

**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 aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da  
ESF São Bom Jesus, Soledade-RS**

**Lídice Iglesias Arzola**

**Pelotas, 2015**

**Lídice Iglesias Arzola**

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da  
ESF São Bom Jesus, Soledade-RS**

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

Orientador: Manoel Messias Santos Alves

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

A797m Arzola, Lídice Iglesias

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da  
ESF São Bom Jesus, Soledade-RS / Lídice Iglesias Arzola; Manoel  
Messias Santos Alves, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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. Alves, Manoel Messias  
Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho às pessoas que estiveram me apoiando durante essa realização, em especial, minha família que ainda de longe me deram forças e acreditaram em mim.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e avós, que ainda de longe sempre me incentivaram com seu amor e apoio.

Ao meu orientador Manoel Messias, por ser um excelente profissional e ter me acompanhado e ajudado no decorrer da especialização, dando o melhor de si, Obrigada!

Ao meu namorado Wilder, por ter me dado ânimo para seguir a diante com o estudo e o trabalho.

Agradeço também a toda minha equipe por sua dedicação nessa trajetória, a e toda comunidade da ESF São Bom Jesus, que colaboram no desenvolvimento da intervenção.

## Resumo

ARZOLA, Lídice Iglesias. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da Estratégia Saúde da Família São Bom Jesus, Soledade-RS.** 2015. 80f. 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.

Ultimamente as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são a maior causa de mortalidade da população adulta, independente do sexo. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as DCNT mais frequentes, além de importantes fatores de risco para complicações. Devido as altas taxas de morbimortalidade relacionado a essas doenças é considerado um problema de saúde que deve ser priorizado na Atenção Primária para evitar hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013). Por esse motivo foi implementando uma intervenção com o objetivo principal de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF São Bom Jesus. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus encontra-se situada na Vila Bom Jesus, pertence ao município Soledade-RS. Quanto a metodologia, foram utilizados prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados, ficha espelho, e os protocolos do Ministério da Saúde referente a atenção a atenção aos hipertensos e diabéticos. A intervenção realizada teve duração de 12 semanas, sendo implementada no dia 06 de abril e finalizada em 25 de julho de 2015. Devido ao fato dos registros referente a população alvo estarem desatualizados durante a fase da Análise Situacional da UBS, foi utilizado a estimativa de 574 usuários hipertensos e 142 usuários diabéticos, apresentada na Planilha de Coleta de Dados. A quantidade geral de hipertensos acompanhados durante a intervenção correspondeu a 259 usuários (45,1%). E em relação aos usuários diabéticos, a quantidade geral de diabéticos acompanhados durante esse período foi de 54 usuários (38%). Dentre as principais ações realizadas pela equipe durante esse período destaca-se o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, capacitações para a equipe conforme preconizações do Ministério da Saúde. A intervenção propiciou uma melhora significativa na qualidade da atenção da população alvo e também nos registros desta ação programática. Em conclusão, a intervenção trouxe impactos positivos para a equipe, pois abriu espaço para novos conhecimentos, permitiu à busca coletiva de soluções, a participação conjunta em atividades, e os usuários acompanhados mostraram satisfação com o atendimento.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.....	53
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.....	55
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.....	59
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.....	60

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

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde
<b>CA</b>	Câncer
<b>CAP</b>	Caderno de Ações Programáticas
<b>CEO</b>	Centros de Especialidades
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>PIM</b>	Primeira Infância Melhor
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	8
<b>1 Análise Situacional</b> .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
<b>2 Análise Estratégica</b> .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística .....	39
2.3.4 Cronograma.....	45
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	52
<b>4 Avaliação da intervenção</b> .....	54
4.1 Resultados.....	54
4.2 Discussão .....	64
<b>5 Relatório da intervenção para gestores</b> .....	66
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</b> .....	69
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b> .....	71
<b>Referências</b> .....	73
<b>Anexos</b> .....	74

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização de Saúde da Família, modalidade a distância, através da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Soledade/RS, visando à qualificação da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos desta área.

O volume está organizado em sete partes, na primeira parte é apresentando a análise situacional da UBS com diferentes aspectos do serviço realizado, bem como os problemas detectados; Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, em que foi construído um projeto de intervenção, com justificativa, objetivos, metas, indicadores, metodologia, logística e cronograma; A terceira parte apresenta é composto pelo relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso; Na quarta parte encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde referente aos objetivos e metas propostas e em seguida com uma discussão reflexiva dos resultados obtidos; Na quinta e sexta parte foi apresentado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade respectivamente; e na sétima e última parte há reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Ao final do volume são apresentados os referenciais bibliográficos e anexos e utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus encontra-se situada na Vila Bom Jesus, pertencente ao município Soledade, Rio Grande do Sul. Soledade possui uma área de 1.213,41 Km<sup>2</sup>, pertence à Microrregião de número 13 e está localizada no norte do estado, no Planalto Médio sul-rio-grandense, no Alto da Serra do Botucaraí, a 726 metros acima do nível do mar, a cidade é conhecida como a capital das pedras preciosas pela industrialização de pedras principalmente e tem uma população de aproximadamente 30065 habitantes. A UBS São Bom Jesus dá cobertura a aproximadamente 1072 famílias, que formam um total de 3776 pessoas, as quais são beneficiadas pelas ações de Atenção Básica. Deste total, 321 estão na faixa etária de 0 a 06 anos; 600 pessoas estão com idade entre 07 a 24 anos; e uma quantidade de 2855 pessoas de 25 e mais idade.

A comunidade assistida é predominantemente urbana, pois ainda tem alguns moradores isolados em áreas rurais, por isso, pode ser considerada como mista, e está formada por três micro áreas ou microrregiões, cada uma delas com fácil acesso a UBS

Em relação à estrutura física, a UBS Bom Jesus possui 13 compartimentos: 01 sala de espera, 01 recepção, 01 sala de estoque de medicamentos, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório de odontologia, 01 sala para realizar curativos, 01 consultório para atendimento ginecológico, 01 sala de vacina, 01 cozinha, 01 sala para insumos, 01 sala de reunião, e 01 banheiro. Dessa forma, a UBS apresenta boas condições em sua estrutura, com abastecimento de água potável e fornecimento de energia elétrica adequada, que facilitam uma boa organização e distribuição do trabalho.

A equipe de saúde da UBS é formada por: 01 médica, 01 enfermeira, 01 técnica em enfermagem, 01 odontóloga, 01 auxiliar em saúde bucal, 03 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e 01 auxiliar de limpeza. Quanto o horário de trabalho, a UBS funciona todos os dias pelas manhãs das 07:30hs às 11:00hs e continua no período da tarde a partir das 13:00hs as 17:30hs.

Em relação ao planejamento de trabalho, é realizado pela equipe para todo o mês, sendo programadas consultas médica de manhã, e nas tardes alternando com visitas domiciliares, consultas com médico obstetra e com nutricionista uma vez ao mês. São realizadas ações em saúde com os diferentes grupos constituídos por: hipertensos e diabéticos, gestantes, puericultura e adolescentes. Uma vez ao mês a equipe de saúde assiste às conferências oferecidas pelo programa Telessaúde com a participação de todos para a troca de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas a respeito de diversos temas voltados a Atenção Básica.

Os principais problemas de saúde evidenciados na comunidade são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e as deficiências físicas e mentais, e como as principais doenças transmissíveis destacam-se as infecções respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas ocasionadas por parasitas e pelo consumo de água não tratada, problemas estes de saúde muito frequentes em outras comunidades também e que constituem um risco para a saúde pública.

Os encaminhamentos de urgência e as consultas com alguns especialistas são realizados para o Hospital da cidade, e em situações de avaliação mais especializada ou devido à ausência de tecnologia para realização de determinados exames, os usuários são encaminhados para o município de referência, Passo Fundo/RS.

A UBS até o momento tem um correto funcionamento, a equipe mantém boas relações interpessoais com a comunidade assistida, que demonstra agradecimento e satisfação com benefícios obtidos a sua saúde. Desde o começo do meu trabalho nesta USB percebi que a população está se sentindo acolhida e bem atendida, a equipe tenta sempre solucionar as queixas de saúde da comunidade, fornecendo o melhor serviço disponível à mesma.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Soledade está localizado no norte do Rio Grande do Sul, no planalto médio sul-rio-grandense, no Alto da Serra do Botucaraí a 726 metros acima do nível do mar, possui uma área de 1.213,41 km<sup>2</sup> e pertence à Microrregião de número 13. A cidade é conhecida como a capital das pedras preciosas pela industrialização de pedras e possui uma população de 30145 habitantes (IBGE, 2010).

O município tem uma Secretaria de Saúde, um Hospital Central, 03 UBS tradicionais e 06 UBS com equipe de Estratégia à Saúde Família (ESF), não tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), tem disponibilidade de exames laboratoriais gratuitos para a população com um total de seis laboratórios atuantes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente relatório é sobre a análise situacional da UBS São Bom Jesus, na qual atuo como profissional médica integrante no Programa Mais Médicos Brasil (PMMB), juntamente com uma equipe de ESF. A UBS está diretamente vinculada ao SUS e oferece cobertura aproximadamente a 3776 pessoas, distribuídas em 1072 famílias cadastradas e acompanhadas na Atenção Básica. A comunidade assistida é predominantemente urbana, pois ainda tem alguns moradores isolados em áreas rurais, por isso a UBS pode ser considerada como mista, e a população assistida está distribuída por três micro áreas ou microrregiões, cada uma delas com fácil acesso a UBS.

A equipe de saúde está constituída pelos seguintes profissionais: uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar em saúde bucal, três ACS, uma auxiliar de limpeza e uma assistente do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), este é um programa criado pelo estado Rio Grande do Sul, sobre a coordenação da Secretaria de Saúde e apoio de outros setores e que tem por objetivo orientar às famílias a partir da sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde sua gestação até os seis anos de idade, mas na nossa UBS está estabelecido até os dois anos da criança, indicado pela Secretaria de Saúde. Quanto ao horário

de trabalho, a UBS funciona todos os dias pelas manhãs das 07:30hs às 11:00hs e no período da tarde a partir das 13:00hs às 17:30hs.

Em relação à estrutura física, a UBS São Bom Jesus foi adaptada para se tornar um estabelecimento de saúde, e atualmente possui os seguintes compartimentos: uma sala de espera, uma recepção, uma sala para armazenamento de medicamentos, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala para realizar curativos, um consultório para atendimento ginecológico, uma sala de vacina, uma cozinha, uma sala para guardar os insumos, uma sala de reunião, e dois banheiros, sendo um destinado aos usuários e outro para os profissionais. A sala de recepção é de tamanho adequado para aproximadamente 30 usuários, algumas das cadeiras não têm revestimento e como solução elas são colocadas bem perto das paredes para melhor conforto dos usuários. A sala dos ACS é a mesma onde se fazem as reuniões da equipe, nela há televisão, mesa com cadeiras para cada um dos profissionais, computadores e arquivo. Os banheiros têm boas condições e há um sanitário adaptado para pessoas com deficiência. É importante informar que a sala de procedimentos é a mesma para fazer os curativos, descontaminação e esterilização dos materiais devido à falta de espaço físico, o que constitui um fator de risco, pois não se devem fazer curativos no lugar onde se faz a esterilização de instrumentos para evitar a contaminação.

Quanto às barreiras arquitetônicas, a UBS tem rampa com corrimão para pessoas com deficiência e tem uma pequena escada na calçada de quatro degraus que não tem corrimão. Os gestores do município passaram a conhecer as limitações, e foram informados também ao secretário municipal de saúde. Em relação ao processo de trabalho e as atribuições dos profissionais, a equipe tem um mapeamento do território definido para atuar e o planejamento das atividades é realizado em conjunto, os atendimentos de urgência e emergência são realizados com a estabilização do usuário e em seguida com o encaminhamento para o hospital, já que a UBS não tem salas para atendimento e tratamento clínico ambulatorial, além de não estar habilitada para tratar emergências.

A equipe tem formado alguns grupos de usuários, mas ainda faltam outros que são de muita importância como grupos de combate ao tabagismo, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico e prevenção de câncer (CA) ginecológico. O trabalho da equipe em ocasiões se vê afetado pela falta de participação de alguns usuários, principalmente os idosos dos grupos de diabéticos

e hipertensos, já que é de muita importância desenvolver atividades educativas com estes usuários e demais ações que priorizem os grupos com fatores de riscos comportamentais com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, e interferir positivamente no processo saúde-doença, e no desenvolvimento da autonomia individual e coletiva. É necessário procurar resolver essas limitações com a colaboração de toda a equipe, bem como o apoio dos gestores municipais dentro de suas possibilidades, como financiar pequenas atividades festivas para motivá-los estes grupos de usuários.

Como já ressaltado, o total de usuários cadastrados na UBS São Bom Jesus é de 3776 pessoas, quantidade considerada adequada para atuação de uma equipe de ESF, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS). A distribuição da população da por sexo e faixa etária está bastante condizente às estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com um total de 1928 mulheres e de 1848 homens; com 30 crianças menores de 01 ano; 166 com idade entre 01 a 04 anos; 328 crianças de 05 a 09 anos; 397 com idade entre 10 a 14 anos; 420 jovens com idade entre 15 a 19 anos; com 2041 de usuários adultos, com a faixa etária de 20 a 59 anos; e 394 usuários maiores de 60 anos. Desse total, 1289 são de mulheres em idade fértil, (10 a 49 anos), e 552 mulheres com idade entre 50 e 69 anos.

A equipe tem se dedicado a proporcionar um acolhimento adequado aos usuários todos os dias e horários de funcionamento, em que ocorre a avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidade social para a tomada de decisões e evitar o excesso de demanda espontânea. A princípio, os usuários passam por uma consulta de enfermagem, e após essa triagem são direcionados para os diferentes tipos de atendimento, essa organização favorece o aprimoramento da atenção e a resolução rápida de alguns problemas de saúde. O horário de atendimento da odontóloga é todos os dias pelas manhãs, pois tem que prestar atendimento em outra UBS pela falta no município destes profissionais. Todas as consultas solicitadas para o médico por problemas de saúde agudos são atendidas e o horário de trabalho é cumprido estritamente o que permite dar satisfação à população.

Na UBS Bom Jesus antes da minha chegada já estava criado o programa de puericultura, mas não estava funcionando adequadamente, já que somente eram aferidas as medidas antropométricas e a vacinação das mesmas, as crianças tinham um atendimento regido por um manual técnico do ano 2010 feito pela secretaria de

saúde que atende as recomendações do MS, mas faltava ainda a realização de um exame físico completo e uma atenção mais profunda do estado nutricional das crianças pela falta de pediatra na UBS, por este motivo comecei fazer as consultas de puericultura uma vez ao mês no horário da tarde para aumentar a qualidade do programa com uma boa aceitação e satisfação das mães.

O cadastro da criança é feito no prontuário de atendimento individual, no formulário especial de puericultura e na ficha espelho de vacinas, a enfermeira tem o arquivo específico para os registros dos atendimentos e é revisado com uma frequência mensal e utilizado para o monitoramento destas ações. Segundo os registros na UBS, há um total de 30 crianças menores de um ano, que corresponde ao indicador de cobertura de 67% estimado no CAP. Dentre os indicadores de qualidades encontrados com o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP), destacam-se o de primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, triagem auditiva, realização do teste do pezinho antes dos sete dias de vida, vacinas em dia, orientações sobre aleitamento materno exclusivo e orientações sobre a prevenção de acidentes foram 100%, já que as atividades educativas para o grupo de puericultura são realizadas com grande participação das mães e os membros da equipe. Devido a falta de atualização dos registros em nossa UBS, não foi possível calcular a quantidade das demais crianças com idade entre 01 a 06 anos.

O atendimento pré-natal na UBS é oferecido pelo ginecologista-obstetra, com minha atuação, e também da enfermeira no pré-natal de baixo risco, estabelecido assim pela secretaria de saúde, temos o protocolo de atendimento pré-natal (2013) fornecido pelo MS, o qual é utilizado pela equipe para o desenvolvimento das ações estabelecidas, os atendimentos às gestantes ficam registrados no formulário específico, ficha odontológica e ficha espelho de vacinas. A enfermeira da unidade se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal, para avaliação e o monitoramento utilizando o registro específico de pré-natal e as fichas espelho das gestantes. Toda a equipe participa nos grupos de gestantes para dar as orientações referentes à importância destas consultas pré-natais com temas e ações voltadas a vacinação, aleitamento materno, trabalho de parto entre outros temas de interesse e importância para a gestante, mas é pouca a participação destas usuárias no grupo. O indicador de cobertura do pré-natal foi de um 32% do estimado no CAP, com um total de 18 gestantes, um



valor baixo e precisamente por isto o indicador de qualidade é alto, já que ao ter menos gestantes à qualidade da assistência às mesmas são maiores, os indicadores de qualidade da atenção pré-natal avaliados são adequados.

Em relação a atenção puerperal, não foi evidenciado aspectos negativos em nosso serviço, sendo a quantidade estimada de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses foi de 30 mulheres, correspondente a 67% da estimativa do CAP, e todas elas tiveram consulta antes dos 42 dias de pós-parto e receberam as orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar.

Na UBS a coleta de exame citopatológico é realizada pela enfermeira todos os dias e em todos os turnos, de forma organizada já que ela mesma dá a orientação aos ACS para procurar aquelas usuárias registradas com atraso na realização do preventivo e de forma programática, mas o exame diagnóstico de câncer de mama é realizado de forma desorganizada sem adotar protocolo para sua realização. Conforme nossos registros, o total de mulheres entre 25 e 64 anos de idade residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é de 433 mulheres, e 370 mulheres entre 50 e 69 anos, correspondendo a 42% e 96% da estimativa do CAP respectivamente. Os atendimentos das mulheres que realizam a coleta do exame citopatológico são registrados no livro específico, prontuário clínico e formulário especial, e também há outro arquivo para registrar os resultados coletados, o qual é revisado por ela semanalmente com objetivo de verificar mulheres com exame de rotina em atraso e verificar mulheres com exame alterado em atraso. No caso das mamografias não há registro na UBS para o monitoramento regular destas ações e uma das medidas adaptadas foi a criação deste registro com a atualização de exames preventivos para detecção de alterações nas mamas. A equipe de saúde da UBS não tem formado grupo de mulheres para a realização de atividades educativas, mas são realizadas atividades de educação individual a cada mulher que busca a nossa UBS compreendida nesta faixa etária, orientações dadas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientações para eliminar o hábito de fumar, sobre modificação dos hábitos dietéticos, entre outras.

Há um total de 390 hipertensos, correspondente ao indicador de cobertura de 46% da quantidade de hipertensos estimada no CAP, que seria 844 usuários, devido esse baixo quantitativo, é necessário realizar uma busca ativa de novos

usuários com esta doença para realizar o cadastro. Em relação aos indicadores de qualidade, há um total de 235 dos usuários hipertensos (60%), acompanhados na UBS estão com a realização de estratificação de risco cardiovascular em dia, além desse problema, há também a pouca participação dos usuários no grupo HIPERDIA da UBS e nas atividades coletivas, a maioria das orientações para estes usuários são individuais. Sempre que o usuário chega a unidade é aferida sua pressão arterial e seu peso e posteriormente é realizada a consulta médica com caráter integral e especificando na doença de base, também são dadas as orientações para alguns usuários que não querem reconhecer sua doença e tentamos produzir adesão ao tratamento clínico farmacológico e não farmacológicos. Os atendimentos programados são realizados seguindo os protocolos técnicos de HAS e DM, com orientações sobre a prática de exercícios físicos e alimentação saudável, elaborados pela secretaria de saúde do ano 2010 e que coincide com os protocolos do MS. Não temos um arquivo específico para registrar estes atendimentos, mas sim para as atividades grupais e o monitoramento das mesmas. As consultas destes usuários são realizadas em qualquer horário do dia, o qual interfere com os atendimentos de demanda espontânea, sendo necessário, uma melhor organização nesse serviço. Algo que já estamos providenciando e debando nas reuniões com toda a equipe.

A quantidade de usuários diabéticos cadastrados na UBS é de 86, que corresponde a 36% do indicador de cobertura estimado no CAP, para o total de do total de 241 diabéticos, esse baixo quantitativo pode ser por falta de pesquisas na população, mas nos usuários hipertensos que chegam à UBS para acompanhamento é feito sempre o teste rápido de glicose. Do total 53% (46 usuários) estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em dia. Com exames complementares periódicos em dia e com orientação nutricional para alimentação saudável em 100%, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com medida de sensibilidade dos pés nos últimos três meses e com avaliação de saúde bucal um total de 69 usuários (80%) dos usuários e com orientação de atividade física regular só 45 usuários ( 52%), sendo este uns dos indicadores de qualidade mais baixo. Na UBS damos atendimento e acompanhamento aos usuários com DM todos os dias da semana e em qualquer turno, e fornecido o atendimento para qualquer problema agudo e temos para um melhor controle o teste rápido de glicose capilar que sempre é realizado em cada usuário portador desta doença quando assiste a consulta, sempre é registrado no

prontuário estes dados. A participação destes usuários nas atividades grupais também é pouca, como acontece com os usuários hipertensos.

O total de usuários maiores de 60 anos é de 394 idosos, correspondente a uma cobertura de 77% de acordo com a estimativa encontrada no CAP que foi de 515 idosos. Não existe caderneta de saúde do idoso não fica disponível para nenhum destes usuários, assim como o indicador referente à realização de avaliação multidimensional rápida que está em 5% sendo avaliados apenas 20 usuários, pelo não conhecimento do instrumento utilizado como guia para realizar esta avaliação, de igual forma acontece com o com investigação de indicadores de fragilização na velhice que é de 5%, temos uma quantidade de 186 (46%) usuários com HAS é 38 (10%) usuários idosos diabéticos, conforme o preenchimento do CAP. Em todos esses usuários acompanhados, é realizada avaliação de risco para morbimortalidade, são orientados para hábitos alimentares saudáveis, e sobre a realização de atividade física regular a todos eles.

Vale ressaltar que 260 (60%) desses usuários idosos estão com avaliação de saúde bucal em dia na UBS. A equipe desenvolve o programa da terceira idade juntamente com o centro de assistência social, onde são realizadas as atividades de grupo dos usuários da nossa UBS em conjunto com idosos de outras localidades, mas apenas 70 a 80 dos idosos comparecem regularmente a esses grupos quase 20% do total. O cuidado domiciliar aos idosos é realizado através das visitas domiciliares de rotina pelos ACS e posteriormente com a presença dos demais profissionais da equipe para melhorar ainda mais a qualidade da atenção a esses usuários.

Quanto a assistência a saúde bucal, os dados existentes na UBS não são fidedignos visto que não há uma organização adequada dos registros de dados em nosso serviço no momento, mas a equipe já está buscando melhorias para essa situação.

Pode-se concluir que os principais desafios existentes na UBS estão relacionados às ações programáticas; com a pouca participação dos usuários hipertensos, diabéticos e idosos nas atividades em grupos; bem como a não existência de alguns grupos como o de combate ao tabagismo, planejamento familiar, com os portadores de sofrimento psíquico e o de prevenção de CA ginecológico; a falta de registros para avaliar e monitorar algumas das ações programáticas, como no programa de CA de mamas, por exemplo; o baixo indicador

de cobertura para hipertensão e diabetes na população e a necessidade de melhoria dessa atenção; quanto a estrutura física, não há corrimão na escada da calçada da UBS, o que constitui uma barreira arquitetônica; além da sala de curativos e de esterilização de materiais funcionar no mesmo local .

Um dos melhores recursos apresentados na UBS é a disponibilidade e engajamento dos profissionais da equipe com a população assistida. Durante a análise situacional da UBS foram compreendidos aspectos necessários para o cumprimento das ações programáticas, parte da população e de alguns profissionais conheceram pela primeira vez a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aumentou a qualidade das consultas de puericultura e começou a utilizar mais os recursos oferecidos por Telesaúde para diminuir os encaminhamentos, e a realização de um registro para mamografias.

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

Na primeira análise situacional da UBS, realizada nas primeiras semanas de ambientação, ocorreu superficialmente, pois não sabia a quantidade de problemas que apresentava na UBS, depois de uma análise mais aprofundada, com o preenchimento dos questionários e do CAP, pude ver que há desafios e situações que devem ser resolvidas para melhorar a qualidade do nosso trabalho e dar um melhor atendimento à comunidade. Não tinha conhecimento da falta de alguns registros, nem de todas as atribuições que correspondiam a cada um dos profissionais, ademais de que pude fazer uma análise mais aprofundada sobre as condições que deveriam ter uma UBS/ESF para um adequado funcionamento e sobre como o processo de trabalho em equipe é fundamental para levar cada uma das ações programáticas de saúde principais.

Dessa forma, antes de realizar a análise situacional tinha uma boa percepção dos serviços prestados na UBS, nem mesmo na atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, mas no decorrer da análise situacional pude detectar os problemas existentes do processo de trabalho para poder implementar ações cotidianas para solucionar essas limitações, contando com o apoio de toda a equipe para promover um atendimento digno e com equidade a nossa comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadores de HAS, e esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema importante de saúde pública no Brasil e no mundo. Modificações do estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção de hipertensão (BRASIL, 2006). A DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência habitualmente e também está associado à dislipidemia, HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013). Obviamente as estratégias de saúde pública são necessárias para prevenir e controlar estas duas doenças, pelo qual a implementação de ações programáticas adquire importância relevante em qualquer contexto da APS.

A ESF São Bom Jesus conta com uma estrutura física boa para o atendimento da população hipertensa e diabética, que corresponde ao público alvo do presente projeto de intervenção, pois têm consultas individualizadas de odontologia, medicina e de enfermagem, e com recursos necessários para o trabalho da equipe frente à comunidade com população de 3776 pessoas.

Atualmente há cadastrados 390 hipertensos e 86 diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, valores inferiores ao estimado no CAP, ou seja, apenas 46% e 36% respectivamente, e o atendimento a esses usuários ocorre em

todos os dias da semana e em ambos dos turnos de funcionamento da unidade, para possibilitar uma melhor assistência à comunidade, e muitas das ações proposta para a intervenção já vem sendo realizadas como rotina pela equipe na ESF, como atenção e cadastramento de no Programa para Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), palestras e ações educativas em grupo, dentre outras. Quanto à adesão dos usuários aos serviços de saúde prestados pela equipe, alguns usuários hipertensos e diabéticos recebem atendimento em outra UBS que fica mais próxima de seus locais de trabalho, mas os ACS têm orientado estes usuários para também dar continuidade do seu atendimento em nossa unidade.

Nesse contexto, torna-se de grande importância realizar esta intervenção na ESF São Bom Jesus, para poder elevar a qualidade do atendimento dos usuários, e implementar todos os recursos e ações programáticas preconizadas nos protocolos e manuais do MS, com a participação e colaboração de todos os profissionais que formam a equipe para melhorar através da prevenção e controle efetivo destas doenças e suas complicações.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM na área de abrangência da ESF São Bom Jesus, em Soledade-RS.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes 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.

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

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

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

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

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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 adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção é fruto de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas voltadas a melhoria da assistência à saúde da população hipertensa e diabética pertencente a área de abrangência da ESF São Bom Jesus, na cidade de Soledade-RS.

Foram utilizados prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados (Anexo B) e ficha espelho (Anexo C), fornecidos pela UFPEL para facilitar o levantamento de dados. Para subsidiar as ações planejadas, é importante a capacitação prévia dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos do MS relacionada sobre a assistência, cadastramento e demais ações relacionadas ao programa HIPERDIA.



### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

#### **Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes.

✓ Avaliar índice de cobertura de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde a enfermeira verificará os dados atualizados do SIAB e dos relatórios dos ACS, além dos prontuários existentes na unidade, para verificar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos de cada micro área.

#### **Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

✓ Melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS e DM que procurem atendimento na unidade de saúde.

✓ Garantir material adequado para a tomada de pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

✓ Redirecionar atividades para pesquisa ativa dos usuários com maior risco.

✓ Priorizar busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos em micro áreas sem ACS.

**Detalhamento:** Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados e melhorar o acolhimento para estes usuários, a médica e enfermeira irão fazer o cadastro dos novos usuários no programa HIPERDIA durante os atendimentos na UBS e ou comunidades locais e visitas domiciliares, com a ajuda da técnica de enfermagem no fornecimento das cópias dos registros dos prontuários e possibilitar um acolhimento mais amplo restos usuários uma vez na semana como

mínimo e priorizando os de maior risco. Já temos os equipamentos em ótimas condições necessários para o aferimento da pressão arterial e realização de hemoglicoteste na unidade para uma melhor avaliação destes usuários.

**Ações de engajamento público:**

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes existente na unidade de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de medir 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 maior que 135/80 mmHg.
- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para hipertensão Arterial e Diabetes.

**Detalhamento:** Para divulgar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes da unidade de saúde e as outras informações para rastreamento de hipertensão e diabetes será necessário entrar em contato com os líderes da comunidade para dar a conhecer a importância da ação programáticas, solicitando apoio para o cadastramento de hipertensos e diabéticos e para as demais ações que serão implementadas e também por meio das ACS durante as visitas domiciliares, com informativos sobre a importância dos adultos jovens verificarem a PA e a glicemia regularmente.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensão e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste de forma criteriosa.

**Detalhamento:** Estas capacitações serão realizadas na UBS depois da reunião de equipe pela médica e a enfermeira, onde serão explicadas as técnicas para o correto aferimento da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste, ademais de explicar os critérios clínicos e de laboratório presentes no manual técnico para estabelecer o diagnóstico de hipertensão arterial ou de diabetes.

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

#### **Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular dos usuários cadastrados em unidade de saúde com hipertensão e diabetes.

✓ Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico em unidade de saúde.

**Detalhamento:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuário hipertenso e/ou diabético solicitação de exames laboratoriais será feita pelo médico e enfermeira durante a realização de consulta, o médico será responsável pelo monitoramento destas ações com análise quinzenal em reunião de equipe. O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será feitos pelas técnicas de enfermagem com periodicidade diária. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos será pelo médico e enfermeira, assim como organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento será responsabilidade de dentista e técnico saúde bucal

com agendamento semanal todas as segundas feiras em horário da manha.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

- ✓ Monitorar e avaliar qualidade atendimento destes usuários.
- ✓ Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira será responsável pela avaliação e monitoramento da qualidade de atendimento destes usuários e será discutido em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, mediante revisão do registro e ficha espelho. Nossa UBS conta com manual impresso atualizada com os protocolos para as duas doenças ano 2013.

**Ações de engajamento público:**

- ✓ Aumentar as atividades de promoção e educação em saúde com os grupos de hipertensos e diabéticos.
- ✓ Falar sobre importância da consulta de acompanhamento, realização de exames e periodicidade dos mesmos, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como de manter uma boa higiene bucal e avaliação periódica da cavidade bucal.
- ✓ Oferecer orientação sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas, toda equipe participa deste processo.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe em quanto acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes de acordo a protocolo.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar ao usuários obre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e enfermeira em reunião de equipe com periodicidade semanal em primeira semana de mês de

janeiro.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ações de monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Este monitoramento será feito pela enfermeira com a revisão dos registros de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade para verificar os usuários com consulta em dia.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Aumentar o número das visitas domiciliares para buscar os faltosos a consulta programada.

✓ Organizar a agenda para acolher usuários faltosos resgatados.

**Detalhamento:** Para estas ações os ACS irão acompanhar a enfermeira ou à médica durante as visitas domiciliares para facilitar a comunicação e proporcionar maior confiança dos usuários e sua cooperação.

**Ações de engajamento público:**

✓ Informar a comunidade sobre a importância das consultas.

✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

✓ Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Estas atividades ocorrerão com a participação de toda a equipe durante as consultas e as visitas domiciliares, enfatizando na importância das consultas regulares.

**Ações de Qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar os ACS para oferecer orientação a estes usuários em quanto às consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Esta atividade será realizada na UBS e será realizada pela enfermeira, a qual esclarecerá dúvidas seguindo o protocolo, no horário já estabelecido no dia das reuniões de equipe.

**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.

**Ações de monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Para esta ação será confeccionado pela enfermeira em conjunto com a médica as fichas e formulários adequados de registros para esses usuários e solicitar ao gestor a impressão de quantidade suficiente para utilizar na UBS, ademais das análises dos prontuários clínicos.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Manter as informações do SIAB atualizadas.  
✓ Manter a ficha de acompanhamento.  
✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.  
✓ Manter a enfermeira responsável pelo monitoramento dos registros.  
✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** Para efetuar estas ações a enfermeira entregará a produção mensal dos ACS ao técnico digitador da secretaria municipal de saúde responsável

pela atualização do SIAB e a planilha específica deverá ser preenchida diariamente conforme os atendimentos, a técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento.

O 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 será confeccionado pela médica em conjunto com a enfermeira.

#### **Ações de engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Os usuários serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se é necessário, neste aspecto serão disponibilizadas cópias dos prontuários clínicos e segunda via de exames laboratoriais se fosse necessário.

#### **Ações de qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar a equipe sobre o preenchimento dos dados destes usuários na ficha de acompanhamento.

✓ Capacitar a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Estas atividades podem ser realizadas pela enfermeira coordenadora da atenção básica da secretaria de saúde com a participação de toda a equipe e seguindo o protocolo da unidade.

**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 usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ações de monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Para monitorar este número de usuários com estratificação de risco cardiovascular ao menos uma vez ao ano com a utilização da ficha criada com este fim, além dos prontuários clínicos dos usuários, este monitoramento será realizado pela enfermeira.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

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

**Detalhamento:** Os usuários classificados como de alto risco terão atendimentos prioritários, a técnica de enfermagem irá agendar para o próximo atendimento restos usuários na UBS.

**Ações de engajamento público:**

- ✓ Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- ✓ Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Estas orientações ocorrerão durante as consultas médicas ou de enfermagem na UBS, a médica e a enfermeira devem enfatizar na importância do acompanhamento regular, sobre seu fator de risco e os fatores de riscos modificáveis.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

- ✓ 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.

**Detalhamento:** Para capacitar a equipe para a realização de estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo, enfatizando a importância do registro desta avaliação, poderá ser feito pela



enfermeira para a técnica de enfermagem e para as ACS conforme o manual técnico.

**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 a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

**Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar a realização de orientação nutricional, realização de atividade física, risco de tabagismo, higiene bucal a todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados.

**Detalhamento:** A enfermeira durante as reuniões estratégicas de equipe poderá verificar estas atividades mediante sociabilização com as agentes comunitárias de saúde, a odontóloga e a nutricionista, utilizando ademais os registros específicos de saúde bucal e os relatos das ACS.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, e prática de atividade física.

✓ Demandar a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao

tabagismo.

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

**Detalhamento:** As atividades de prática coletivas sobre alimentação saudável, e prática de atividade física serão planejados em plano de atividades anuais feitos pela equipe de saúde, dando prioridade estes temas com maior frequência. A enfermeira solicitara a compra de medicamentos para tratamento do abandono ao tabagismo pelo pedido habitual mensal. O médico e a enfermeira são o responsável pelo organizar tempo médio de consulta com finalidade de garantir orientações em nível individual.

#### **Ações de engajamento público:**

✓ Orientar a comunidade, usuários diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o fumo.

✓ Oferecer orientações sobre a importância da higiene bucal a os hipertensos, diabéticos e a comunidade.

**Detalhamento:** Estas orientações serão feitas em lugares como igrejas, centro de assistência social para a participação de familiares e usuários hipertensos e diabéticos, bem como realização de grupos, palestras, sendo úteis para mobilizar à comunidade, estas orientações podem ocorrer ademais durante as consultas ou no decorrer dos encontros em grupo.

#### **Ações de qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre alimentação saudável, promoção de atividade física tratamento de usuários tabagistas, assim como para oferecer orientações de higiene bucal.

✓ Capacitar a nossa equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Estas capacitações serão feitas na UBS abordando temas de saúde sobre alimentação saudável, exercícios físicos e higiene bucal, o enfermeiro conjuntamente com o técnico de enfermagem, odontóloga e nutricionista realizarão estas capacitações para as ACS e demais membros da equipe.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes 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 da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

**Indicador 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 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 4:** 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 de 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 de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso 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% do diabético faltoso 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 usuários 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 usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



### 2.3.3 Logística

#### **Referente ao monitoramento e avaliação**

Para realizar a intervenção no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes serão adotados pela equipe os Manuais Técnicos Hipertensão e Diabetes do MS, do ano 2013. A equipe utilizará as fichas de cadastro de HIPERDIA e a ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético do MS, bem como a Ficha-Espelho disponibilizada pela UFPEL para facilitar o registro, organização e monitoramento das ações realizadas durante a intervenção, pois essas fichas contêm informações importantes dos usuários, como estratificação de alto risco, controle de exames realizados, datas das consultas já realizadas e do agendamento das próximas consultas.

O monitoramento e avaliação do número de hipertensos e ou diabéticos cadastrados no Programa, bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo será verificado pela enfermeira com ajuda da técnica em enfermagem, por meio de dados atualizados do SIAB e dos relatórios dos ACS.

Durante os atendimentos e reuniões com a equipe, a médica e a enfermeira irão monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, conferindo com os demais profissionais se o exame está seguindo as orientações preconizadas pelo MS. Para monitorar o número de exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, a enfermeira com ajuda da técnica em enfermagem irá analisar os prontuários clínicos e questionar os usuários durante o acolhimento quanto a solicitação e realizações de exames complementares.

Mensalmente a enfermeira monitorará o acesso e fornecimento dos medicamentos da Farmácia HIPERDIA a través dos registros na unidade e semanalmente na sexta feira monitorará a qualidade dos demais registros mediante as fichas de acompanhamento, ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados, também fornecida pela UFPEL.

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos cadastrados na USF, contaremos com o gestor para o fornecimento das fichas de acompanhamento e

demais impressos necessários para disponibilizá-las na unidade. Para o acompanhamento mensal será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, e verificação dos prontuários dos usuários e as fichas B de acompanhamento dos ACS.

Para o monitoramento do número de usuários com estratificação de risco, serão feitas análises e verificação dos prontuários clínicos e das fichas complementares no último dia da semana de intervenção realizado pela enfermeira e a técnica em enfermagem e para o monitoramento da realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a enfermeira poderá sociabilizar com a odontóloga da equipe para conferir sobre estas consultas podendo também verificar os registros de saúde bucal. O monitoramento das orientações nutricionais, sobre fatores de risco e sobre a prática regular de atividades físicas aos usuários hipertensos e diabéticos será feito pela médica e enfermeira mensalmente a través da verificação nos prontuários clínicos e registros da Unidade.

#### **Referente à organização e gestão do serviço**

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro destes usuários identificando todos os usuários que vieram ao serviço nos últimos seis meses, com a revisão dos prontuários individuais e ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando à ficha-espelho com os dados relacionados à qualificação do atendimento.

Inicialmente a equipe será capacitada de acordo com os protocolos, na primeira semana e durante a intervenção, a médica e enfermeira solicitarão à secretaria de saúde o material atualizado dos protocolos para disponibilizar na unidade.

O registro e organização dos dados dos usuários hipertensos e diabéticos de cada micro área e o cadastramento no Programa HIPERDIA serão feitos pela enfermeira e a técnica de enfermagem. Quanto à organização das visitas domiciliares, as ACS irão acompanhar à médica e à enfermeira para facilitar a comunicação dos usuários e priorizar a busca dos faltosos, pelo menos duas vezes ao mês, e o agendamento destes usuários faltosos provenientes das buscas ativas será realizado pelas ACS e organizado pela técnica em enfermagem.

Os usuários hipertensos e diabéticos classificados como de alto risco terão

atendimentos priorizados em que as ACS realizaram os agendamentos, a enfermeira durante a triagem avaliará a necessidade de atendimento imediato o agendado. Os exames de rotina serão solicitados pela médica no decorrer dos atendimentos clínicos e a enfermeira por meio de ofício solicitara ao gestor a disponibilização destes exames de acordo com o protocolo.

Será garantido um dia na semana (quinta feira) para o cadastramento dos novos hipertensos e diabéticos, no horário da manhã será realizado pela técnica de enfermagem no âmbito da UBS com o aferimento de pressão arterial aos usuários maiores de 18 anos e a realização de hemoglicoteste aos usuários com pressão arterial maior de 140/80 mmHg e no horário da tarde do mesmo dia será realizado o cadastramento restos novos usuários por pesquisa ativa na comunidade com a realização de visitas domiciliares pelos ACS e a técnica de enfermagem das 13:00 às 17:00 hs, a médica e enfermeira realizarão o acolhimento dos usuários na UBS com a disponibilização de 14 consultas na semana para avaliação clinica e orientações dos novos usuários cadastrados, estas serão realizadas no turno da tarde com um tempo de 20 minutos para cada usuário, para isto temos que organizar a agenda com o agendamento nas quintas feiras para estes usuários, depois o acompanhamento será realizado seguindo o protocolo.

Em relação ao controle de estoque dos medicamentos a enfermeira com ajuda da técnica em enfermagem checará mensalmente os medicamentos do programa HIPERDIA presentes na USF, para que posteriormente possam fazer o pedido daqueles medicamentos que estão em falta, para sua reposição e distribuição aos usuários.

Para manter as informações do SIAB atualizadas a enfermeira entregará a produção mensal ao digitador do SIAB da secretaria municipal de saúde.

A organização da agenda de saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos será feita pela técnica de enfermagem com os agendamentos dos ACS e por orientação médica e de enfermeira já que serão encaminhados à consulta odontológica os usuários com maior necessidade de avaliação odontológica.

Durante os atendimentos clínicos individuais e por meio das ações educativas feitas mensalmente nos grupos de HIPERDIA, os usuários serão orientados sobre alimentação, exercício físico, e hábitos saudáveis através do desenvolvimento de palestras informativas fornecidas pelos membros da equipe.

### **Referente à qualificação da prática clínica**

Para viabilizar estas ações devemos usar o protocolo impresso disponível na UBS e realizar as mesmas nas reuniões de equipe (total de duas reuniões consecutivas realizadas quinzenalmente para a capacitação), duas destas atividades de capacitação serão realizadas fora do horário das reuniões.

A análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram discutidas com a equipe. Começaremos a primeira semana da intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão arterial e diabetes para que todo o equipe utilize esta referência na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, esta será realizada na USF e para isto será reservadas duas horas ao final da reunião de equipe, cada membro da equipe fará leitura de uma parte do manual e depois se realizarão reflexões entre toda a equipe.

Quanto à capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência e da equipe da unidade para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, estas serão realizadas na UFS e no mesmo dia da reunião da equipe, em que a médica e a enfermeira explicarão a técnica correta para verificar a pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste, e ademais critérios clínicos e de laboratório presentes no manual técnico para estabelecer o diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes.

Para capacitar a equipe para realizar estratificação de risco seguindo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvos e sobre a importância desta avaliação, será realizada com a utilização do manual técnico que é o material de referência, onde esta presente a escala antes mencionada, a médica será a responsável de dar as explicações referentes a identificação das pessoas consideradas de alto risco, realização de buscas ativas e visitas domiciliares. Essa capacitação será realizada na UBS, no horário da reunião de equipe.

A médica e a nutricionista serão responsáveis na capacitação da equipe quanto às estratégias para controle de fatores de risco modificáveis, prática de alimentação saudável, prática de exercício físico regular, tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologia de educação em saúde, com o uso materiais sobre metodologia de educação em saúde e com os protocolos técnicos de exercício físico e de dieta existentes na USF também como material de estudo, e para capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos na farmácia popular HIPERDIA, a enfermeira ajudará com a

exposição e da relação dos medicamentos presentes na farmácia.

Na segunda semana da intervenção será realizada a capacitação da equipe para realização de exame clínico apropriado, esta atividade será realizada na UBS, no local da consulta médica e de enfermagem, no horário da tarde, com a presença de um usuário com hipertensão ou diabetes em consulta de acompanhamento, a médica e enfermeira explicaram o exame clínico do usuário com os aspectos mais relevantes, com uma duração de uma hora e capacitar a equipe sobre a necessidade de atendimento odontológico em hipertensos e diabéticos, estas atividades serão feitas na UBS feito pela dentista, na mesma sala de reuniões, no horário da tarde com uma duração de uma duração de meia hora, tendo presente o protocolo.

### **Referente ao engajamento público**

Para estimular a participação dos usuários nos serviços realizados pela equipe na unidade, os profissionais entrarão em contato com os representantes da comunidade e o presidente do bairro para realizar estas ações numa das igrejas próximas a unidade, também serão realizadas no Centro de Assistência Social (CRAS) presente na comunidade que tem melhor amplitude.

Começaremos esclarecendo o projeto e a sua importância para conscientizar à comunidade e obter seu apoio nas atividades e enfatizar na busca de parcerias na comunidade, a enfermeira entrará em contato com líderes comunitários para ressaltar a importância da intervenção e solicitar apoio para a implementação das ações.

Para orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a prática regular de exercícios físicos, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, a médica e a enfermeira darão estas orientações, tanto nas consultas individualmente como nas atividades grupais e nas palestras, ademais da participação da nutricionista nos grupos.

A comunidade será orientada sobre a importância da realização das consultas, necessidade de acompanhamento regular, serão orientados também quanto ao risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão ou da diabetes, bem como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente, a médica e a enfermeira orientaram e avaliaram aos usuários durante as consultas e o triagem, quanto aos

riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

Os usuários e a comunidade serão orientados pela equipe, principalmente pela médica e pela enfermeira sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso durante as consultas. Para a manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando solicitados, serão disponibilizadas cópias dos prontuários clínicos e segunda via de exames laboratoriais aos usuários, sempre que for necessário.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos pela médica sobre a importância do adequado controle de seus fatores de risco modificáveis, enfatizando a necessidade de ter uma alimentação saudável, uso adequado dos medicamentos, mudanças de hábitos e outros.











### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção realizada na ESF São Bom Jesus teve duração de 12 semanas, sendo implementada no dia 06 de abril e finalizada em 25 de julho de 2015, na qual teve como foco a assistência aos usuários maiores de 20 anos de idade portadores de HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade. Durante o Projeto de Intervenção foram propostas várias ações voltas ao Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) para serem realizadas durante todo o período da intervenção, que a princípio estava previsto o período de 16 semanas, mas devido a algumas questões burocráticas para não ultrapassar o prazo de fechamento da Unidade 3 do Curso de Especialização, e por ter me ausentado de férias, a Coordenação decidiu reduzir a intervenção para 12 semanas, e durante todo esse período foi priorizado seguir o cronograma proposto para facilitar o trabalho da equipe e promover melhoria na qualidade de vida da população alvo, seguindo as recomendações do MS por meio de protocolos atualizados.

Inicialmente, dentre as primeiras ações desenvolvidas por mim, profissional médica e relatora do projeto, foram comunicar oficialmente ao Secretário Municipal de Saúde sobre a realização do Projeto de Intervenção na UBS juntamente com minha equipe, esclarecendo a importância de sua realização para a melhoria e sistematização no atendimento e na qualidade da saúde dos usuários acompanhados, sendo necessário mais apoio dos gestores para a disponibilização dos exames laboratoriais à população, aumentar o fornecimento de medicações da farmácia popular/HIPERDIA, de materiais impressos, como também melhorar o transporte para deslocamento da equipe e dos usuários, e de toda ajuda necessária para o desenvolvimento da intervenção. Uma semana antes de iniciar a intervenção

propriamente dita, foi realizada uma reunião com a equipe para começar com as orientações respeito das ações que seriam desenvolvidas e uma pequena capacitação a sobre o preenchimento das fichas-espelho, da planilha de coleta de dados e a divisão de atribuições entre os membros da equipe. Posteriormente, na primeira semana iniciamos as ações de divulgação por meio de cartazes informativos, a equipe comunicou aos líderes da comunidade, como ao presidente do bairro e o pastor da comunidade, que foram muito cordiais e ajudaram na divulgação e conseqüentemente ampliar o indicador de cobertura. Os ACS fizeram um ótimo trabalho de divulgação comunicando à população sobre a existência do Programa HIPERDIA na Unidade é a importância deste para a melhoria da saúde de todos, conscientizando a comunidade a engajarem nas ações que seriam desenvolvidas.

Também nas primeiras semanas foram realizadas as respectivas capacitações com os membros da equipe a respeito dos protocolos atuais preconizados pelo MS sobre assistência aos usuários com HAS e DM. As capacitações foram realizadas por mim e pela enfermeira, e focalizamos muito nas orientações aos ACS para que pudessem ajudar nas buscas ativas durante as visitas domiciliares, no cumprimento da agenda programática dando prioridade aos usuários classificados como alto risco, e ajudar nas demais ações realizadas, o que facilitou o trabalho e também a qualidade das orientações fornecidas aos usuários. Foram reforçadas ademais as atribuições de cada membro da equipe sem deixar de lado a ajuda entre colegas quando necessário, que contribuiu de forma importante para a organização posterior da agenda dos profissionais e para o estabelecimento de prioridades no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos.

No decorrer da intervenção foi realizado constantemente o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa e realizamos o cadastramento de novos usuários no programa HIPERDIA, bem como o monitoramento dos atendimentos clínicos com a devida avaliação integral e das visitas domiciliares realizadas pelos ACS na maioria das vezes, mas essas visitas eram realizadas também com a minha presença, da enfermeira e da técnica em enfermagem em várias ocasiões.

Outra ação prevista e realizada sem dificuldade na UBS foi à avaliação dos prontuários e registros dos usuários assistidos nas fichas-espelho (*Anexo A*), que por sua vez, serviu de grande importância para o correto desenvolvimento e

avaliação da intervenção, além da avaliação da planilha de coleta de dados (*Anexo B*) também fornecida pela UFPEL que nos ajudou nos cálculos e análises de indicadores de relevância para o andamento da intervenção. Estas ações de monitoramento foram realizadas por mim e pela enfermeira com ajuda dos demais integrantes da equipe.

Não tivemos problemas para proporcionar uma atenção de qualidade aos usuários assistidos, desde avaliação clínica detalhada, com o fornecimento de exames laboratoriais periódicos e preconizados pelo protocolo, sempre com a avaliação de risco e as orientações necessárias para estabelecer mudanças no estilo de vida, e priorizando o atendimento daqueles usuários classificados com alto risco cardiovascular ou alguma outra complicação. Ao final de cada mês foram desenvolvidas palestras educativas em grupo, oferecidas por médicos, fisioterapeutas e nutricionista, sempre com a presença dos demais membros da equipe na intenção de preparar mais a população para o autocontrole e autocuidado e com orientar sobre informações importantes. As palestras foram muito ricas em informações e serviram de incentivo para a que a população continue participando das atividades grupais.

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

Felizmente, graças a toda dedicação e empenho da equipe, apoio dos gestores e contribuição da comunidade, quase todas as ações planejadas foram desenvolvidas sem problemas. O que dificultou um pouco o nosso projeto no início foi que a enfermeira que começou o projeto com a equipe, sofreu um acidente que a afastou do trabalho, e foi necessário realizar novas capacitações de orientação à nova enfermeira substituta e que fez parte da equipe durante todo o período de intervenção, também nos deparamos com algumas dificuldades na realização das visitas domiciliares e buscas ativas no início do inverno, devido às baixas temperaturas e dias de chuva.

Dentre as limitações encontradas, tivemos o atraso no fornecimento do tratamento para eliminar o hábito de fumar, pois era necessário o preenchimento de um modelo por usuário para o pedido da *bupropiona* à Secretaria de Saúde do município, processo que foi demorado e que ainda não foi possível ver os resultados

do mesmo. Vale ressaltar também que em determinadas ocasiões durante a intervenção tivemos a ausência de alguns membros da equipe por questões pessoais ou de saúde, o que influenciou um pouco no número de atendimentos.

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

Durante a intervenção só em duas ocasiões foram encontrados problemas na coleta de dados e na compreensão de alguns gráficos, em que os indicadores não correspondiam com as metas esperadas, mas isto foi corrigido posteriormente.

Outra dificuldade evidenciada diz respeito ao não alcance da meta de cobertura referente ao acompanhamento e cadastramento dos hipertensos da área de abrangência da unidade, mas acreditamos que foi devido à redução do período proposto inicialmente de 16 para 12 semanas de intervenção. Foi perceptível também que no início da intervenção, alguns usuários demonstraram insatisfeitos com a demora no atendimento devido à realização da tiragem e priorização dos mais necessitados, e com a diminuição dos atendimentos a demanda espontânea, mas no decorrer das semanas, os mesmos foram compreendendo a necessidade dessa sistematização.

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

Com o decorrer da intervenção tivemos muitas experiências positivas e a cada semana foi melhorando os indicadores de cobertura principalmente na qualidade no atendimento.

Tenho certeza de que estas ações podem ser incorporadas à rotina do serviço, algo que já vem acontecendo, no entanto, será necessário algumas adequações para maior comodidade da equipe diante da organização da agenda programática, mas as atividades permanecerão as mesmas, já que as melhorias alcançadas são perceptíveis e a comunidade demonstrou mais interesse pelo programa. Acredito que tanto a população assistida, como todos os profissionais da equipe se beneficiaram com a implementação da intervenção, pois além

implementar uma melhor sistematização do atendimento, capacitações e condições de trabalho que garantiram harmonia entre a equipe, foi possível proporcionar um atendimento de qualidade para os usuários hipertensos e diabéticos, bem como para a toda a comunidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM na área de abrangência da ESF São Bom Jesus, em Soledade-RS, no qual foi obtido os seguintes resultados para os objetivos, metas e indicadores estabelecidos:

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

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

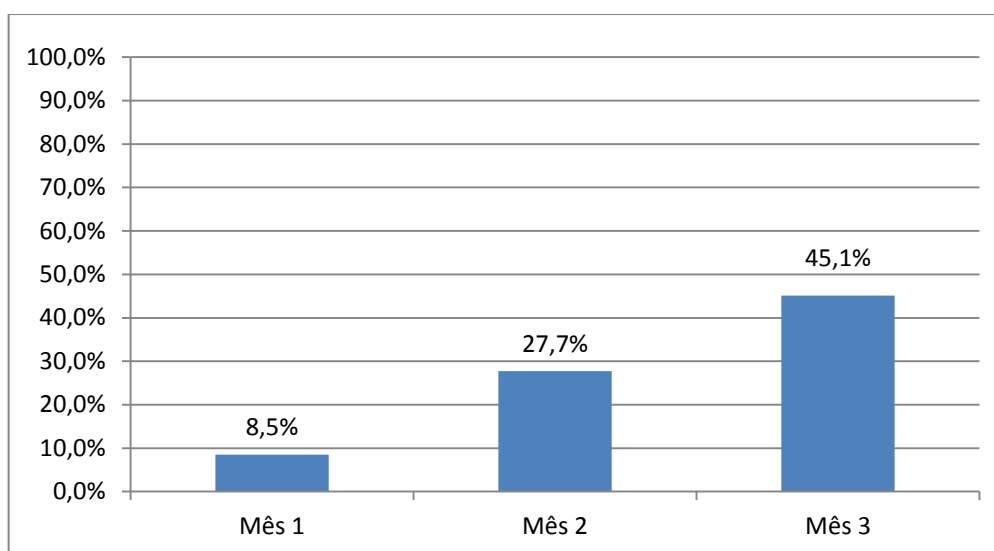
A população total residente na área de abrangência da ESF São Bom Jesus é de 3776 usuários, sendo que a quantidade de usuários maiores de 20 anos e portadores de hipertensão arterial detectada nos registros não condiz com a realidade, pois estão desatualizados, por esse motivo, foi utilizada a estimativa presente na Planilha de Coleta de Dados, que segundo VIGITEL (2011) seria de aproximadamente 22,7% da população geral, ou seja, 574 usuários hipertensos.

No primeiro mês da Intervenção, devido a sua implantação e realização das capacitações e demais ações, apenas 49 usuários hipertensos (8,5%) foram acompanhados pela equipe; dando continuidade a relação de atendimentos, no segundo mês totalizou-se 159 usuários (27,7%) que foram assistidos na unidade; e no terceiro e último mês da intervenção, a quantidade geral de hipertensos acompanhados correspondeu a 259 usuários (45,1%).

É importante ressaltar que a intervenção estava prevista para ser realizada no período de 16 semanas, ou seja, quatro meses, mas devido a uma mudança no



cronograma do Curso pela Coordenação Pedagógica, esse período foi reduzido para três meses, motivo pelo qual contribuiu para o não o não cumprimento da meta de 70% estabelecida no Projeto de Intervenção. No entanto, não há dúvidas do quanto as ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência e da cobertura desses usuários, com organização do serviço, cadastro de novos usuários e ao término do terceiro mês foi possível acompanhar um total de 259 usuários hipertensos (45,1%), mas com a continuidade das ações, pretendemos melhorar esse indicador gradativamente para alcançar e até mesmo superar a meta estabelecida inicialmente.



**Figura 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados-UFPeI

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes da unidade de saúde.

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

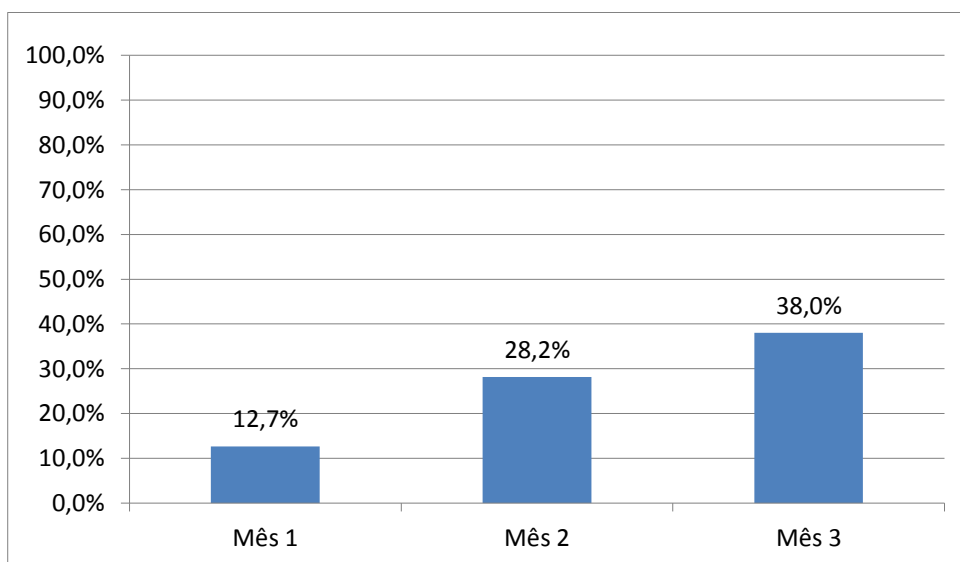
A quantidade de usuários diabéticos acima de 20 anos residentes na área de abrangência da UBS também não foi condizente com a estimativa do CAP, então novamente foi utilizada a estimativa apresentada na Planilha de Coleta de Dados, correspondente a 142 usuários, ou seja, em torno de 5,6% da população geral.

No primeiro mês foram assistidos 18 usuários (12,7%) diabéticos; no segundo mês já tinha sido acompanhados 40 diabéticos (28,2%) incluindo os novos

usuários cadastrados; e no terceiro mês, a quantidade geral de diabéticos acompanhados durante esse período foi de 54 usuários (38%), não atingindo assim, a meta proposta de 50% ao término da intervenção. Os motivos que impossibilitaram o alcance dessa meta de cobertura foram praticamente os mesmos citados para a população hipertensa, sobretudo a redução do período da intervenção de 16 semanas para 12 semanas, mas toda a equipe está comprometida para dar continuidade com ações da intervenção, e esperamos melhorar esse e demais indicador gradativamente.

Vale ressaltar que para garantir essa ampliação significativa da cobertura da população alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos, além de contarmos com a colaboração dos gestores no apoio e fornecimentos de recursos necessários, houve também um maior comprometimento de toda a equipe, com o aumento das buscas ativas da população alvo, e no seguimento dos protocolos do MS referente ao programa HIPERDIA.

Graças à dedicação de toda a equipe ao longo da intervenção em seguir as recomendações e os protocolos do MS aos usuários hipertensos e diabéticos, felizmente foi possível obter o indicador de 100% em todos os meses referentes às metas de qualidade propostas no Projeto de Intervenção e citadas a seguir.



**Figura 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

**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.

**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.

Foi realizado o exame clínico apropriado a todos os 259 usuários (100%) hipertensos e a todos os 54 usuários (100%) diabéticos acompanhados em cada mês da intervenção, além do monitoramento dos registros e das ações realizadas periodicamente. Esta meta foi alcançada com sucesso principalmente devido ao fato de que cada profissional cumpriu com as considerações do protocolo de atendimento destes usuários cadastrados no HIPERDIA, e logo na primeira semana de intervenção foram reforçadas as atribuições de cada membro da equipe para facilitar o trabalho e garantir melhoria das ações realizadas para a população alvo.

**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.

**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.

Durante os três meses da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos assistidos puderam realizar os exames complementares necessários de forma gratuita conforme o protocolo utilizado, esses exames eram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município, pois foi de muita ajuda a garantia desses exames complementares preconizados para poder ter uma resposta rápida e avaliação clínica integral. Dessa forma, foi possível alcançar metas, alguns dos usuários acompanhados já estavam com exames complementares atualizados antes

da intervenção e só necessário fazer a verificação durante os atendimentos clínicos. Para alcançar esta meta

**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.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

Em relação às metas 7 e 8, vale ressaltar que também foi possível alcançar o indicador de 100% nos três meses da intervenção, pois todos os medicamentos prescritos e a maioria que esses usuários já estavam em uso pertencem à Farmácia Popular HIPERDIA, algo que foi de grande benefício para essa população e para a equipe, já que durante toda a intervenção mantivemos um adequado registro das necessidades de medicamentos, inclusive para alguns usuários que compravam medicamentos sem necessidade foram orientados para trocar pela mesma medicação do programa HIPERDIA existente na Farmácia Popular.

**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.

**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.

Estas metas também foram alcançadas em 100% durante toda a intervenção, pois durante os atendimentos realizados aos usuários hipertensos e diabéticos no decorrer das semanas, foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Essa avaliação era realizada por mim, médica da

unidade, e pela enfermeira durante os atendimentos clínicos, mas foi de muita importância também a disponibilidade do odontólogo na unidade para organizar sua agenda de atendimento para assistir aqueles usuários com maiores necessidade de assistência a saúde bucal.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Foi constatado que a proporção de usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas segundo o protocolo foi relativamente baixa durante toda a intervenção, já que em cada mês apenas 01 usuário hipertenso e 01 usuário diabético estavam com faltosos conforme a rotina de atendimento preconizada pelo MS, por esse motivo foi possível cumprir com a meta de 100%, pois foi realizada busca ativa para integrá-los a ao Programa. Não tivemos dificuldade para alcançar essas metas, já que através das das orientações passadas pela equipe à comunidade sobre a importância da realização das consultas periódicas, bem como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, todos os usuários foram acolhidos no UBS, receberam um atendimento de qualidade, e foi priorizado o atendimento dos usuários diagnosticados com maior risco de doenças cardiovasculares e demais complicações.

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

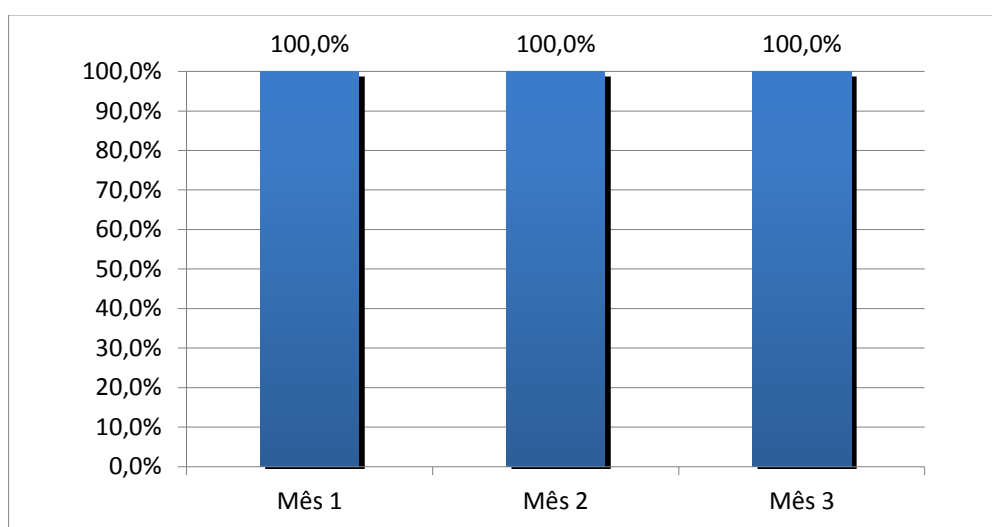
**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

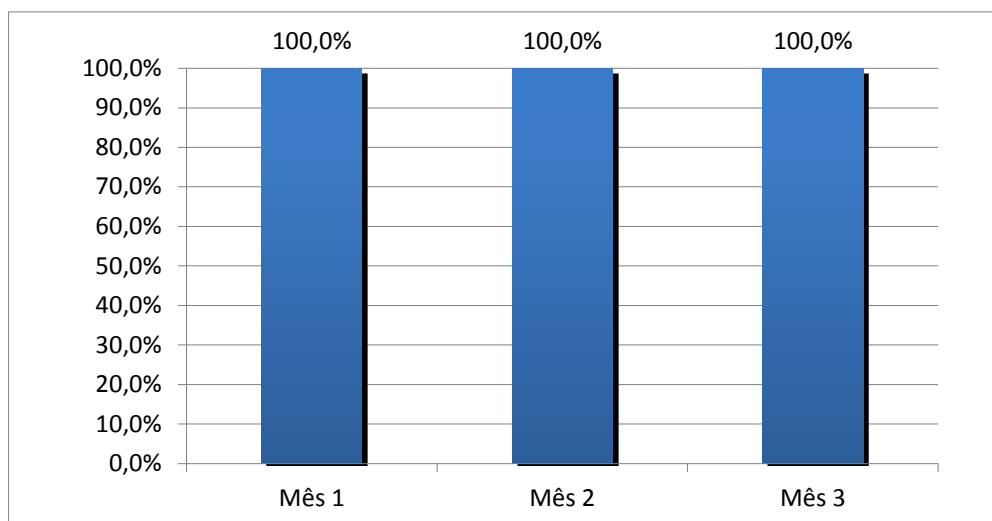
**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Como se pode observar nas figuras 3 e 4, foi possível manter as fichas de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante os três meses de intervenção, obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. Dentre os principais motivos que contribuíram para o alcance dessas metas destaca-se o esforço da enfermeira no monitoramento dos registros e sua devida atualização, juntamente com a colaboração dos demais integrantes da equipe, além das capacitações realizadas nas primeiras semanas sobre o preenchimento adequado das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e demais prontuários e registros de acompanhando da população hipertensa e diabética.



**Figura 3:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.



**Figura 4:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

**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.

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

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

A realização da estratificação de risco cardiovascular durante os atendimentos clínicos aos usuários hipertensos e diabéticos também ocorreu com sucesso, e foi possível alcançar o indicador de 100% em cada mês da intervenção. O que mais favoreceu o alcance dessas metas foi o fato de que vários usuários já tinham realizado esta avaliação em menos de seis meses, por isso foram priorizados aqueles usuários avaliados como de alto risco. Essa estratificação de risco cardiovascular era realizada durante as consultas médica e de enfermagem na UBS.

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

Quanto às metas relacionadas ao objetivo 6, ou seja, a respeito da promoção à saúde da população hipertensa e diabética assistida durante a intervenção, vale ressaltar que foi possível alcançar o indicador de 100% em todos os meses da intervenção, pois como se tratam de metas de qualidade relacionadas a orientações simples, toda a equipe se comprometeu em orientar os usuários durante os atendimentos clínicos e coletivos conforme os protocolos utilizados.

**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.

**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.

Essas metas resultaram em ações que mais incentivaram aos usuários na participação da intervenção, ao terminar o último mês foi constatado verdadeiras mudanças nos hábitos de alimentação da população alvo. Essas orientações foram ofertadas por toda equipe durante os atendimentos individuais e nas práticas coletivas com a participação da nutricionista.

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

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

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

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



Desde o início da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos foram orientados sobre a prática regular de exercícios físicos. Foi relevante neste caso a realização de práticas coletivas e o envolvimento do educador físico nestas atividades, além das orientações individuais passadas por cada membro da equipe.

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

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

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

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

Todos os usuários acompanhados foram orientados sobre eliminar o hábito de fumar e sobre os riscos do tabagismo à saúde, neste caso apenas o fornecimento da medicação para ajudar a abandono do hábito de fumar esteve comprometido, mas o objetivo principal foi cumprido.

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

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

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

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

Por fim, foi possível também alcançar as metas relacionadas a orientação sobre saúde bucal a população hipertensa e diabética, essas orientações eram ofertadas na maioria das vezes durante as consultas médica e de enfermagem, e nas ações coletivas, em que foi possível organizar a agenda da dentista para poder está presente orientando sobre o cuidado da higiene e saúde bucal.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na ESF São Bom Jesus, a qual faço parte atuando como médica integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, promoveu a melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM, bem como proporcionou a ampliação da cobertura da atenção desses usuários, além de uma organização e sistematização do serviço prestado na unidade, como a melhoria dos registros e a qualificação da assistência a través das capacitações aos ACS e de toda a equipe em geral, que contribuiu para o alcance das metas de qualidade propostas no Projeto de Intervenção, como a avaliação de risco cardiovascular de todos os usuários acompanhados nesse período, avaliação odontológica para necessidade de atendimento prioritário, ações educativas voltadas a orientações e demais ações realizadas conforme preconiza o MS.

As ações programáticas desenvolvidas durante as 12 semanas trouxeram impactos positivos também para a equipe, pois abriu espaço para novos conhecimentos, permitiu a busca coletiva de soluções e a participação conjunta em atividades dirigidas à comunidade. Foi realizado um trabalho integrado que envolveu a participação de todos os integrantes da equipe, desde a recepcionista, até os ACS, equipe de enfermagem e de assistência à saúde bucal, e demais integrantes. A agenda de atendimento e o acolhimento ficaram a sobre atribuição da técnica em enfermagem e quando necessário, da enfermeira; os ACS ficaram responsáveis pelas visitas domiciliares, buscas ativas e fazerem o agendamento da população assistida de cada micro área, bem como acompanhar nas visitas em conjunto com os demais membros da equipe. A enfermeira ficou responsável pelo monitoramento da qualidade da assistência e dos registros específicos com a ajuda da técnica em enfermagem; e a atuação médica estava direcionada principalmente da avaliação integral dos usuários durante os atendimentos clínicos com a participação também da enfermeira. Após ter concluído a intervenção foi possível refletir sobre o serviço, criando um espaço na agenda da dentista para uma avaliação odontológica periódica, que resultou em impacto favorável para as atividades grupais do serviço, pois com a procura de novas iniciativas e a participação de outros profissionais foi possível à participação de mais usuários nas atividades coletivas da UBS.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas apenas na atuação da médica e da enfermeira, mas agora estão

distribuídas as atribuições para cada profissional de acordo com suas competências e disponibilidade, possibilitando uma melhoria considerável na qualidade do atendimento. Foi notável a melhoria também dos registros específicos dos hipertensos e diabéticos, e a priorização dos atendimentos com a organização da agenda para todos os usuários de maior necessidade e com risco elevado para doenças cardiovasculares.

É gratificante perceber os benefícios proporcionados pela intervenção para toda a comunidade, principalmente para a população alvo da intervenção, hipertensos e diabéticos acompanhados, que demonstraram satisfação com o atendimento dirigido a eles. No entanto, foi contatando também algumas pequenas situações insatisfação na sala de espera, naqueles usuários que desconheciam a importância da intervenção, mas essas situações foram melhorando no decorrer das semanas.

O projeto poderia ter sido facilitado se os mesmos membros da equipe tivessem começado desde um início o projeto até o final do mesmo, mas isso foi também o momento de conhecer e agir com um novo integrante, sua forma de trabalhar e opiniões, mas com a equipe bem estruturada e integrada será possível planejar e continuar atividades planejadas. A intervenção será incorporada à rotina do serviço e para isto vamos dar continuidade as ações desenvolvidas e conscientizar a comunidade para que entendam a importância de dar prioridade a estes grupos. Para dar continuidade a intervenção, acrescentaremos na planilha se o usuário recebeu ou não tratamento medicamentoso para deixar de fumar, ou se ele é consumidor de alguma droga em específico, vamos adequar as fichas dos hipertensos e diabéticos e criar novas para os novos cadastros e assim poder coletar e monitorar todos os indicadores que este eram presentes no projeto de intervenção.

Pretendemos dar continuidade com as ações realizadas no período de intervenção, ampliando a cobertura de atendimento destes usuários, continuando com as mesmas ações propostas para melhorar a assistência e qualidade de vida da população assistida. A intervenção contribuiu também para despertar melhorias nos demais serviços de atenção primária realizados na unidade, como saúde da mulher, saúde da criança, dentre outros, pois a equipe além de qualificada, já adquiriu maior experiência nas atividades planejadas.

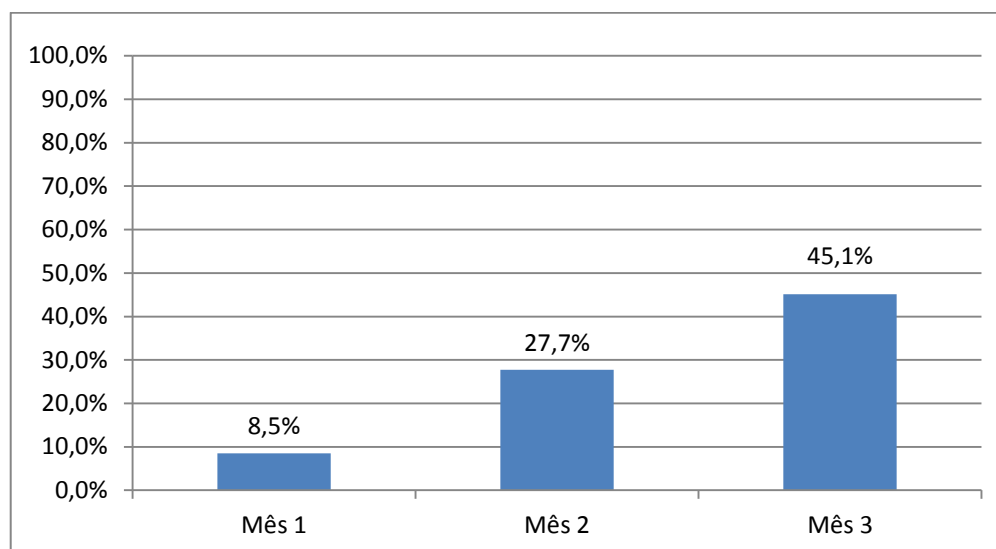
## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado gestor,

Como já é de seu conhecimento, no dia 06 de abril de 2015 foi implementada em nossa ESF São Bom Jesus uma intervenção para melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade, com duração de 12 semanas, sendo concretizada no final do mês de julho do corrente ano. Na área de abrangência contamos com um total de 395 hipertensos e 89 diabéticos, e com o objetivo de melhorar a qualidade no atendimento destes usuários algumas metas e indicadores que foram alcançados e avaliados no decorrer da intervenção.

Nossa intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos e também a melhoria dos registros e a qualificação da assistência a través das capacitações aos ACS e de toda a equipe, bem como melhorou resultados como a avaliação de risco cardiovascular de todos os usuários que participaram da intervenção e avaliação odontológica para necessidade de atendimento prioritário, além disso, em todos os usuários com diabetes foi feito o exame clínico dos pés e as orientações para mudanças no estilo de vida em todos os usuários participantes. Dessa forma, além melhoria da assistência realizada, a intervenção possibilitou também ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados nesse período, sendo que no primeiro mês da Intervenção, devido a sua implantação e realização das capacitações e demais ações, apenas 49 usuários hipertensos (8,5%) foram acompanhados pela equipe; dando continuidade a relação de atendimentos, no segundo mês totalizou-se 159 usuários (27,7%) que foram assistidos na unidade; e

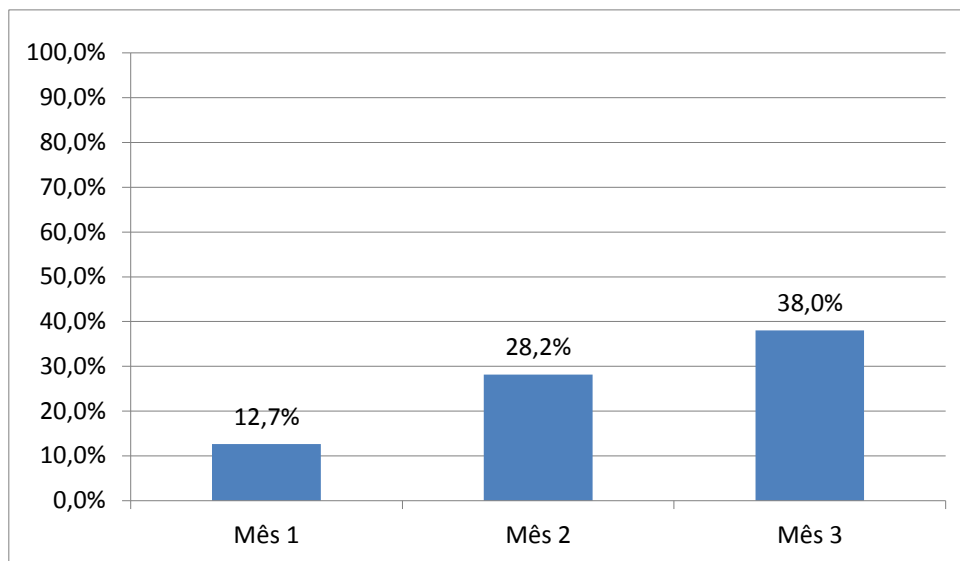
no terceiro e último mês da intervenção, a quantidade geral de hipertensos acompanhados correspondeu a 259 usuários (45,1%) conforme ilustrado na *Figura 1*.



**Figura 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

Em relação a população diabética, no primeiro mês foram assistidos 18 usuários (12,7%) diabéticos; no segundo mês já tinha sido acompanhados 40 diabéticos (28,2%) incluindo os novos usuários cadastrados; e no terceiro mês, a quantidade geral de diabéticos acompanhados durante esse período foi de 54 usuários (38%), também não alcançado a meta proposta de 50% ao término da intervenção, conforme ilustrado na *Figura 2*. Os motivos que impossibilitaram o alcance dessa meta de cobertura foram praticamente os mesmos citados para a população hipertensa, ou seja, a redução do período da intervenção de 16 semanas para 12 semanas, mas toda a equipe está comprometida para dar continuidade com ações da intervenção, e esperamos melhorar esse e demais indicador gradativamente.



**Figura 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Bom Jesus, em Soledade-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

Gostaria de agradecer em nome de toda a equipe, pelo apoio prestado para uma atenção de qualidade para nossos usuários, desde avaliação clínica detalhada, fornecimento de exames laboratoriais periódicos disponibilizados pela gestão e preconizados pelo protocolo. É satisfatório o sentimento de dever cumprido, por esse motivo, toda a equipe permanece comprometida para continuar seguindo as ações trabalhadas durante a intervenção e promover cada vez mais qualidade para a população através da avaliação de risco, orientações para promoção de saúde e mudanças no estilo de vida durante as palestras com os profissionais da equipe. As palestras foram muito ricas de informações e incentivaram a população continuar participando das atividades grupais.

Contudo, ressalto a importância dessa intervenção não apenas para a equipe e nosso serviço, mas para toda a comunidade, pois se em apenas três meses foi possível obter ótimos resultados, esperamos alcançar melhores resultados ainda, inclusive alcançar os 100% da cobertura nos próximos três ou quatro meses, sendo importante para isso, podermos continuar contando com todo o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para que possamos dar prosseguimento com as ações desenvolvidas, com o fornecendo os recursos necessários, assim como agilizar a disponibilização dos medicamentos para o tratamento antitabagismo para os usuários que necessitam.

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

Queridos usuários residentes na área de abrangência da UBS São Bom Jesus, é com muita satisfação que em nome de toda a equipe, venho relatar sobre os resultados e melhorias alcançadas em nossa unidade através da intervenção implementada em nosso serviço para melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade com um período de 12 semanas.

O nosso objetivo foi melhorar o atendimento da população com hipertensão e diabetes, e para isso, realizamos várias atividades com a participação de todos. Toda a equipe se dedicou ao máximo para garantir uma assistência de qualidade a população, a agenda de atendimento e o acolhimento ficaram a sobre atribuição da técnica em enfermagem e quando necessário, da enfermeira, os ACS ficaram responsáveis pelas visitas domiciliares, buscas ativas e de fazerem o agendamento da população assistida de cada micro área, bem como acompanhar nas visitas em conjunto com os demais membros da equipe e com a participação ativa da nossa comunidade que conscientemente participou das consultas e das atividades grupais.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas apenas na atuação da médica e da enfermeira, mas agora estão sendo também realizadas pelos demais membros da equipe, possibilitando uma melhoria considerável na qualidade do atendimento. A intervenção será incorporada à rotina do serviço e para isto vamos dar continuidade as ações desenvolvidas e precisamos continuar conscientizando a comunidade para que entenda a importância de dar prioridade aos grupos de riscos. Pretendemos dar continuidade com as ações realizadas no período de intervenção, continuando com as mesmas ações propostas para melhorar a assistência e qualidade de vida da população. A intervenção contribuiu também para despertar melhorias nos demais serviços de atenção primária realizados na unidade, como saúde da mulher, saúde da criança, dentre outros, pois a equipe além de qualificada, já adquiriu maior experiência.

Dessa forma, ficamos muito contentes por perceber a satisfação de todos, e em nome de toda a equipe, gostaria de agradecer pela colaboração de toda a comunidade, inclusive dos líderes comunitários pelo apoio nesse período. Sem dúvidas, se fosse à força de vontade e a determinação de vocês, não teríamos alcançado resultados tão significativos, por esse motivo, convidamos a todos para continuar participando das atividades conosco e trazendo ainda mais melhorias para nossa comunidade.



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

No início do Curso de Especialização em Saúde da Família estava muito confusa, pois seria a primeira vez que faria um curso a distância e com estas características, já que para mim tudo o que é novo me causa ansiedade, mas com o decorrer do tempo foi mais fácil interagir e realizar as tarefas através de um diálogo intenso e enriquecedor com meu orientador, que durante todo o Curso demonstrou dedicação e me ajudou a superar as dúvidas e foram surgindo em cada unidade, foi muito produtiva e dinâmica a participação nos fóruns de clínica e de saúde coletiva, já que com isto pude relembrar conteúdos e me atualizar com as políticas de saúde pública brasileira. Além disso, achei muito bons os materiais e a bibliografia abundante fornecida pelo Curso, que foram uma ferramenta fundamental para a realização de cada tarefa e para o estudo individual.

Acreditei desde o início do na importância em realizar essa Especialização para minha superação pessoal e profissional quanto médica atuante na APS, e nas oportunidades e benefícios que poderiam surgir para minha equipe e as comunidades em que atuamos. Ainda tenho um longo caminho pela frente, como também outras metas para cumprir também encaminhadas a melhorar a qualidade da saúde comunitária.

Os estudos realizados em cada unidade do Curso, bem como o projeto de intervenção em conjunto com os fóruns, os casos de práticas clínicas e a constante ajuda do meu orientador com suas palavras de compreensão e os feedbacks foram ideais para o constante compartilhamento de experiência, que sem sombra de dúvidas, contribuíram para o meu desenvolvimento como profissional. Também os

testes de qualificação cognitiva me ajudaram a saber que devia estudar ainda mais e me atualizar em vários temas tanto de medicina como de saúde pública.

Considero que foi de grande importância também, o estudo dos casos clínicos interativos de práticas clínicas, que sempre abordavam temas relacionados com minha realidade de trabalho, e também contribuiu para o desenvolvimento da intervenção, bem como o uso dos protocolos e manuais do MS que me ajudaram a conhecer melhor as políticas de saúde pública brasileira. Em relação aos resultados da intervenção, como parte importante do curso, estes foram estimulantes para mim, e agora pretendo continuar com a qualidade no atendimento e reforçar a qualidade de outras ações programáticas.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vol. 2. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Medicina Ambulatorial**. Conduas de atenção Primária Baseadas em evidências. 3. Edição, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2011**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2012.

IBGE, Inst. Brasileiro de Geog. e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=432080&search=rio-grande-do-sul%7Csoledade%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>. Acesso em: 17 mar. 2015.

## **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 Srª

Proª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Patrícia Abrantes Duval".

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																				
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertido ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?		
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	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	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																				

### INDICADORES

1.1	<p><b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42,4%</td> <td>48,3%</td> <td>65,4%</td> <td>8,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de hipertensos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 43   53   23   8                      Descrição: Número de hipertensos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 35   35   35   35                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	42,4%	48,3%	65,4%	8,8%		1.2	<p><b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28,2%</td> <td>44,3%</td> <td>68,2%</td> <td>8,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de diabéticos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 18   48   54   8                      Descrição: Número de diabéticos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 83   83   83   83                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	28,2%	44,3%	68,2%	8,8%	
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																	
42,4%	48,3%	65,4%	8,8%																		
Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																		
28,2%	44,3%	68,2%	8,8%																		
2.1	<p><b>Preparação de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>88,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo: 43   53   23   88,8%                      Descrição: Número de hipertensos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 43   53   23   8                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	100,0%	100,0%	100,0%	88,8%		2.2	<p><b>Preparação de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>88,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo: 18   48   54   88,8%                      Descrição: Número de diabéticos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 18   48   54   8                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	100,0%	100,0%	100,0%	88,8%	
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																	
100,0%	100,0%	100,0%	88,8%																		
Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																		
100,0%	100,0%	100,0%	88,8%																		
2.3	<p><b>Preparação de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>88,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo: 43   53   23   88,8%                      Descrição: Número de hipertensos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 43   53   23   8                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	100,0%	100,0%	100,0%	88,8%		2.4	<p><b>Preparação de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês 1</th> <th>Mês 2</th> <th>Mês 3</th> <th>Mês 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>100,0%</td> <td>88,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>                     Histórico: Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo: 18   48   54   88,8%                      Descrição: Número de diabéticos em 2023 em mais unidades de saúde cadastradas e UDS: 18   48   54   8                 </p>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	100,0%	100,0%	100,0%	88,8%	
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																	
100,0%	100,0%	100,0%	88,8%																		
Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4																		
100,0%	100,0%	100,0%	88,8%																		



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

Eu, Lídice Iglesias Arzola, médica, 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