações que não cobrem a demanda, além de outras que não estão contempladas no programa e que são obtidas pelos usuários nas outras farmácias, especificamente, os hipertensos. Por último a pouca demanda de medicamentos distribuídos às unidades.

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

Neste indicador temos que no primeiro mês 07 dos 10 usuários diabéticos fazendo uso dos medicamentos na Farmácia Popular, atingindo 70%. No mês 2 foram 21 dos 23 usuários que fizeram uso dos medicamentos da Farmácia Popular, atingindo 91,3%. No mês 3 foram 86 dos 88 usuários fazendo uso dos medicamentos da Farmácia Popular atingindo 97,7%, como podemos observar na figura 4.

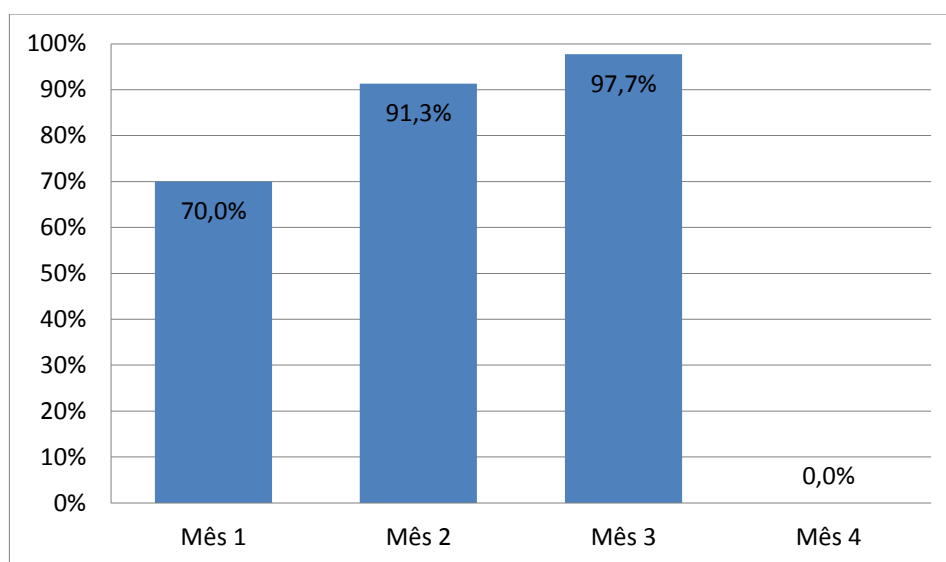


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Mossoró/RN, 2015.

Nesta meta também não conseguimos atingir o proposto pela equipe devido ao déficit existente no município com algumas medicações que não cobrem a demanda, além de outras que não estão contempladas no programa e que são obtidas pelos usuários nas outras farmácias, especificamente, os diabéticos. Por último a pouca demanda de medicamentos distribuídos às unidades.

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

A avaliação deste indicador ficou da seguinte forma: No primeiro mês dos 27 usuários hipertensos atendidos foram avaliados pela odontologia 25 usuários

atingindo 92,6%, no segundo mês dos 80 usuários hipertensos foram avaliados pela odontologia os 80 usuários, atingindo 100% e no primeiro mês de 216 usuários hipertensos foram avaliados 216 atingindo 100% do atendimento odontológico, como pode ser observado na figura 5. A evolução desse indicador não foi muito boa no primeiro mês, já no segundo mês, foi melhor, alcançando 100%.

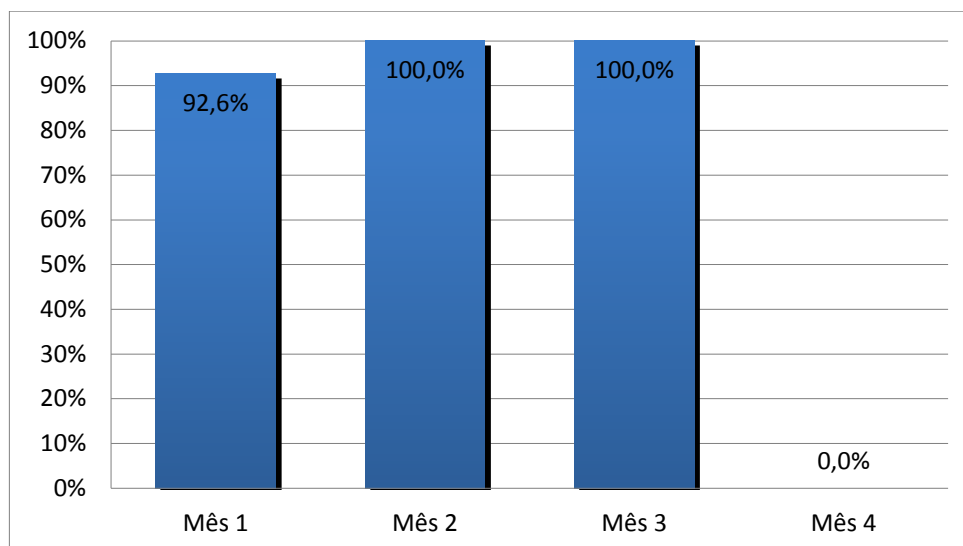


Figura 5. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Mossoró/RN, 2015.

Para poder cumprir com este indicador combinamos com a odontóloga da equipe de saúde para que ela fizesse os atendimentos odontológicos de todos os usuários que a necessitavam em tempo oportuno.

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

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários diabéticos ficou em 100% dos usuários nos três meses. Neste caso, no primeiro mês dos 10 usuários diabéticos atendidos foram avaliados pela odontologia 10 usuários atingindo 100%; No segundo mês dos 23 usuários diabéticos foram avaliados pela odontologia os 23 usuários atingindo 100% e no terceiro mês de 88 usuários diabéticos foram avaliados 88 atingindo 100% do atendimento odontológico.

As ações utilizadas foram as rodas de conversas, com a participação da odontóloga, e demais profissionais da equipe, a capacitação da equipe sobre

avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e as orientações da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos diabéticos.

Metas referentes ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos no programa.

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

Graças ao trabalho tanto da equipe e dos ACSs se incorporaram ao trabalho, na busca ativa dos usuários faltosos, este indicador ficou em 100%. Felizmente foi um êxito, apesar das dificuldades acontecidas na unidade, conseguimos atingir a meta proposta. Sem existir usuários faltosos as consultas durante todos os três meses de intervenção.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

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

Este indicador ficou em 100% também, dessa forma podemos concluir que a busca ativa tanto dos hipertensos como dos usuários diabéticos, foi realizada com êxito.

As principais ações que contribuíram adequadamente foram a identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade ou pela identificação nas visitas domiciliares, organização da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Metas referentes ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações de hipertensos e/ou diabéticos da área.

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

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

Neste indicador cumprimos com 100%, pois todos os usuários hipertensos estavam com as fichas de acompanhamento, assim como os usuários diabéticos, porque foi mantida a ficha.

As ações foram as seguintes: avaliação da qualidade dos registros específicos de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, tarefa realizada com ajuda do pessoal da recepção, orientação dos usuários e a comunidade sobre a manutenção dos seus registros de saúde e capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético.

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

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

Neste indicador também não tivemos problemas no primeiro mês, conseguimos atingir a meta proposta, ficando da seguinte forma: dos 27 usuários hipertensos que assistiram a consulta, foram avaliados os 27, atingindo 100%. No segundo mês aumentamos esse valor, já que foram avaliados 80 usuários hipertensos dos 80 cadastrados, atingindo 100% e no terceiro mês dos 216 que assistiram a consulta, conseguimos a proporção de hipertensos com risco cardiovascular por exame clínico em dia de 100% (216) dos usuários, atingindo 100% em todos os meses da intervenção.

Neste indicador, tivemos dificuldade com o especialista da atenção secundária, muitos usuários retornaram para nossa consulta sem essas das consultas com os especialistas da atenção secundária, já que muitos são fundamentais para realizar a estratificação de risco dos usuários.

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

Aqui conseguimos atingir a meta proposta e ficou assim: no primeiro mês dos 10 usuários diabéticos que assistiram a consulta, foram avaliados os 10, atingindo a proporção de 100%, no segundo mês foram avaliados os 23 (100%) usuários diabéticos cadastrados e no terceiro mês dos 88 que foram a consulta, conseguimos a proporção de diabéticos com risco cardiovascular por exame clínico em dia de 100% (88) dos usuários, atingindo dessa forma 100% em todos os meses da intervenção.

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

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

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

No indicador em questão, a resposta obtida foi ótima, todos os usuários hipertensos receberam as orientações nutricionais para 100%, no primeiro mês foram 27 usuários, no segundo mês foram 80 e no terceiro os 216 usuários que assistiram a consulta foram orientados com qualidade.

Por parte dos usuários diabéticos, aconteceu algo parecido, todos os diabéticos receberam as orientações nutricionais atingindo 100% para esse indicador, os números ficaram assim: no primeiro mês os 10 receberam as orientações, no segundo mês os 23 usuários diabéticos foram também avaliados e no terceiro mês os 88 que assistiram a consulta também foram orientados sobre a saúde nutricional.

As ações requeridas foram: orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos e diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações vai ser muito bom, pois melhora a qualidade de vida dos usuários hipertensos e a população em geral.

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

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

A evolução desse indicador ficou excelente tanto para os usuários hipertensos como para os usuários diabéticos, já que começando pelos hipertensos, os 27 avaliados no primeiro mês, receberam orientação sobre prática regular de atividade física, os 80 que assistiram no segundo mês também receberam as orientações e no terceiro mês, os 216 usuários hipertensos foram avaliados também atingindo 100%.

No caso dos diabéticos foi do mesmo jeito, muito bem aproveitadas as consultas para orientar, com a qualidade que os usuários necessitavam, aqui atingimos 100%. No primeiro mês, orientamos os 10 diabéticos, no segundo mês os 23 e no terceiro mês os 88 foram orientados corretamente.

As ações utilizadas na orientação sobre prática regular de atividade física nos hipertensos e nos diabéticos foram: orientação em relação à prática regular de atividade física para os usuários hipertensos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, organização de práticas coletivas para orientação de atividade física, capacitação da técnica de enfermagem sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

A evolução desse indicador foi 100%. Foram orientados sobre o tabagismo o total dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados a cada mês. Os 27 hipertensos e os 10 diabéticos no primeiro mês, os 80 hipertensos e 23 diabéticos no segundo mês e no terceiro mês tanto os 216 usuários hipertensos como os 88 usuários diabéticos, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No transcurso da intervenção foram desenvolvidas as ações seguintes: orientação sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mau hábito, para os usuários durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde e capacitação da técnica de enfermagem para o tratamento de usuários tabagistas.

Vai ser um objetivo manter todas as ações na rotina da unidade, mas devemos incrementar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", assim a população terá mais oportunidade para a escolha de opções.

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

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

Quanto à avaliação da saúde bucal, conseguimos orientar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos que foram consultar no transcurso da intervenção, os números foram os seguintes: Os 27 hipertensos e os 10 diabéticos no primeiro mês, os 80 hipertensos e 23 diabéticos no segundo mês e no terceiro mês tanto os 216 usuários hipertensos como os 88 usuários diabéticos, dessa forma o total dos hipertensos e o total dos diabéticos receberam as orientações com a qualidade necessária.

As ações principais foram: orientação sobre higiene bucal dos usuários diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, capacitação da técnica de enfermagem para oferecer orientações de higiene bucal e metodologias de educação em saúde.

## **4.2 Discussão**

Fazendo-se o resumo da intervenção com o tema escolhido por nós que tratou sobre as doenças crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na minha unidade básica de saúde, Dr. Sueldo Câmara, melhoramos a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Melhorou a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa e os registros das informações foram atualizados e reorganizados de uma maneira muito melhor.

A intervenção teve grande importância na minha UBS, já que ajudou tanto a todos os profissionais da equipe como a população em geral, para adquirir novos conhecimentos destas doenças e seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa de atenção à hipertensão e diabetes.



A intervenção fortaleceu a união da equipe de saúde de nossa unidade, promovendo o trabalho em conjunto, participando todos desde o médico até os ACS, apesar das dificuldades apresentadas.

No início da intervenção todos os integrantes da equipe de saúde deram a sua disponibilidade e durante esse processo trabalharam muito forte para conseguir as metas e objetivos propostos e mesmo sabendo que não foi possível atingir todas elas, fico muito satisfeito pelos resultados alcançados. O pessoal da recepção também fez um bom trabalho, baseado nas ações de saúde direcionadas à melhoria da atenção dos hipertensos e/ou diabéticos em nossa área de abrangência.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos eram só feitas pelo médico, logo ficou sendo responsabilidade do médico e da enfermeira da equipe de saúde e com o desenvolvimento da mesma isso mudou. Toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo com as exigências dos protocolos. Também foram organizados todos os arquivos de atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e da qualidade do acolhimento.

Além dos benefícios que agregou a intervenção para o serviço da atenção médica, temos os benefícios recebidos na comunidade, já que a população percebeu o impacto da intervenção e ficou mais integrada na rotina diária das atividades de nossa unidade de saúde.

Devido aos resultados obtidos na intervenção a mesma já fica incorporada na rotina do serviço em nossa unidade de saúde e para conseguir atingir as metas propostas que não foram atingidas por completo pensamos em ampliar o trabalho de conscientização na comunidade em relação a necessidade de atendimento dos usuários no programa de hipertensão e diabetes. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão municipal na realização dos exames e abastecimento da farmácia popular.

A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa UBS, continuar com o desenvolvimento de nossas atividades diárias, envolver mais profissionais da saúde nestes temas para assim atingir uma melhor qualidade de vida na população e ao final diminuir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis.

A intervenção teve uma grande importância para a equipe, pois exigiu que todos os membros da equipe se capacitassem para seguir as recomendações do Ministério da Saúde de acordo com os protocolos utilizados. Isto fortaleceu a união da equipe promovendo o trabalho em conjunto de todos seus membros, que no início da intervenção se comprometeram e durante esse processo trabalharam muito para conseguir as metas e objetivos propostos, só que por situações amenas não foi possível atingir nossas metas, ainda assim fico muito contente pelos resultados alcançados.

Antes do começo da intervenção, as atividades de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos eram concentradas só na médica, logo com o desenvolvimento da intervenção isso mudou: toda a equipe adquiriu responsabilidade no acompanhamento dos usuários de acordo com às exigências dos protocolos adotados viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. Também com a melhoria na organização dos diferentes arquivos de atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos e da qualidade do acolhimento e dos agendamentos das consultas houve uma otimização em nossa agenda de atenção aos usuários.

A nossa equipe pertencente a UBS Dr. Sueldo Câmara, localizada em Mossoró/RN ficou completa e bem organizada, após a realização da intervenção em 12 semanas nos meses de abril e Julho de 2015. Fizemos um conjunto de ações para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, estas ações foram planejadas por mim com o apoio da equipe durante o curso de especialização da saúde da família promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS).

Considero que o propósito da intervenção foi cumprido mesmo que tivemos algumas dificuldades, mas ao final, conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa unidade. O acolhimento dos usuários e do cadastro oportuno foi um passo decisivo para organizar nossas ações. Conseguimos diminuir o número de consultas em atraso e exames periódicos existentes, relacionado com o inadequado acompanhamento dos usuários.

Tenho certeza que os usuários notaram a nossa dedicação para melhorar a qualidade da sua atenção dentro e fora da consulta médica. Muitos usuários, no caso das doenças crônicas, desenvolviam complicações pela falta de acompanhamento e a família tinha ainda mais prejuízos econômicos e afetivos pela internação e complicações dos mesmos. Isso mudou com a implantação das ações

e a organização do processo de trabalho na unidade de saúde ampliando o acesso e a melhoria desta ação programática na UBS. Nota-se que os usuários também ajudaram muito, pois fizeram com que nos esforçássemos para que as ações desenvolvidas tivessem a qualidade desejada.

Também conseguimos uma maior interação entre os profissionais da unidade e as famílias, aumentando a qualidade das orientações sobre alimentação saudável, à prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal, cuidados próprios de cada usuário para evitar este tipo de doença e/ou as complicações e outros temas em saúde. A equipe organizou ações na comunidade que ajudaram a melhorar o atendimento e o fluxo de usuários, assim com os prontuários dos usuários que foram organizados para melhorar o acesso.

Destaca-se que a comunidade pode ajudar a melhorar a saúde da população por isso a equipe solicita o constante apoio desses usuários e comunidade em geral para que possam participar das ações em grupos, pois precisamos trabalhar ainda mais com as famílias, fazendo-as interagir entre si e com a comunidade, só assim conseguiremos aumentar a qualidade de vida nos setores mais carentes do Brasil.

Caso eu fosse realizar a intervenção neste momento, faria uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe contasse com a identificação dos principais problemas da população, assim com as potencialidades e debilidades para enfrentar a intervenção. Também se tivesse estudado mais a situação do município compreender os aspectos que dependem da gestão como a realização dos exames e o abastecimento da Farmácia Popular. Também teria comprometido mais os líderes comunitários para buscar maior participação da comunidade nas atividades desenvolvidas na intervenção.

Além disso, se eu tivesse planejado a intervenção sem que fosse interrompida nas minhas férias, poderia ter mais participação e também poderia ter envolvido mais especialistas na ajuda desta intervenção.

Devido aos resultados proveitosos obtidos na intervenção a mesma já fica incorporada na rotina do serviço. Para conseguir atingir as metas propostas que não foram atingidas por completo, pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de atendimento desta ação programática. Também continuaremos solicitando o apoio da gestão municipal na realização dos

exames e abastecimento da Farmácia Popular. Além disso, continuaremos o monitoramento e desenvolvimento das ações.

A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa UBS, continuar com o desenvolvimento de nossas atividades diárias, envolver mais profissionais da saúde nestes temas para assim buscar uma melhor qualidade de vida na população e ao final, diminuir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis e outras que possam ser evitadas no que tange ao trabalho da APS.

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

Prezado Gestor,

Este relatório tem como objetivo fundamental apresentar para os gestores de saúde do município de Mossoró/RN, os resultados da intervenção realizada pela equipe de saúde da UBS Doutor Salem Duarte durante três meses de trabalho (período de Abril a Julho de 2015) com o objetivo de melhorar a atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade.

A intervenção foi realizada com o acompanhamento do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS).

Após a realização da análise da situação de saúde de nossa comunidade e identificação dos principais problemas de saúde de nossa população, notamos que as doenças crônicas não transmissíveis especificamente a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tinham uma alta incidência em nossa população. Percebemos também uma baixa cobertura no programa de HIPERDIA. Então nossa equipe decidiu fazer um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Foram estipuladas metas e planejadas ações que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido previamente pela equipe para ser cumprido em um período de três meses e contando sempre com a ajuda da gestão. Finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a unidade de saúde e a equipe em geral, que ganhou em conhecimento e a unidade avançou bastante na organização do trabalho.

Durante a intervenção garantimos o atendimento a 216 (25,7%) usuários com hipertensão, o que para nossa equipe é um bom resultado para um projeto de apenas três meses. A cobertura dos usuários com diabetes foi de 88 (36,7%) usuários com Diabetes Mellitus. Nossa meta não foi cumprida neste indicador, mas estamos satisfeitos com os resultados já que estamos conscientes das dificuldades para alcançar essa meta no tempo proposto.

Em relação ao atendimento de odontologia, conseguimos avaliar quase a totalidade dos usuários e o mais importante é que garantimos ter um odontólogo fixo na nossa equipe que vai continuar trabalhando em cada um dos programas de saúde da população.

Em relação à busca ativa dos faltosos à consulta, no princípio os agentes de saúde tiveram um papel fundamental na pesquisa dos faltosos na consulta depois começamos a ter dificuldades com o transporte nas visitas domiciliares.

Todos nossos usuários cadastrados foram submetidos a exame clínico completo e a estratificação de risco cardiovascular. Indicamos exame complementares a todos os usuários conforme regulamenta o Ministério da Saúde. Também com relação a atualização do registro, ficha-espelho de acompanhamento e os prontuários melhoramos o controle dos usuários com consultas, exames, classificação de risco, entre outras ações. Outro resultado favorável foi que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal e riscos do tabagismo.

Nossa equipe está muito satisfeita com os resultados de nosso projeto de intervenção, já que garantimos principalmente que nossos usuários tivessem mais conhecimento sobre suas doenças, que entendessem como é conviver com elas e o que fazer para mantê-las controladas. Acho que este projeto é a porta para outros projetos e novas ideias de trabalho para melhorar a qualidade de vida de nossa população, que é o mais importante e nosso maior propósito.

Temos também que agradecer a gestão por ter proporcionado apoio, providenciando os materiais utilizados na intervenção como: fichas-espelho, esfigmomanômetro e glicosímetro. Esperamos poder continuar contanto com este apoio e que possamos conseguir muitos outros benefícios para a população.

Atenciosamente,

Equipe da UBS Doutor Sueldo Câmara

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

Prezada Comunidade,

Este relatório tem como objetivo fundamental apresentar a comunidade os resultados obtidos na intervenção realizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde Doutor Sueldo Câmara, durante três meses de trabalho (período de Abril a julho de 2015), para qualificar a atenção oferecida aos usuários com hipertensão e diabetes. Depois de fazer uma análise da situação de saúde de nossa comunidade e identificar os principais problemas de saúde de nossa população, percebemos que muitas pessoas sofrem Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, os hipertensos e diabéticos não tinham um seguimento adequado e os registros e prontuários não estavam atualizados. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes usuários, foi planejado um grupo de metas e ações para alcançá-las no prazo de três meses.

Organizamos um cronograma com todas as ações para desenvolver durante o período de trabalho. Todas estas ações foram desenvolvidas de acordo com o cronograma previamente definido pela equipe de trabalho.

Os resultados obtidos ao final foram muito favoráveis tanto para a comunidade, como para a equipe e a unidade de saúde em geral. Esta intervenção foi muito importante para a comunidade já que modificamos estilos de vida não saudáveis por estilos de vidas saudáveis e com ele melhoramos a qualidade de vida dos usuários. Também garantimos que a comunidade tivesse um maior conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis, especificamente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, já que estas doenças são o principal problema de saúde de nossa população. Realizamos atividades de promoção e

prevenção de saúde não só com os usuários do programa HIPERDIA, mas com toda a comunidade, explicando quais são os principais fatores de risco e como prevenir, para desta forma evitar a aparição de casos novos.

Ao final garantimos o atendimento a 216 (25,7%) usuários com hipertensão, nos usuários com diabetes foram avaliados 88 (36,7%) usuários. Em relação ao atendimento de odontologia, não conseguimos avaliar a 100% dos usuários, mas o mais importante é que garantimos atender a maioria deles. A cada usuário atendido na consulta foi feito exame físico clínico, estratificação de risco cardiovascular, foram indicados exames complementares e avaliados os resultados. Também garantimos o registro adequado nas fichas de acompanhamento de todos os usuários. Realizamos sempre orientação em saúde, falando sobre nutrição, tabagismo, prática regular de atividades físicas, controle do peso corporal e sobre higiene bucal.

Os usuários demonstraram satisfação com a prioridade e qualidade no atendimento. Toda a equipe trabalhou com muita dedicação, não só a equipe de saúde, mas todos os funcionários da unidade de saúde. Os usuários estão muito agradecidos por ter uma equipe de saúde completa, por contar com um médico, enfermeira, odontólogo e agentes comunitários de saúde que se preocupam com eles e trabalham por melhorar sua qualidade de vida.

A comunidade pode continuar apoiando a equipe participando nos grupos de hipertensos, diabéticos e nas palestras desenvolvidas pela equipe, assim como se responsabilizando em relação a boa assistência nas consultas programadas e a melhoria de seus estilos de vida.

Atenciosamente,

Equipe da UBS Doutor Sueldo Câmara



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

Como aluno da especialidade, acho que o curso todo foi muito importante para melhorar nossos conhecimentos sobre a saúde da família. Foi de muita importância a participação ativa dos alunos nos fóruns, ajudou a nosso crescimento como profissional, os casos interativos foram muito interessantes e nos permitiu adquirir os conhecimentos necessários para enfrentar as doenças mais comuns que enfrentamos no dia a dia em nosso trabalho diário nas Unidades Básicas de Saúde, além das dificuldades que apresentei com a internet, já como especialista em medicina geral integral meu dever é levar todo meu conhecimento sobre a prática médica para a comunidade, para melhorar a qualidade de vida de toda a população para a qual trabalhamos que é o principal objetivo de nosso trabalho em Brasil.

Achei muito interessante os protocolos de atendimento estabelecidos pelo SUS para a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, já que são diferentes dos protocolos que eu já conhecia, dessa forma estou conhecendo novos métodos de atenção.

Nosso objetivo é melhorar a qualidade de vida da população acho que com o projeto que estamos implementando na Unidade de Saúde, em pouco tempo conseguiremos melhorar todos os índices de morbimortalidade e, diminuir os principais fatores de risco, além de que a população conheça a importância da

prática regular de atividades físicas, de uma alimentação saudável e do risco de tabagismo na aparição destas doenças.

Além disso, é importante comentar o espaço do DOE, onde minha orientadora me ajudou muito neste espaço, com o objetivo de poder atingir a proposta do curso de especialização, ademais também para corrigir as tarefas que precisavam ser ajeitadas, os TQCs contribuíram para melhorar meus conhecimentos da saúde brasileira e poder oferecer um serviço com mais qualidade para a população de nossa Unidade Básica de Saúde. Os textos disponibilizados pelo curso foram de muita ajuda, já que mediante os mesmos conseguimos aprender sobre a saúde da família no Brasil para poder cumprir com nosso principal objetivo de melhorar a qualidade de vida da população brasileira, o curso foi interessante e com ele elevamos nossas capacidades e conhecimentos para o desenvolvimento de nosso trabalho nas comunidades.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. Brasília – DF, 2013. 160 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n° 37. Brasília – DF, 2013. 128 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

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

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Classificar e Filtrar e Localizar e Selecionar Edição

Limpar

Área de Trans... Fonte Alinhamento Número Estilo Células

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1														
Indicador	Nome do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opacitor de hipertensão	Opacitor de diabetes	Opacitor com controle adequado de glicemia (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de pressão arterial (em % de pacientes com controle)	Tabulete medicamentoso (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de colesterol (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de triglicéridos (em % de pacientes com controle)	Fator de risco para doença cardiovascular (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de hipertensão (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de diabetes (em % de pacientes com controle)	Opacitor com controle adequado de hipertensão e diabetes (em % de pacientes com controle)
Observação e de preenchimento	Atividade de prevenção	Nome	Em usar	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														

Pronto

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

13:22 13/08/2015

## Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO		PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS		Departamento de Medicina Social		UFPEL	
Data do ingresso no programa ___/___/_____		Número do Prontuário: _____		Cartão SUS _____			
Nome completo: _____		Data de nascimento: ___/___/_____		Telefones de contato: _____			
Endereço: _____		Nome do cuidador: _____					
Necessita de cuidador? ( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não		Tem HAS e DM? ( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não		Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____			
Tem HAS? ( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não		Tem DM? ( <input type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> Não		Data da primeira consulta odontológica ___/___/_____		Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm	
MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO				FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS			
DATA				DATA			
POSOLOGIA				Glicemia de Jejum			
Hydroclorotiazida 25 mg				HGT			
Captopril 25 mg				Hemoglobina glicosilada			
Enalapril 5mg				Coolesterol total			
Enalapril 10 mg				HDL			
Losartan 50 mg				LDL			
Propranolol 40				Triglicérides			
Atenolol 25 mg				Creatinina Sérica			
Atenolol 50 mg				Potássio sérico			
Anlodipina 5 mg				Triglicérides			
Anlodipina 10 mg				EQU			
Metformina 500 mg				Infecção urinária			
Metformina 850 mg				Proteinúria			
Glibenclamida 5 mg				Corpos cetônicos			
Insulina NPH				Sedimento			
Insulina regular				Microalbuminúria			
				Proteinúria de 24h			
				TSH			
				ECG			
				Hemograma			
				Hematócrito			
				Hemoglobina			
				VCM			
				CHCM			
				Plaquetas			

## **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