

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, Alegrete/RS**

**Juana Belkis Avalos Mendez**

**Pelotas, 2015**

**Juana Belkis Avalos Mendez**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, Alegrete/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: Carla Ribeiro Ciochetto

Pelotas, 2015

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

M538m Mendez, Juana Belkis Avalos

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, Alegrete/RS / Juana Belkis Avalos Mendez; Carla Ribeiro Ciochetto, orientador(a); Mateus Casanova dos Santos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Ciochetto, Carla Ribeiro, orient. II. Santos, Mateus Casanova dos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

"Ao meu querido filho, Sandy Rodriguez Avalos, ao meu esposo Vladimir Rodriguez Aguilar e toda a família que mesmo à distância, sempre me incentivaram para a realização dos meus ideais, encorajando-me a enfrentar todos os momentos difíceis da vida"

## **Agradecimentos**

Agradecer em primeiro lugar a meu comandante Fidel Castro Ruz, que sem ele não seria possível meu desenvolvimento como profissional.

A minha primeira orientadora, Amanda Ramalho Silva, pela compreensão, apoio e contribuição para meu desenvolvimento do projeto.

Agradecer a orientadora Carla Ribeiro Ciochetto, sem ela não seria possível a conclusão deste trabalho.

Agradecer a toda equipe da ESF Assumpção pelo acompanhamento durante todo o desenvolvimento do projeto, á população do bairro Assumpção e a todas aquelas pessoas que de uma forma ou outra me apoiarem durante esta travessia.

## Resumo

MENDEZ, Juana Belkis Avalos. **Melhoria da Atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Assumpção, Alegrete/RS.** 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis com alto índice de morbidade, considerando-se hoje uma epidemia a nível mundial e um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. São muito frequentes na população adulta, e podem provocar um grande número de complicações, como a insuficiência renal, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, infarto agudo de miocárdio e outras. Na Estratégia de Saúde da Família de Assumpção na cidade de Alegrete/RS foi realizada uma intervenção durante 12 semanas, de 30 de janeiro de 2015 a 18 de junho de 2015. Foram realizadas ações que incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso, e não medicamentosos assim como capacitações dos membros da equipe. As ações realizadas foram nos eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. Com o desenvolvimento da intervenção realizou-se o acompanhamento de 477 usuários com hipertensão (72.2%) e 122 com diabetes (88.8%). Ao final da intervenção 100% dos hipertensos e diabéticos tiveram seus registros atualizados; constatou-se que todos os usuários utilizam medicamentos disponíveis na farmácia popular; 100% hipertensos e diabéticos submeteram-se a estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e receberam orientações nutricionais, orientações acerca dos benefícios da atividade física e sobre riscos tabagismo. A atenção a esses usuários passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe, proporcionou a capacidade de articular a atenção à demanda espontânea e programada, e ampliou as possibilidades de resolubilidade das demandas locais. Espera-se, que a gestão amplie este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de avaliação das atividades, que assegure a composição adequada da equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; Diabetes Mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Atividade em conjunto com gestor municipal de saúde e representantes da prefeitura do município de Alegrete/RS, 2015.	46
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	52
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	53
Figura 4	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	54
Figura 5	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	55
Figura 6	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	57
Figura 7	Proporção de usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	58
Figura 8	Registro fotográfico da realização das atividades físicas durante a intervenção na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.	62

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
AB -	Atenção Básica
APS -	Atenção Primária em Saúde
CAPS -	Centro de Apoio Psicossocial
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
DCT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL -	<i>High Density Lipoproteins</i>
HIPERDIA -	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários Hipertensos e Diabéticos
HGT -	Hemoglicoteste
IMC -	Índice de Massa Corporal
LOA -	Lesões em Órgãos Alvos
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PMM -	Programa Mais Médico
SAMU -	Sistema de atenção médica de urgência
SAIS da Casa -	Sistema de atenção integral a saúde da casa
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório de Análise Situacional.....	10
1.2. Comentário Comparativo entre o texto Inicial e o Relatório .....	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção .....	45
3.1 As ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 As ações previstas e não desenvolvidas .....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção .....	51
4.1 Resultado .....	51
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores.....	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	71
Referências .....	73
Apêndice .....	74
Anexos .....	77

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Estratégia de Saúde da Família de Assumpção, situada no centro do município de Alegrete/RS. Tendo como objetivo melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos e /ou hipertensos.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte, observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte, é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade três do curso. Na quarta seção, encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos na da unidade quatro. Na quinta e última parte, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês julho de 2014, onde foram postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

Sou a Dra. Juana Belkis médica cubana do Programa Mais Médicos do Governo Federal Brasileiro, chegue ao Brasil em março de 2014, fui lotada no Estado Mato Grosso primeiramente, mais depois de 30 dias de ficar ali, foi transferida para o Rio Grande do Sul, no município de Alegrete no final do mês de maio, o mês de junho foi de familiarização e capacitação esperando a entrega do carimbo, em julho comecei a trabalhar no complexo de saúde Centro Social Urbano, mais ainda não tenho posto fixo, manhã dia 8 de agosto outro médico começará a trabalhar nesse lugar, na segunda-feira pela manhã tenho reunião com a enfermeira Jeff de Atenção Primária de Saúde para uma possível lotação em uma Estratégia da Saúde que ainda não esta construída, estão alugando uma casa para começar a trabalhar, e tanto estou em um ESF onde atendo uma população mais o menos de 3500 usuários cadastrados. Sou a clínica geral da ESF, meu horário de atendimento é das 08h00min horas as 12h00min horas e das 13h30min às 17h30min horas de segunda-feira a sexta feira, segunda pela manhã e sexta pela tarde são os dias da docência, todas as sexta depois das 11h00min é a reunião da equipe e na quinta-feira no horário da manha, faço visita domiciliar a pacientes com dificuldade de locomoção ou acamados, junto a minha a equipe.

O território de abrangência é composto por seis bairros. Os agentes comunitários são responsáveis pelo cadastramento das famílias dessas referidas áreas. Realizam diariamente dez visitas por dia, identificando as necessidades e problemas eminentes da comunidade assistida. Atualmente a equipe esta formado por um médico clínico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista e dois agentes comunitários.

Nosso centro oferece atendimentos de pré-natal e puericultura através do especialista clínico geral. Também são realizadas consultas de enfermagem para realização de exame preventivo (citopatológico) autoexame de mamas, primeira consulta de pré-natal, testes-rápidos para vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis, vírus da *hepatite C* (HCV) e Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Hbsag), planejamento familiar e demais procedimentos inerentes ao cargo. Também são realizadas curativos, retiradas de pontos, suturas, administração de medicações via oral, endovenosa e intramuscular, verificação de pressão arterial e glicemia, nebulizações. Em nossa ESF temos sala de espera, consultórios médicos, sala de triagem, sala de curativo/procedimento junto com esterilização, sala de enfermagem e Ginecológicas juntas, copa, banheiro para os usuários e o banheiro para funcionários.

Realiza-se encaminhamento a usuários para outros serviços, também quando precisamos fazemos encaminhamentos para “Hospital Geral ou Pronto Atendimento”. Ainda quando a equipe não esta completo, trabalhamos dia a dia para satisfazer as necessidades da população, trabalhamos integralmente com todos os profissionais em busca de conhecer a realidade de saúde de nossa área de atuação, realizando ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde da população atuando de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde tais como, integralidade, equidade, universalidade e participação popular.

## **1.2 Relatório de Análise Situacional**

O município Alegrete está localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, possui uma população estimada em 77653 habitantes, sendo 38051 homens e 39602 mulheres, na zona urbana há 69594 habitantes e na zona rural 8059 habitantes conforme ao descrito pela secretaria municipal, existem três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma delas com o modelo tradicional, e 15 com Estratégia da Saúde da Família (ESF) (13 urbanas e 2 rurais), chegando a uma cobertura de ESF de mais do 70% da população. Contamos com um ônibus para realizar atenção à saúde nas zonas rurais, também tem a disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por dois fisioterapeutas, uma psicóloga e uma assistente social. Além disso, conta com um complexo de saúde da zona oeste do município, Serviço de atenção Especial-DST/AIDS, Centro de

Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atenção de Urgência Médicas (SAMU), serviço especializado e básico de saúde, Posto de Atendimento Médico (PAM) onde funcionam os seguintes serviços: vigilância em saúde, tratamento fora do domicílio, coordenação de higienização, serviço de atenção integral a mamãe e ao bebê, atendimento a gestante de risco, triagem auditiva, teste do olhinho e teste do pezinho, entre outros. Na atenção secundária contamos com serviços de fisioterapia, fonoaudióloga, centro de especialidades médicas (ostomias, dermatologia, cardiologia, urologia, atendimento de hepatite viral, otorrinolaringologia, proctologista), Sistema Municipal de atenção integral a saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), Centro de atenção psicossocial Infantil (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Residência Terapêutica, Serviço de atenção Integral a saúde da Casa (SAIS), Serviços de atenção especializada, Unidade de Pronto Atendimento Municipal, Hemocentro Regional, Centro regional de saúde do trabalhador, Projeto regional de espirometria. Na atenção terciária existe o Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade, referência Regional. As redes de apoio são farmácia municipal, farmácias populares, laboratório municipal, exames de rádio-imagem.

A ESF Assumpção é urbana, tipo I, só tem uma equipe composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas ACS, outros profissionais como uma psicóloga, uma estagiária administrativa, uma funcionária de higienização. A ESF mantém vínculos com o SUS, não temos vínculo com as instituições de ensino. A equipe não tem serviço de odontologia, e os casos são encaminhados para uma unidade odontológica próxima da ESF, além disso, realiza atenção integral a saúde mental, adolescente, mulher, idoso, homem, de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A ESF Assumpção está estabelecida em uma casa alugada, mas têm avaliação pela vigilância epidemiológica onde cumpre com os requisitos estabelecidos conforme o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde possui os equipamento e materiais mínimos necessários. Cada ambiente que integra a ESF considera-se dentro das normas do manual. As características estruturais do ambiente, ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas, as portas, as janelas, áreas externas, sinalização não têm dificuldades que afetam o desenvolvimento da UBS.

Na ESF existem algumas necessidades e limitações em relação aos equipamentos e instrumentos de uso geral, tais como a existência insuficiente de

balanças de adulto e infantil, que afeta à qualidade das consultas já que se precisa fazer avaliação nutricional dos usuários pessoas e orientar sobre uma alimentação adequada, também é muito importante, pois os usuários devem conhecer o índice de massa corporal, especialmente em diabéticos e hipertensos. Outra dificuldade encontrada são em relação aos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, pois a ESF não tem conexão com internet afetando o desenvolvimento de algumas ações, como por exemplo, a instalação dos prontuários eletrônicos, revisões bibliográficas, tele saúde, acesso as páginas de saúde do governo, atualização dos medicamentos nas farmácias do SUS. Ocorre também a falta de materiais para atividades educativas e preventivas em todas as áreas da ESF.

A equipe cumpre positivamente com as atribuições relacionadas com a busca ativa de usuários faltosos, cuidados domiciliares, atividades e procedimentos de forma geral, encaminhamentos aos usuários a outros níveis do sistema com as utilizações de protocolos entre outras atribuições. Existem necessidades e limitações que afetam o processo, como a não participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe por nenhuns profissionais da ESF, o processo foi realizado por profissionais da secretaria municipal de saúde e como consequências disso não foram identificados os usuários, grupos e/ou famílias expostos aos riscos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). Também não foram identificados os comércios locais, igrejas, escolas, grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local. Até o momento só forem cadastrados 63,4% da população da área da abrangência da ESF dificultando a realização do diagnóstico de saúde, influenciando no planejamento de ações com grupos específicos da comunidade. Não são feitas atividades de grupos, sendo uma deficiência onde devemos trabalhar já que é uma atribuição comum dos profissionais da equipe, além de outras como são melhorar a visão do risco da população, melhorar a qualidade de vida, reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis, reduzir a gestação na adolescência, etc. O trabalho com os diferentes grupos é muito importante, pois eles adquirirem consciência sanitária, sabendo exigir seus direitos e ao mesmo tempo assumindo sua parcela de responsabilidade na promoção, prevenção, na busca de maior autonomia e de menos medicação. Outra deficiência é a insuficiente atividade de qualificação profissional já que quando são oferecidos cursos as maiorias são de qualificação uni profissional e estas limitações trouxe

como consequências não alcançar melhores resultados na saúde dos indivíduos e da população da área de abrangência.

Dentro das ações planejadas pela equipe para ampliar o cumprimento das atribuições estão: identificar diferentes grupos de risco na comunidade baseadas no cadastramento das famílias, fazer um processo de territorialização e mapeamento com agentes comunitárias integrando todos os profissionais da equipe, planejamento semanal de atividades com grupos específicos, incluindo escolas e outras instituições na área da abrangência da ESF, estimular a capacitação de todos os profissionais da equipe e avaliar as possibilidades de formação dos profissionais com os gestores municipais.

O número estimado de habitantes na área adstrita é de 4000 habitantes e conforme aos dados do município, as mulheres em idade fértil representam 31% da população coincidindo com o estimado pelos cadernos de ações programáticas, assim os menores de um ano estão representando um 1,3%, as gestantes o 1,5% e demais indicadores sendo adequado o tamanho do serviço tanto na estrutura como a equipe.

O acolhimento à demanda espontânea se faz com qualidade, se trabalha em função de oferecer um melhor serviço com a escuta das situações que se apresentam dia a dia, na busca soluções e tratando de ajudar as pessoas que chegam procurando um atendimento. Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde, conforme a leitura do documento de acolhimento da demanda espontânea, mas na prática diária em alguns casos há que ajustar um fluxograma considerando a particularidade de cada usuário.

A modelagem de acolhimento da equipe que geralmente é utilizado é o acolhimento do dia, onde a principal característica é que o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem fica na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea a unidade. O médico fica na retaguarda do acolhimento

Na ESF o atendimento de puericultura é realizado uma vez por semana as crianças de 0 a 72 meses participando o médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem e especialista da Primeira Infância Melhor (PIM). Existem ofertas de atendimento para problemas de saúde aguda, existem protocolos de atendimento produzidos pela secretaria municipal de saúde, publicado neste ano e é utilizado por

todos os profissionais da unidade, são desenvolvidas ações do cuidado às crianças, são utilizadas classificações para identificar crianças de alto risco, existem arquivos específicos para os registros do atendimento da puericultura, revisados semanalmente.

Quanto à cobertura de saúde da criança são acompanhadas 43 crianças menores de um ano, com uma cobertura de 90%, porém o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas é de 48 crianças. No município existe um sistema de retroalimentação da informação desde o hospital, secretaria de saúde e até as ESF, trabalhando no cadastramento das crianças. Trabalha-se pelo estabelecido do programa Materno Infantil, existe organização e a equipe trabalha em correspondência das funções de cada profissional, avaliando e monitorando um crescimento e desenvolvimento adequado das crianças, mas ainda falta realizar atividades de grupos com as mães, muito importante para prevenção das doenças, acidentes domiciliar, retorno às consultas programadas, adequadas técnicas de amamentação, atualização da caderneta de vacinação, etc. Os indicadores de qualidade da atenção á criança, eles são monitorados e avaliados mensalmente onde são analisados o total de nascidos e a captação precoce da criança antes dos sete dias, a realização da primeira visita domiciliar pela equipe antes dos sete dias,as consultas em dia de acordo com o protocolo, as crianças com atraso da consulta ,a realização do teste de pezinho antes dos sete dias,o triagem auditiva,o monitoramento do crescimento na ultima consulta, o monitoramneto do desenvolvimento na ultima consulta, o cumprimento da vacina,o comportamento de aleitamento materno nas ciranças menores de 6 meses e após dos 6 meses até os 2 anos,as orientações sobre saúde bucal,aleitamento materno exclusivo e a prevenção de acidentes, onde o comportamento dos indicadores são favorables e são alcanzados a um 100 %.

Na atenção á gestantes é realizado atendimento pré-natal uma vez por semana pela manhã, realizado pelo médico clínico geral, o enfermeiro, técnico de enfermagem e o especialista do PIM, existe demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos, é utilizado o protocolo de atendimento produzido pela secretaria municipal de saúde, atualizado no ano 2014, é utilizada uma avaliação e classificação do risco gestacional. Os atendimentos são registrados em os prontuários clínicos, formulários especiais, fichas de atendimento



odontológico, fichas de atendimento nutricional, fichas espelho das vacinas, existe um arquivo específico para os registros das gestantes, são revisados semanalmente pela enfermeira e o técnico de enfermagem, existe um Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Realizamos atividades com um grupo de gestante que tem uma participação de 66%. Contamos com uma enfermeira que é o profissional dedicado para o planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa fazendo relatórios com os resultados encontrados de forma mensal. Os indicadores de qualidade a gestante são monitorados e avaliados com uma periodicidade mensal pela enfermeira da equipe com um comportamento satisfatório, cumpridos ao 100 % das gestantes acompanhadas pela equipe, onde são avaliadas as gestantes captadas precocemente e as captações tardias com um análise crítica das principais dificuldades, as consultas em dia de acordo com calendário do ministério de saúde, a qualidade da consulta com a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, as gestantes faltosas a consultas, o cumprimento da vacina antitetânica e contra a hepatite conforme o protocolo, a prescrição de suplementos de sulfato ferroso conforme protocolo, a realização do exame ginecológico em cada trimestre, a avaliação de saúde bucal e as orientações para aleitamento materno. A atenção às puérperas se faz na ESF com uma boa qualidade na atenção onde o 100 % tinham consultas antes das 42 semanas, receberam orientação sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Foi realizado o exame das mamas, exame de abdome e um exame ginecológico a todas as puérperas acompanhadas pela equipe, além disso, foi avaliado seu estado psíquico.

O número de mulheres grávidas acompanhadas da ESF é de 29 gestantes, que representam 48% das gestantes estimadas (60 gestantes) pelo caderno de ações programáticas, dentro das possíveis causas desta baixa cobertura está o não cadastramento de 100% da população da área de abrangência, não conhecendo se há mulheres grávidas que assiste a outros serviços ou não estão cadastradas. É bom dizer que no município cada grávida que é cadastrada no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é encaminhada e informada à área onde ela mora para acompanhamento do médico na comunidade. Outra causa é um declínio da

fecundação, muito semelhante ao que está acontecendo nos países desenvolvidos e alguns em desenvolvimento. Dentro das ações para melhorar a atenção pré-natal estão continuar trabalhando com o cadastramento da população, aumentar às atividades com mulheres em idade fértil para o planejamento familiar e realizar um maior número de atividades com grupos de gestantes e adolescentes.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero a ESF tem o livro de registro dos exames coletados para prevenção do câncer de colo de útero, mas não existe um registro de controle para conhecer as mulheres faltosas, não estão cadastradas 100 % das mulheres entre 25 e 64 anos da área de cobertura, a coleta de exame citopatológico realizado nas mulheres são registrados nos prontuários, mas não foi possível revisar a totalidade dos prontuários, considerando-se que não é a melhor forma de levar um controle do programa já que não existe uma pessoa dedicada ao programa e que possa revisar periodicamente todos os prontuários.

A cobertura da prevenção do câncer do colo do útero é de 74% (818 mulheres), sendo o número estimado pelo caderno de ações programáticas de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de 1101. Conseguimos indicadores acima de 70%, ainda quando está faltando mais de 25% da população por cadastrar.

Não foi possível fazer uma avaliação do programa de câncer do colo do útero já que não existe um registro das ações realizadas, as mulheres são orientadas sobre prevenção de câncer, Doença Sexual Transmissível (DST) e outros riscos em cada consulta, mas não é medível o número das ações. A realização dos exames é baixa, pois a ESF está funcionando mais de dois anos, realizam-se exame citopatológicos três vezes por semana nos dois turnos, atividades com um grupo de mulheres, orientações individuais com cada mulher que assiste a consulta, mas não atinge a o 100 % de exame realizado conforme o programa.

A equipe faz ações para a prevenção do câncer de colo de útero, mas são ações isoladas, não existe controle das ações, a primeira coisa que há que fazer é ter registradas o 100% das mulheres entre 25 e 64 anos. Após a equipe tem como estratégia fazer um registro específico (livro ou arquivo) de controle das mulheres, registrando a data e resultado do exame coletado, os exames alterados e planejar a data do próximo exame, visitar as mulheres faltosas, fazer maior quantidade de atividades de grupo, fazer trabalho individual com as mulheres que não querem fazer o exame.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, não existe registro específico, os dados só são registrados nos prontuários, por isso não é possível fazer um

controle do programa. A cobertura do programa é de 79%, sendo 327 de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na ESF para prevenção de câncer de mama, porém o número estimado é de 413. Não são realizadas atividades, não conhecemos se realizam autoexames das mamas ou mamografia, ou se existe alguma mulher com diagnóstico de câncer de mama.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados na ESF são um controle de 100% das mulheres entre 50 e 69 anos, ter um registro dos exames realizados e seu resultado, planejar a programação do exame com uma avaliação periódica do programa, levar um controle dos resultados positivos e seu seguimento, fazer atividades de grupo, fazer atividades individuais das mulheres que não querem realizar se o exame.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são consideradas doenças crônicas não transmissíveis com alto índice de morbidade, afetando cada vez mais a população maior de 20 anos, onde a urbanização e mudança de estilos de vida são fatores determinantes e nosso trabalho deve estar encaminhado em fazer prevenção e promoção de saúde para melhorar os indicadores destes programas.

A forma de registro da Hipertensão arterial e através do prontuário onde permitiu o preenchimento dos dados, mas não é a melhor forma para o seguimento e avaliação dos pacientes, já que não é possível fazer um planejamento das ações individuais e grupais, tomando como medida fazer um registro específica para melhor controle.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é 894, porém são acompanhados 633, com uma cobertura de 70.8 %. O número de usuários cadastrados com esta doença é baixo, não correspondem com o estimado pela organização mundial para saúde, além disso, muitas pessoas desconhecem esta doença por não medir pressão arterial com a frequência estabelecida, e a pesquisa ativa na população é insuficiente. Os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados são baixos, sendo valores menores de 50%, onde estava faltando a um número importante de usuários com hipertensão e diabetes exames complementares, avaliação de riscos e as orientações sobre alimentação, do tabagismo, atividades físicas, mas é bom dizer que os usuários acompanhados pela equipe e com um seguimento sistemático tinham uma atenção de qualidade onde no prontuário tinha exame físico adequado, exames de

laboratório de acordo com os protocolos, avaliação de risco cardiovascular, orientações sobre alimentação saudável, tabagismo e atividades físicas.

A equipe traçará estratégias para levar um melhor controle dos usuários com HAS, onde a primeira ação é concluir o cadastramento da população, fazer um registro específico com registro do risco cardiovascular, data da última consulta, a data do retorno, a data dos exames e as orientações. Fazer grupos de hipertensos para realizar atividades encaminhadas a diminuir as complicações e melhorar a qualidade de vida, também planejar atividades na comunidade e realizar pesquisa ativa da população, foi solicitado a secretária da saúde os protocolos de atendimentos, mas ainda não obtivemos resposta.

A forma de registro da Diabetes Mellitus permitiu o preenchimento dos dados do caderno de ações programáticas, mas da mesma forma que com os dados dos usuários com HAS não é a melhor forma de controle deste programa. O total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 135, porém o estimado é de 255 usuários, o que representa 52.9 % de cobertura. Os indicadores avaliados não foram cumpridos, só 34% dos usuários foram visto nas consultas com um completo exame físico, e receberam orientações gerais sobre nutrição, atividade física, saúde bucal etc.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são completar cadastramento, fazer registro específico de Diabetes Mellitus, controlando: risco Cardiovascular, data da última consulta, data de retorno, data de exames, além disso, realizar teste rápido de glicemia da população risco. Aumentar as atividades educativas da população, formar grupos de Diabetes Mellitus, avaliar a utilização dos protocolos de atendimentos e fazer avaliação e monitoramento periódico do programa.

O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na ESF é de 356, representando um 65% de cobertura, de um total de 546 idosos estimados pelo caderno de ações programáticas na área da ESF. De acordo com o estimado no Brasil, estudos realizados apontam um crescimento de um 10% da população idosa. O maior número de atendimento nas visitas domiciliares são as pessoas idosas. Os ACS tem um papel fundamental já que mediante elas são agendadas as consultas. Os indicadores de qualidades na sua maioria ficaram em 74% como avaliação em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física. ,

Em relação à saúde dos idosos ainda falta muito trabalho da equipe, já que precisamos concluir o cadastramento para fazer um bom diagnóstico da comunidade e assim fazer uma avaliação do estado global da comunidade para determinar os principais problemas e estabelecer prioridades. O município está completando as estruturas das equipes principalmente dos ACS, fundamental para o cadastramento. Também falta protocolo, caderneta de saúde dos idosos e estatuto dos idosos, existe conhecimento desses documentos, mas não estão presentes na ESF. Os idosos são atendidos prioritariamente. Falta trabalho com grupos de idosos para a promoção e prevenção de saúde.

Os aspectos que a equipe pode melhorar para contribuir na cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos são identificar a população maior de 60 anos, identificar o número de idosos com doenças crônicas e deficiências físicas e motoras, formar grupos e fazer atividades educativas, aproveitar a cobertura da educação física para fazer palestras das doenças mais comuns. Fazer um controle da programação das consultas agendadas dos pacientes idosos.

## **1.2. Comentário Comparativo entre o texto Inicial e o Relatório**

Quando iniciou o curso de especialização em saúde da família foi solicitada a situação da ESF, e quando foi descrita a situação tudo parecia organizado. Após iniciar a Unidade 1, onde foi realizada a análise situacional da ESF, a equipe foi transformando-se semana a semana e começaram a mudar algumas coisas dentro do serviço, que hoje estão incorporadas na rotina do trabalho, a equipe foi de muita ajuda para poder desenvolver cada uma das ações, por exemplo, a situação com os medicamentos foi resolvida, já existe um maior número de medicamentos para a prestação de serviço, há antibióticos, medicamentos de urgências, equipamentos de soro, material para fazer curativos. Chegaram balanças suficientes para avaliação dos usuários, e foram implementados arquivos ou registros específicos para cada programa e assim levar um melhor controle dos usuários, como por exemplo, do registro para o câncer de mama, do controle do câncer de colo de útero, da HAS e DM dos idosos, anteriormente os prontuários não ofereciam dados para poder fazer uma boa avaliação dos programas. Ainda falta muito caminho para andar, mais a ESF vai pelo caminho certo e assim trabalha para melhorar a prestação do serviço e melhorar a qualidade de vida da população.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis com alto índice de morbidade, considerando-se hoje uma epidemia a nível mundial e um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. São muito frequentes na população adulta e podem provocar um grande número de complicações como a insuficiência renal, doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca, infarto agudo de miocárdio e outras (BRASÍLIA, EPIDEMIOL. SEV. SAÚDE, 2006). Além disso, ao ter um melhor controle dessas doenças, é possível realizar ações que permitam uma adequada avaliação e seguimento dos usuários para manter uma saúde adequada e evitar complicações, sem que elas venham a falecer (BRASIL, 2013).

A estrutura da ESF Assumpção, é uma casa alugada, conta com um consultório médico equipado com cadeiras para usuários e acompanhantes, mesa para exame, um consultório onde são realizados preventivos com mesa de ginecologia e a consulta da enfermeira, uma sala de vacinas, mas ainda não há geladeira, uma sala de curativos onde também se faz esterilização, não existe uma sala de reuniões, que acontecem na sala de curativos já que tem espaço suficiente para esta atividade, um banheiro para usuários e outro para trabalhadores, uma recepção e arquivo, uma sala de espera com capacidade de mais de 15 pessoas, depósitos para lixos, uma cozinha. Quanto às barreiras arquitetônicas a ESF nem todos os pisos têm superfícies lisas, a ESF está localizada em uma rua com muito trânsito de carros e constitui um perigo para as pessoas idosas e com deficiência físicas, motoras e mentais. Apresentamos dificuldade de comunicação, pois não há conexão com internet nem telefone. A equipe está formada por uma clínica geral,

uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma higienização, quatro agentes comunitárias de saúde e uma visitadora do PIM, uma psicóloga e um educador físico para um território de abrangência composto por seis bairros (Medianeira, São João, Assumpção, Independência, parte de cidade alta e Porto dos Saguateros). Além disso, na área há um presídio muito perto a ESF onde se presta atendimentos na quarta-feira quinzenalmente no horário da tarde, temos outros centros de trabalho como a Prefeitura Municipal, uma CTG (Centro de Tradições Gaúchas), uma igreja e uma escola.

São estimados 894 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, porém são acompanhados 633 sendo a cobertura de 71%, e são estimados 255 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, mas são acompanhados 135 sendo 53% de cobertura. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde desta população avaliada são baixos, pois mais do 50 % dos usuários com Hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde não tinham uma consulta programada, não tinham exame físico, exames de laboratório de acordo com os protocolos de atendimento, além das orientações sobre alimentação, tabagismo, prática de atividades físicas e saúde bucal, mas os usuários que já estão sendo acompanhados pela equipe tem atenção de qualidade com exame físico completo, exames de laboratório, avaliação de risco, tem avaliação de risco, além das orientações de educação para a saúde. Entre as ações de promoção em saúde que já são desenvolvidas, estão as ações de educação alimentar, promoção da prática de atividades físicas, adesão a tratamento e importância da realização de exame para o seguimento dessas, orientações são dadas em consultas, visitas domiciliares e atividades em grupos de hipertensos e diabéticos.

A intervenção é muito importante no contexto da ESF já que temos muitos usuários diagnosticados com estas doenças, mesmo faltando cadastrar 37% da população (1000 usuários), as incidências em jovens com risco são significativas, e existe pouco conhecimento sobre sua doença assim como a importância da adesão ao tratamento e necessidade de eliminar maus hábitos dietéticos, ter um Índice de massa corporal adequado, a importância da prática sistemática de atividade física. Este projeto de intervenção irá beneficiar toda a população atendida pela ESF, tanto para os doentes como suas famílias, para reduzir as complicações e mortalidades provocadas pela HAS e DM, assim como modificações no modo e o estilo de vida da população. As principais dificuldades que a equipe vai a enfrentar são as limitações



na realização dos exames complementares, os aparelhos dos ECG estão estragados, falta um ACS para terminar o cadastramento das famílias, não há nutricionista, nem serviços de odontologia para saúde bucal. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são que a equipe presta atendimentos todos os dias da semana de segunda a sexta, existe programação semanal de visitas domiciliares com apoio da secretaria municipal, há equipamentos para medir pressão, balanças, fitas métricas, aparelho para medir glicose, já existem os registros específicos, existe profissionais capacitados para a realização das atividades educativas.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, Alegrete/RS.

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

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

Meta 1.1. Cadastrar 75% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF Assumpção, no Município de Alegrete, Estado do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 633 usuários hipertensos e 135 usuários diabéticos maiores de 20 anos residentes na área e acompanhados pela ESF.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1. e 1.2. Cadastrar 75 % dos Hipertensos e dos Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Será monitorado o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da ESF, através do cadastro próprio do programa que será elaborado pela equipe, onde os agentes comunitários da saúde devem informar e entregar com uma periodicidade semanal, os usuários cadastrados com todos os dados para poder realizar o

agendamento de forma organizada, isto será avaliado pela enfermeira e médico uma vez por semana na sexta-feira, no espaço da reunião da equipe na própria unidade.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro em arquivo específico dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, que será elaborado pela equipe e monitorados pela enfermeira e o médico na primeira semana da intervenção. Será melhorado o acolhimento aos hipertensos e diabéticos com o agendamento por semana nos dois turnos, organizados por bairros com ajuda dos agentes comunitários, através das listagens do cadastro com prioridade aos usuários hipertensos e diabéticos de maior risco, e terão prioridade de atendimento quando chegarem à unidade solicitando consulta ou qualquer orientação, durante o horário de atendimento da ESF e a primeira escuta será feita pela secretaria ou técnicas de enfermagem ou qualquer membro da equipe. Será garantido material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e a medicação da glicose (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas e equipo para a realização de hemoglicoteste), através da gestão com a secretaria de saúde e ou gestor municipal, feita pela enfermeira ou médico, na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe onde eles forem convocados.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, e informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Tudo isso será feito através ACS e também por cartazes que serão fixados na ESF, além disso, será feita palestras na ESF e nas comunidades.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Serão capacitados os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da ESF para orientar aos hipertensos e diabéticos na importância da realização da consulta de controle, com a periodicidade que a mesma deve ser feita. Os ACS serão capacitados para realizar a busca dos

usuários que não estão realizando consulta em nenhum serviço, e ampliar o conhecimento da equipe sobre o programa de humanização á hipertensão arterial e a consulta de controle a cada três meses. A capacitação será feita na própria unidade, no espaço da reunião da equipe na sexta-feira pela médica e enfermeira com ajuda dos Cadernos de Atenção Básica e protocolos oferecidos pela secretaria municipal de saúde, com uma frequência semanal, com uma duração de 45 minutos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será avaliado o comportamento da realização de consultas dos usuários hipertensos e diabéticos que tenha pelo menos uma a cada três meses, a realização de pelo menos um exame físico por consulta, e de pelo menos um exame complementar de acordo com o programa uma vez ao ano. Será priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular com uma atualização da cobertura de medicamentos com um monitoramento semanal pela enfermeira, através dos gestores das farmácias. Será avaliada a necessidade de atendimento odontológico pela médica, feitas em cada consulta dos usuários hipertenso e diabéticos e serão encaminhados para uma unidade de referência com previa avaliação com o gestor municipal para o atendimento de preferência. O monitoramento e avaliação serão

realizados pela enfermeira e/ou médico nas sexta-feira de cada semana durante a reunião da equipe, utilizando o arquivo específico e as fichas espelho

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será garantido mediante o acolhimento diário dos hipertensos e diabéticos pela enfermeira e técnicas de enfermagem e o cadastramento dos usuários pelos ACS, na área de cobertura da unidade de saúde mediante a organização do acolhimento dos diabéticos e hipertensos, estabelecer sistemas de alerta para fazer pesquisa de usuários faltosos a consulta, o exame físico e, para a solicitação de exames de acordo com o protocolo para isso o médico junto com a enfermeira entregará de forma semanal na reunião da equipe aos ACS os nome e o endereço de todos eles para sua busca ativa e sua recuperação na próxima semana. Para organizar agenda de saúde bucal para atendimento deles, para isso será feito o listagem dos pacientes pelo médico e/ou enfermeira semanalmente avaliando com o gestor municipal a cobertura de atendimento em outra ESF já que não temos atendimento odontológico em nossa ESF.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a Diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através dos profissionais da equipe nas consultas planejadas, nas visitas domiciliares, durante o cadastramento feito pelos ACS, nas palestras organizadas pelo cronograma, na sala de espera da ESF, pelos cartazes colocados dentro da unidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

O médico e a enfermeira serão os responsáveis do exame clínico aos pacientes com a periodicidade de acordo com os protocolos. A equipe será capacitada pelo médico e/ou enfermeira, de forma escalonada e em relação às funções de cada membro de acordo com os protocolos e as realidades da ESF, com uma frequência semanal de uma duração de 45 minutos no espaço da reunião da equipe nas sexta-feira, em uma sala da própria unidade. Será responsabilidade do médico e a enfermeira a solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo aos usuários hipertensos e diabéticos. O médico e a enfermeira serão os

responsáveis de avaliar com o gestor municipal na primeira semana da intervenção a necessidade de dar certa prioridade aos usuários com hipertensão e diabéticos para a realização dos exames complementares solicitado. A enfermeira realizara com uma periodicidade semanal o monitoramento da disponibilidade dos medicamentos na farmácia populares. Será avaliado pelo medico em cada consulta a necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos e junto com a enfermeira organizará a agenda de saúde bucal para o atendimento em outra unidade de saúde, para isso será feito o listagem dos usuários pelo médico e/ou enfermeira semanalmente avaliando com o gestor municipal a cobertura de atendimento em outra ESF já que não temos atendimento odontológico em nossa ESF.

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

Metas 3.1 Buscar 100% dos hipertensos e os Diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo adotado pela unidade de saúde. Estão feitos os registros onde cada membro da equipe pode conhecer os usuários faltosos ou com atrasos nos exames, consultas, avaliação de risco cardiovascular, será revisado com uma periodicidade semanal. O responsável pelo monitoramento foi eleito uma técnica de enfermagem, além do médico e a enfermeira.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão organizadas pelo medica e/ou enfermeira visitas domiciliares para busca de hipertensos e diabéticos faltosos e organizar a agenda para acolher a demanda deles provenientes das buscas pelos ACS, com uma periodicidade semanal.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Esclarecer a comunidade através das consultas, das visitas domiciliares, palestras e atividades de grupos específicos, sendo realizado pelo médico, enfermeira e ACS. Será abordada durante as consultas, nas atividades de grupos, nas visitas domiciliares através do medico, enfermeira, técnicas de enfermagem e

agentes comunitários de saúde, a necessidade de realizar a consulta no período de três em três meses aos hipertensos e aos diabéticos para poder manter controle da pressão, da glicose, do peso, avaliar danos aos órgãos alvos e estabelecer estratificação de risco cardiovascular, evitando a ocorrência de complicações.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e Diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, feita pelo médico e/ou enfermeira com uma periodicidade semanal e uma duração de 45 minutos, na própria unidade e no espaço da reunião da equipe.

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

Metas 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e os diabéticos cadastrados na unidade de saúde

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da qualidade das fichas de acompanhamento será feito semanalmente na sexta-feira durante a reunião da equipe, pelo médico e/ou enfermeira, revisando o preenchimento completo das mesmas dos pacientes atendidos na semana.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas pela enfermeira com periodicidade mensal, implantar a ficha de acompanhamento e pactuar com a equipe o registro das informações, responsabilidade da médica e/ou enfermeira e feitas durante as consultas. Definir responsável pelo monitoramento dos registros, antes do começo da intervenção para um melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos e o planejamento dos agendamentos dos usuários. 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 mediante um arquivo específico organizados por meses de acordo a periodicidade estabelecida pelo programa, isto será feito pela enfermeira e a técnica de enfermagem escolhida para esta tarefa, com uma revisão mensal do arquivo.



## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade através das consultas, nas visitas domiciliares, nas palestras, atividades de grupos e cartazes sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Isto será feito pela médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde, durante todos os dias da semana.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos onde o médico ou enfermeira serão os responsáveis desta capacitação serão utilizados exemplos de preenchimentos dos registros de cada doença em quanto ao acompanhamento como aos procedimentos clínicos, está será feita na primeira semana com uma duração de 45 minutos em uma sala da ESF.

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado semanalmente através dos prontuários e as fichas espelho os usuários hipertensos e diabéticos com realização pelo menos uma verificação da estratificação de risco ao ano, sendo responsabilidade do médico e a enfermeira

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e planejar os agendamentos de forma semanal para o atendimento desta demanda onde a equipe tem que fazer uma estratificação destes usuários e para isto é preciso um seguimento mensal. Isto será responsabilidade do médico e/ou enfermeira da equipe.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecer aos usuários da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), sendo de responsabilidade de cada membro da equipe durante as consultas programadas, e realizando o registro nos prontuários. Sendo orientados também no acolhimento pelos membros da equipe e nas visitas domiciliares pelos ACS de forma sistemática no dia a dia.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

O médico e enfermeiras realizarão a capacitação da equipe em relação à avaliação de risco e dessa forma a equipe poderá orientar aos usuários e a comunidade. Será feita na ESF com uma duração de 45 minutos, utilizando os protocolos e cadernos de atenção básica.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e dos diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e dos diabéticos.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será utilizado os prontuários e as fichas espelho para verificar as orientações escritas sobre nutrição, atividade física regular, risco do tabagismo aos usuários hipertenso e diabéticos e a higiene bucal, as mesmas serão feitas em cada consulta pela médica e monitorada pela enfermeira e técnica de enfermagem de forma sistemática, uma vez por semana.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Com a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos iremos realizar atividades sobre alimentação, atividades físicas, tabagismo, saúde bucal para os usuários. A equipe irá convidar a nutricionista, um representante da saúde bucal e o

educador físico, para realizar essas atividades mensalmente com uma duração de 45 minutos. Além disso, em todas as consultas o médico orientará de forma individual sobre a importância da alimentação, prática de exercícios físicos, abandono do tabagismo e saúde bucal. Realização de prática de exercícios feita pelo educador físico com uma periodicidade de duas vezes por semana (na segunda e quarta de manhã, no parque dos Saguateros perto à ESF).

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Em cada consulta, palestra, atividades de grupos, atividades nas comunidades e centros de trabalho será orientado sobre a importância da alimentação, prática de exercícios físicos, risco do tabagismo e a higiene bucal e a responsabilidade de todos os profissionais da ESF durante o horário laboral e nas atividades planejadas duas vezes ao mês.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitação a todos os membros da equipe sobre alimentação, exercícios físicos, riscos de tabagismo e saúde bucal de forma sistemática feita pelo médico, enfermeira e outros profissionais que será envolvido nestas atividades na própria unidade de saúde, planejadas em todas as sexta feira, no horário da reunião da equipe.

#### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial 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 da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia 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 cadastrados

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia 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 cadastrados 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 cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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 cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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 com risco para doenças cardiovasculares.

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

Indicador 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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 dos hipertensos e diabéticos.

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

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 cadastrados.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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



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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a equipe vai adotar o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde de 2012 e os protocolos estabelecidos pelo município do ano 2014. Para registro de informações, utilizaremos o prontuário de hipertensos e diabéticos que estão no arquivo específico, ficha espelho e planilha de coleta de dados oferecidos pelo curso (ANEXO B; ANEXO C), além de os registros do HIPERDIA. Na ficha estão previstas, o controle de exame físico, exames complementares conforme ao

estabelecido pelo protocolo, a coleta de informações para fazer a estratificação de risco cardiovascular, os usuários faltosos e a possibilidade de busca ativa dos mesmos, orientação de alimentação saudável, prática sistemática de atividades físicas, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade mediante avaliação de IMC e circunferência abdominal. Estimamos alcançar com a intervenção 633 hipertensos e 135 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir 800 fichas espelho. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar os registros específicos do programa os ACS revisaram o livro de registro identificando todos hipertensos e diabéticos que vieram aos serviços nos últimos três meses, além disso, todos os ACS entregaram uma listagem dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Para organizar os registros específicos do programa a ACS revisará o livro de registro identificando todos os Hipertensos e Diabéticos que vieram aos serviços nos últimos três meses. O profissional localizará os prontuários destes pacientes verificando se estão ou não atualizados. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atrasos, exame clínicos e laboratoriais em atrasos e estratificação de risco cardiovascular.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos de atenção a hipertensos e diabéticos disponibilizados pelo Ministério de Saúde, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá em uma sala na própria ESF e um turno com 45 minutos semanalmente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe, a mesma será realizada pelo próprio médico da equipe, com ajuda da enfermeira. Os membros da equipe terão os protocolos para poder ser estudados e fazer o debate ao final da capacitação

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que buscarem os serviços será realizado pela enfermeira quem indicará os exames complementares e agendará a consulta. Os usuários com HAS e DM descompensados, e os que apresentem problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar a ocorrências de complicações; os que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora devera ser menor do que três dias. Os que vierem a consulta de controle sairão da ESF com a próxima consulta agendada. O

restante dos usuários será agendado de forma organizada no horário de manhã e no horário da tarde, por bairros, conforme a listagem entregue pelos ACS.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas nas pessoas com hipertensão e diabetes não há necessidades de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas 48 por semanas, seis por turno.

Faremos contato com os presidentes dos bairros, líderes das comunidades, representantes da prefeitura do município que está dentro da área da abrangência da ESF, representante da CTG, das quatro igrejas dentro da área, centro de esporte e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do controle. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Solicitaremos também apoio ao gestor municipal para que outros profissionais ofereçam capacitação sobre nutrição, saúde bucal etc., já que não contamos com profissionais de apoio na ESF.

A equipe solicitara apoio da comunidade para confecções de cartazes onde orientem aos pacientes sobre a importância da realização dos exames e a periodicidade estabelecida, os mesmos serão colocados na ESF e, além disso, em cada consulta ou visita domiciliar, o médico ou enfermeira orientará aos pacientes e seus familiares.

A equipe criará um grupo de hipertensos e diabéticos com os que realizarão atividades planejadas uma vez ao mês, feita pelo médico e/ou enfermeira, além de realizar um convite para intercambiar ideias sobre alimentação saudável com o apoio de uma nutricionista e com a participação dos usuários hipertensos e diabéticos e os familiares dos mesmos com a utilização de um turno de uma sexta-feira de tarde na própria unidade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade com uma periodicidade de duas vezes por semana (na segunda e quarta de manhã), esta gestão será feita pela enfermeira e/ou médico com o gestor municipal de saúde para a incorporação do educador físico na ESF.

Semanalmente, a enfermeira e técnicas de enfermagem revisaram as fichas de espelho para identificar os usuários hipertensos e diabéticos com exame físico e

exames complementários em atrasos. O ACS fará busca ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso onde o médico e/ou enfermeira entregará a listagem para sua localização. Ao fazer a busca já agendará aos hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência, tendo em conta que devem ser agendados mais ou menos 46 Hipertensos e 10 Diabéticos por semana para cumprir com a meta estabelecida.

Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha de espelho serão consolidadas na planilha eletrônica onde faremos uma avaliação do comportamento das ações da intervenção com as dificuldades e facilidades apresentadas, para planejar novas ações e evitar as mesmas dificuldades e poder cumprir os objetivos e metas propostas.

### 2.3.4 Cronograma

<b>Atividades</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção a hipertensos e diabéticos, estratificação de risco segundo o escore de Framingham, protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares,	X				X				X				X			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensos e diabéticos solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos para as demais estratégias que serão implementadas.	X				X				X				X			
Atendimento clinica dos hipertensos e diabéticos, monitoramento de exames clinico, laboratório.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de hipertensos e diabéticos, atividades de promoção de saúde			X						X					X		



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas e desenvolvidas**

Durante os meses da intervenção a equipe desenvolveu ações como a capacitação de todos os profissionais na confecção do cadastro próprio do programa de Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus para o monitoramento e avaliação dos usuários, na busca dos usuários faltosos, na verificação da pressão arterial, na realização do hemoglicoteste em adultos, nas atribuições de cada profissional, na importância da realização de exame clínico e exames complementares onde forem planejadas e realizadas pelo médico e enfermeira em uma sala da ESF, com uma periodicidade semanal e uma duração de 45 minutos, sempre no horário estabelecido para a reunião da equipe.

Para que as atividades acontecessem conforme o planejado foi necessário a disponibilidade dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASÍLIA: MINISTERIO DA SAÚDE, 2013), dos protocolos de atendimentos de usuários hipertensos e diabéticos produzidos pela secretaria de saúde do município no ano de 2014 e computador da ESF. Também realizamos atividades práticas como a verificação da pressão arterial, o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), a realização do hemoglicoteste entre cada um dos membros. Neste aspecto as dificuldades estiverem dadas na disponibilidade dos protocolos, mas foi feita uma conversa com o supervisor do programa estadual e o gestor municipal no início da intervenção, entregando um kit de cadernos de atenção básica e os protocolos na ESF.

Constatamos com as lideranças das comunidades para falar sobre a importância da ação programática, os presidentes dos bairros participarem com uma periodicidade mensal, ainda que alguns tenham faltado a presença de

cada deles foi fundamental no desenvolvimento das ações planejadas, contamos também com a participação de uma representante da câmara de vereadores do município em uma das reuniões, que foi de muita ajuda já que forem discutidas algumas dificuldades sobre barreiras arquitetônicas e o acesso pela rua aos usuários idosos constituindo um perigo para sua vida e dificultando a chegada às consultas agendadas. Na segunda reunião da equipe contamos com a presença do prefeito e vice-prefeita do município, além do gestor da saúde municipal onde forem expostos os objetivos, metas e a necessidade do apoio para a realização da intervenção, pois a equipe era de nova criação e não contava com muitos recursos, faltando balanças, geladeiras, fitas métricas, outros profissionais de apoio ficando resolvidas em muito curto prazo (uma semana), só ficou como dificuldades os profissionais de apoio, mas conseguimos apoio de um educador físico e uma psicóloga (Figura 1). Foram colocados os cartazes em todas as salas da unidade para oferecer uma maior informação aos usuários, os mesmos foram feitos pelos membros da equipe e outros entregues pela secretaria de saúde municipal.



Figura 1. Atividade em conjunto com gestor municipal de saúde e representantes da prefeitura do município de Alegrete/RS, 2015.

Outras ações desenvolvidas foram o atendimento clínico todos os dias da semana, de manhã e de tarde aos usuários hipertensos e diabéticos com consultas agendadas ou com a ocorrência de complicações agudas com uma



planificação de 12 usuários por dia, organizados nas duas seções, a realização do exame físico em 100% dos usuários que participavam da intervenção, exames complementares onde apresentamos dificuldades pela baixa cobertura no laboratório, mas foi avaliado com a secretaria de saúde do município dando certa prioridade a estes usuários sempre que a requisição do exame tivesse essa identificação, porém não atingimos a meta de 100% mas o não cumprimento não foi significativo para a população alvo, foi realizada a avaliação de risco cardiovascular em 100% dos usuários. Os agendamentos forem organizados por semanas e por bairros com prioridade aos de maior risco, organizados nos dois turnos com um numero mais ou menos de 46 usuários com hipertensão e 10 usuários Diabéticos, no caso dos usuários com dificuldades para assistir a unidade, eles eram agendados para visita domiciliar realizada nas quintas feiras, no horário da manhã realizando cinco visitas caminhando e cinco visitas com o carro da secretaria municipal de saúde. O acolhimento foi feito por todos os membros da equipe, a enfermeira avaliava a necessidade de realizar exame laboratório e fazia a requisição dos mesmos, no caso dos usuários que precisavam o atendimento por doenças agudas eles eram atendidos na hora. Os usuários faltosos a consulta eram identificados na mesma semana e o agente comunitário visitava em sua morada, deixando agendada a próxima consulta, conveniado com os mesmos.

Foram criados grupos específicos de promoção da saúde para os usuários participantes da intervenção realizando atividades educativas duas vezes ao mês, forem feitas duas atividades educativas sobre nutrição com a participação de uma nutricionista do município com a utilização de técnicas participativas, para isso a equipe com esforços próprios ofereceu brindes aos participantes que responderam adequadamente as respostas, especialmente alimentos saudável, folhetos sobre Hipertensão e Diabéticos e guias saudável de alimentação. Outras atividades foram realizadas com a participação de um grupo de educadores físicos, em duas vezes durante a intervenção, as mesmas forem possíveis graças a gestões da enfermeira, na primeira atividade foi oferecida uma palestra sobre a importância da realização de atividades

físicas e culminando com 15 minutos de exercícios físicos, na segunda atividade foi feita uma avaliação do IMC, verificação da pressão arterial e após foi realizada uma atividade física com todos os participantes, além disso, todas as semanas nas realizações da atividade física programada foram feitas palestras educativas com a presença do membro da equipe. Para a realização das atividades sobre desabituação do tabaco e saúde bucal não foi possível a presença do especialista do Centro de atenção de antidrogas, mas foram feitas duas palestras, realizadas pelo médico e a enfermeira da equipe.

O cronograma de atividades foi planejado para 16 semanas e após as férias da coordenadora da intervenção foram reduzidas para 12 semanas, sendo cumpridas de acordo ao planejado, o monitoramento e avaliação do projeto foram realizados com uma periodicidade semanal nas reuniões da equipe, analisando a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA com a informação semanal da cobertura dos medicamentos nas farmácias, a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na ESF; a periodicidade das consultas previstas no protocolo e a busca ativa dos usuários faltosos, o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; a realização de orientação higiene bucal; a orientação nutricional, a prática de atividade física regular e o risco do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

A equipe realizou reunião com uma periodicidade semanal, onde contamos com a presença do gestor municipal de saúde, representantes da câmara de vereadores, representantes da prefeitura municipal em algumas das reuniões planejadas, isto contribuiu a um melhor desenvolvimento das ações e cumprimento integral das mesmas, outras facilidades foram que quando começo do projeto a equipe foi constituída nova e todas as ações foram incorporadas sem realizar mudanças, não existiu resistência de nenhum profissional, com uma boa aceitação dos membros da equipe e dos usuários alvos da área da abrangência.

### **3.2 As ações previstas e não desenvolvidas**

Dentro das ações previstas que não foi possível seu desenvolvimento temos a realização da consulta odontológica, pois a ESF não conta com o profissional de odontologia, as consultas foram agendadas em outras unidades e isto dificultou o controle dos usuários com necessidades de atendimento deste serviço, é por isso que a ações foi cumprida de forma parcial, pois a equipe realizou a avaliação das necessidades, mas não foi realizado o atendimento pelo dentista.

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

Na coleta e sistematização dos dados não apresentamos dificuldades, a planilha de coleta de dados foi preenchida diariamente, as fichas espelhos forem preenchida para todos os usuários que participarem no projeto pelas técnicas de enfermagem. As fichas forem disponibilizadas pela enfermeira da ESF e com a coordenação do gestor municipal. Além disso, no calculo dos indicadores não apresentamos dificuldades, eles correspondiam com a planilha de coleta de dados.

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

Desde o inicio da intervenção, a equipe incorporou a rotina de trabalho as ações previstas no projeto, organizando de forma sistemática o trabalho da ESF conforme ao estabelecido pelo Ministério da Saúde, precisamos continuar trabalhando na organização dos agendamentos com a confecção do arquivo ativo por meses e por bairro, para ter um melhor controle dos usuários, além de terminar o cadastro das famílias e a incorporação das incidências de hipertensos e diabéticos. Com a implementação do projeto de intervenção aconteceu mudanças não só para a equipe, também os usuários hipertensos e

diabéticos que perceberam as melhorias na qualidade da atenção e elevarem os conhecimentos sobre suas doenças, muito importantes para mudanças no modo e estilos de vida, para assim aumentar a esperança de vida.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultado**

Depois de realizar 12 semanas de intervenção, realizamos uma avaliação dos resultados atingidos neste período de forma quantitativa e qualitativa, após a realização da intervenção na ação programática de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, município de Alegrete, Rio Grande do Sul.

A intervenção tratou da Melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM onde foi desenvolvida em uma população da área de abrangência da ESF que tem um estimado de 4000 habitantes com 633 Hipertensos e 135 Diabéticos.

O primeiro objetivo proposto foi melhorar a cobertura de atendimento às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF. Sendo estabelecida a primeira meta de cadastrar 75% das pessoas com hipertensão arterial sistêmica da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da ESF Assumpção.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 139 (22.0%), no segundo mês 301 usuários (47.6 %) e no terceiro mês 457 usuários (72,2%), como mostra a Figura 2. Não sendo alcançada a meta proposta, dada às reduções das semanas da intervenção, mas os resultados foram satisfatórios graças a cadastramento, mapeamento e pela sistematicidade da equipe.

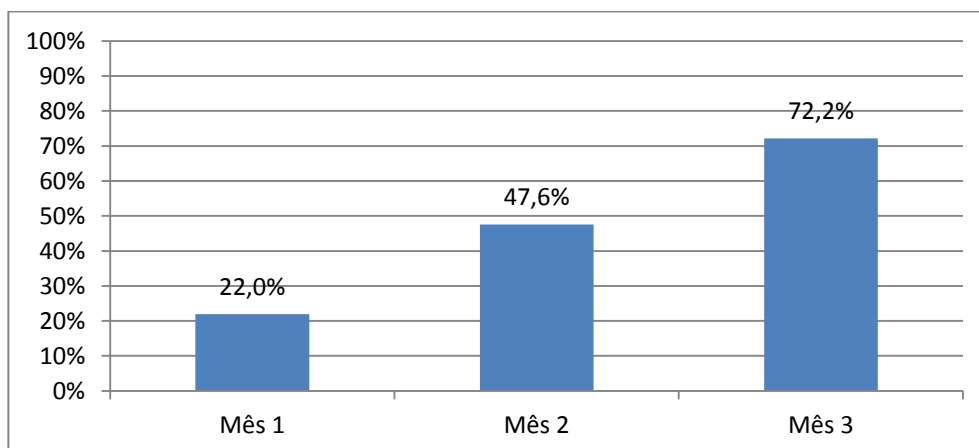


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

A cobertura foi planejada tendo em conta o número de hipertensos residentes na área de abrangência da ESF que frequentam o programa de atenção ao hipertenso atingido na revisão dos prontuários médicos e os cadastramentos das famílias.

A segunda meta foi de cadastrar 75% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da ESF. Sendo cadastrados no primeiro mês 41 usuários (30.4 %), no segundo mês 79 usuários (58.5 %) e no terceiro mês atingimos a um total de 119 usuários diabéticos (88.1 %), superando a meta estabelecida pela equipe de saúde (Figura 3). Os resultados atingidos foram possíveis graças aos cadastramentos realizados pelos ACS, a entrega da listagem dos usuários portadores de DM para o planejamento e agendamentos das consultas, a busca ativa nos atendimentos domiciliares, a colaboração dos usuários que participarem ativamente e colaborarem com a intervenção, e os líderes da comunidade e presidentes de bairros que ajudarem na divulgação da intervenção.

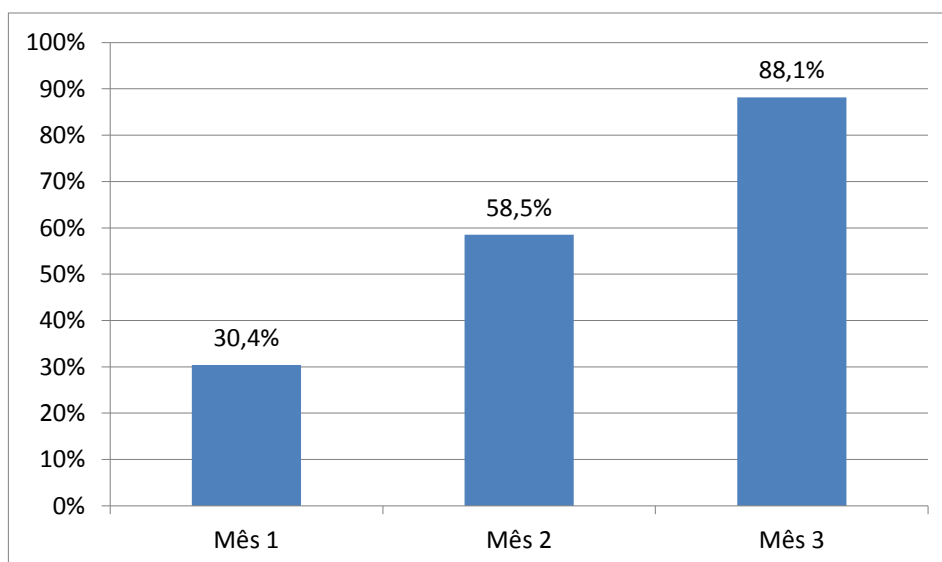


Figura 3. Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Assumpção, Alegrete /RS, 2015.

O segundo objetivo da intervenção foi melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, sendo propostas oito metas.

A primeira meta foi de realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão, essa meta foi atingida com sucesso durante as 12 semanas, sendo no mês 1 realizado exame em 139 usuários, no mês 2 em 301 e no mês 3 em 457 usuários. O cumprimento desta meta foi possível pela prioridade dos atendimentos aos hipertensos com consultas agendadas e com uma avaliação de acordo com os protocolos do programa no Brasil, a uma organização do trabalho com todos os profissionais da equipe, contribuindo assim a que a maioria dos usuários hipertensos tenha uma avaliação mais completa de seu estado de saúde.

A segunda meta foi de realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes. No mês 1 realizaram exames 41 usuários, no mês 2 foram 79 e no mês 3 foram 119, sendo a cobertura de 100% em todos os meses de intervenção. A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos apresentou um bom resultado devido à organização do trabalho, assim como aconteceu com os hipertensos, nestas ações conseguimos que as ações fossem incorporadas à rotina do serviço. Hoje contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho, em que realizamos a revisão e atualização destas.

A terceira meta foi garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, sendo o indicador a proporção de hipertensos com exames complementares em dia. Podemos observar na Figura 4, que no primeiro mês foram garantidos que 126 usuários realizassem exames complementares em dia (90,6%), no segundo mês foram 259 usuários (86%) e no terceiro mês 400 usuários (87,5%). O resultado deste indicador foi possível graças a gestões feitas com a secretaria municipal de saúde, onde os exames solicitados eram identificados como usuários do projeto e davam certa prioridade na medida das possibilidades. As realizações dos exames complementares a um número maior de usuários trouxe consigo uma avaliação mais completa do estado dos pacientes e uma melhor conduta médica. A meta não foi atingida em 100% devido à demora no agendamento dos exames, e na demanda laboratorial.

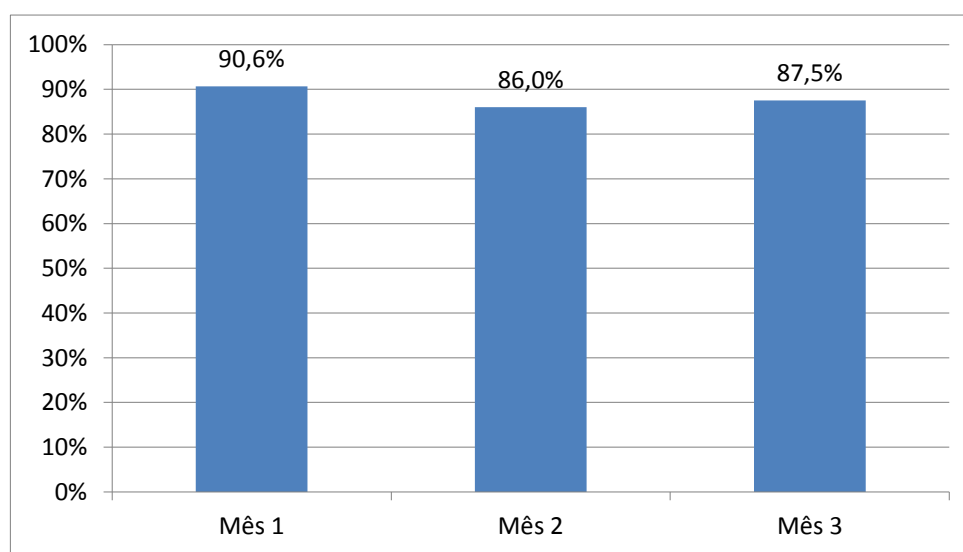


Figura 4. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

A quarta meta foi garantir a 100% dos usuários diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ao avaliar a Figura 5, podemos observar que não foi atingido o 100% como estava planejado, mas os resultados forem melhor que com os usuários hipertensos, no primeiro mês foram 37 usuários tinham os exames complementares em dia (90,2%), no segundo mês 71 usuários (89,9%) e no terceiro mês 111 usuários (93,3%). Ter a maioria dos usuários diabéticos com exames complementares



em dia trouxe consigo uma melhor avaliação, um melhor controle dos usuários, uma melhor prevenção de doenças oportunista neste grupo de doentes crônicos e um maior conhecimento da aderência ao tratamento. As causas do não cumprimento são as mesmas que acontecerem com os usuários hipertensos.

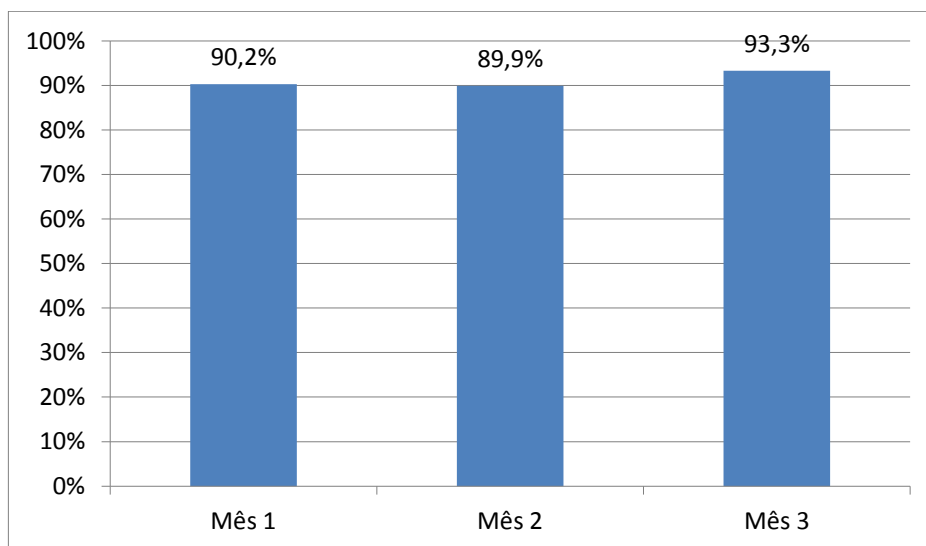


Figura 5. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com protocolo na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

A quinta meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde. O indicador utilizado foi a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. A meta foi atingida em 100% nos três meses de intervenção, alcançando no primeiro mês 139 usuários, no segundo mês 301 usuário e no terceiro mês 457 usuários. Desse modo todos os usuários cadastrados na ESF têm prescrição de medicamentos da farmácia popular, não existindo dificuldades, pois quem não retira o medicamento da farmácia pelo SUS, recebe da farmácia popular, sendo que a receita é válida de 4 a 6 meses. A atualização da cobertura de medicamentos nas farmácias pela enfermeira da ESF ajudou a manter este indicador e ter uma melhor prescrição médica e orientação aos usuários com Hipertensão Arterial.

A sexta meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de

saúde, e o indicador utilizado foi a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. A meta de 100% foi alcançada em todos os meses da intervenção, sendo acompanhados no primeiro mês 41 usuários, no segundo mês 79 e no terceiro mês 119. Atingir 100% dos usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi possível graças ao trabalho sistemático da enfermeira da ESF, quem informava os medicamentos disponíveis nas farmácias, além disso, foi de grande ajuda o convencimento dos usuários já que muitas vezes encontramos usuários que não estão convencidos da eficácia dos medicamentos oferecidos pelos serviços dos SUS, sendo muito importante o trabalho realizado nas atividades de grupos e a capacitação dos profissionais da ESF e dos líderes da comunidade.

A meta sete foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na ESF, e o indicador utilizado foi a proporção de hipertensos com avaliação do atendimento odontológico. A meta de 100% foi atingida em todos os meses da intervenção, sendo avaliados no primeiro mês 139 usuários, no segundo mês 301 usuários e no terceiro mês 457 usuários. Para o cumprimento desta meta foi preciso uma breve capacitação aos membros da equipe para poder realizar a avaliação a todos os usuários, confeccionando um registro com as necessidades de atendimento odontológico.

A oitava meta foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados na ESF, e o indicador utilizado foi a proporção dos diabéticos com avaliação do atendimento odontológico. Atingindo 100% de cumprimento desta meta durante as 12 semanas da intervenção, sendo avaliados 41 usuários no primeiro mês, 79 usuários no segundo mês e 119 usuários no terceiro mês. O cumprimento desta meta foi possível já que em cada consulta foi feito o exame bucal dos usuários, além das orientações nas visitas domiciliares, palestras e atividades de grupos.

O terceiro objetivo da intervenção foi melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa, sendo propostas duas metas. A primeira meta foi buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada e o indicador

utilizado a proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. A busca das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na ESF foi um das metas prioritizadas da equipe sendo realizado com um trabalho sistemático, semana a semana, com um planejamento dos usuários agendados por bairro e por cada agente comunitário, atingindo assim aos resultados alcançados durante as 12 semanas da intervenção. Ao avaliar esta meta encontramos os seguintes resultados dos usuários hipertensos faltosos, com busca ativa no primeiro mês não tivemos faltosos, mas no segundo mês tivemos 1 usuário faltoso com busca ativa (100%) e no terceiro mês tivemos 5 usuários faltosos sendo realizado busca ativa em 100%, conforme Figura 6.

A motivação dos usuários, a realização do exame físico, a realização dos exames complementares, as atividades educativas com este grupo de usuários contribuiu a um menor número de usuários faltosos. Este indicador é muito importante, pois podemos fazer uma avaliação dos usuários de Hipertensão Arterial mais completa, conhecendo os usuários com maior risco com os que temos que fazer um trabalho mais sistemático.

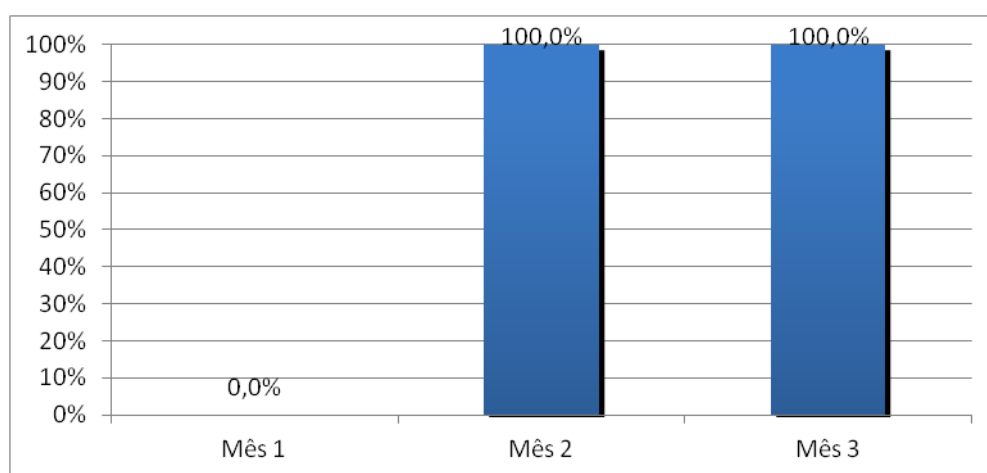


Figura 6. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

A segunda meta foi atingir a busca do 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, e o indicador utilizado foi a proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Ao fazer uma avaliação dos resultados desta meta com o planejado podemos dizer que o comportamento foi muito

favorável, durante todo do projeto de intervenção só tivemos um usuário faltoso no terceiro mês sendo realizada a busca ativa (100%). Os resultados atingidos repercutem na saúde dos usuários diabéticos, pois com um melhor atendimento, um maior conhecimento sobre a diabetes, diminuem as complicações e sequelas desta doença muito frequente em nossas comunidades.

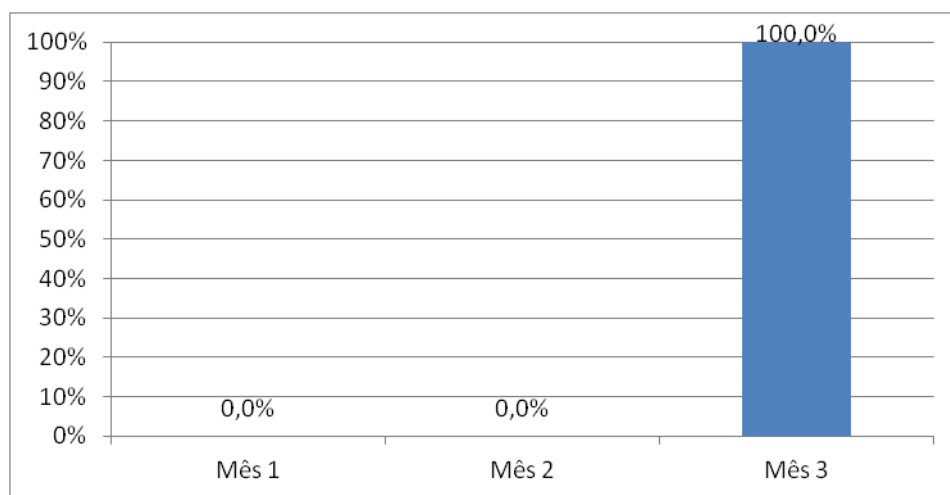


Figura 7. Proporção de usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

O quarto objetivo da intervenção foi melhorar o registro das informações dos usuários com hipertensão e diabetes cadastradas na unidade de saúde. A primeira meta foi atingir a manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde, sendo o indicador a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Foi realizado o registro de 139 usuários no primeiro mês, no segundo mês de 301 usuários e no terceiro mês 457 usuários, alcançando 100% dos usuários hipertensos. A ficha de acompanhamento foi impressa para todos os usuários graças a enfermeira da ESF, quem fez a gestão com a secretaria municipal. O acompanhamento e monitoramento através das fichas de espelhos permitiu avaliar de forma mais completa todos os usuários com a recoleta dos dados se necessário, além disso, criamos um arquivo específico que ficou como rotina no trabalho diário na ESF, assim a equipe pode ter um melhor controle dos usuários com Hipertensão Arterial. No início da intervenção foi preciso capacitar os membros da equipe para o preenchimento correto dos

dados da ficha espelho, que constituiu uma nova e valiosa ferramenta para alcançar um adequado registro dos usuários alvos do estudo.

A segunda meta deste objetivo foi manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde, e o indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. No primeiro mês 41 usuários diabéticos tinham registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 79 e no terceiro mês 119, alcançando 100% da meta em todos os meses de intervenção. O cumprimento desta meta foi similar aos usuários com hipertensão, para atingir bons resultados neste indicador foi necessário o trabalho em equipe para preencher os dados na ficha espelho, o médico atualizava os dados da ficha de acompanhamento ficando pronta a data da próxima consulta e arquivando as fichas.

O quinto objetivo foi mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes para doença cardiovascular com duas metas propostas.

A primeira meta foi realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde. Essa meta foi cumprida em 100%, sendo realizada a estratificação de risco cardiovascular em 139 usuários hipertensos no primeiro mês 139, no segundo mês 301 usuários, e no terceiro mês 457 usuários.

A segunda meta foi realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde e o indicador a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, sendo realizada a estratificação de risco cardiovascular em 41 usuários diabéticos no primeiro mês, no segundo mês 79 usuários, e no terceiro mês 119 usuários, alcançando a meta de 100%.

Para alcançar as metas propostas utilizamos os protocolos para avaliação de risco, sendo de muita ajuda para o acompanhamento mais completo dos usuários, fazer uma avaliação da aderência ao tratamento e a necessidade de ser avaliado pelo especialista em cardiologia, além disso, foi possível fazer uma associação com outros fatores de risco, classificando cada um como leve, moderado ou grave, adequado aos resultados de exames físicos e exames complementares feitos a cada um dos usuários.

Para a equipe o cumprimento deste indicador foi de muita ajuda já que temos um análises mais completo dos riscos cardiovasculares em nossos usuários, além disso podemos fazer uma estratificação de risco e planejar os agendamentos e visitas domiciliares com períodos mais curto adequado para cada usuário. Para a saúde dos usuários obtivemos uma boa resposta com essas metas, pois conheceram os riscos e aprenderam a cuidar de sua saúde.

O sexto objetivo foi de promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, através das seguintes metas: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável; orientação sobre prática regular de atividade física; orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês de intervenção 139 usuários hipertensos e 41 usuários diabéticos receberam as orientações acima descritas, no segundo mês 301 hipertensos e 79 usuários diabéticos e no último mês 457 hipertensos e 119 diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada durante a intervenção.

Os resultados destes indicadores forem possíveis pela sistematicidade e rotina diária da equipe, em cada consulta fica no prontuário de todos os usuários a orientação nutricional, a importância da realização das atividades físicas, os riscos de tabagismo e as orientações sobre higiene bucal, além disso, forem feito atividade com a nutricionista e ainda quando na ESF não tem nutricionista todos os membros da equipe forem capacitados para poder fazer uma melhor orientação aos usuários, também forem feitas atividades com educadores físicos e comecem atividades físicas duas vezes por semana, com uma boa participação dos usuários. Para alcançar o indicador da saúde bucal, o medico fiz as orientações nas consultas individuais, nas atividades grupais e nas atividades com a população. Todos os profissionais da equipe jogarem um rol importante nesta meta já que após de receber capacitação sobre a saúde bucal, eles orientavam aos usuários e realizavam atividades educativas. Ainda quando a equipe não conta com o odontologo as ações forem desenvolvidas pelo medico, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitário onde a primeira ação era fazer uma revisão da cavidade bucal dos usuários, avaliando a necessidade de atendimento odontológico, depois de acordo as necessidades encaminha-se para outra unidade e ao

mesmo tempo realizavam as orientações sobre a saúde bucal para a prevenção de complicações.

A incorporação destas metas á rotina do trabalho dia a dia nas consultas como nas visitas domiciliares constituiu uma premissa fundamental no bem-estar da saúde dos usuários, repercutiu a favor da saúde dos usuários, fazendo mudanças no estilo e modo de vida, atingindo que muitos usuários alcançaram uma melhora na qualidade de vida, diminuendo as cifras de pressão arterial e de outros indicadores como o colesterol e os triglicérides, além da redução do peso de muitos usuários.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na ESF Assumpção propiciou uma ampliação da cobertura e uma melhoria da qualidade da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, contribuiu para um melhor controle através de arquivos específicos, e atenção qualificada dos usuários, com destaque no exame físico dos pés diabéticos os pulsos, a estratificação de risco cardiovascular, a realização de exames complementares, uma adequada orientação nutricional, a prática sistemática de exercícios físicos, importância da eliminação do tabagismo, e orientação sobre higiene bucal adequada.

A relevância da intervenção para nossa equipe desperta a reflexão de que com a intervenção percebemos que a equipe precisava de capacitação, para cumprir as indicações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, promovendo um trabalho integrado de nossa equipe (médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário). Isto impactou em outras atividades no serviço como na recepção dos usuários, no engajamento, na classificação, além dar prioridade na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos com as consultas agendadas ou que apresentem alguma doença aguda.

A revisão das atribuições de cada profissional trouxe consigo um trabalho em equipe mais integrado onde cada é responsável pelas diferentes atividades de acordo a suas atribuições, desta forma o serviço ficou mais

completo desde a primeira escuta por parte do profissional que faz o primeiro acolhimento, até a saída do usuário da unidade com a próxima consulta agendada. As atribuições foram assim divididas: a recepcionista faz a primeira escuta, orienta e agenda a próxima consulta; as técnicas de enfermagem fazem a triagem e preenchem os dados da ficha de espelho; a enfermeira indica exames, verifica semanalmente o medicamento disponível em farmácia de Hiperdia e farmácias populares; os ACS fazem busca ativa dos usuários; a médica faz o exame físico, avaliação de risco cardiovascular, encaminha para outros serviços, além disso, toda a equipe realiza atividades educativas tanto individuais, como com grupos específicos, sobre alimentação, realização de atividades físicas, tabagismo e saúde bucal. Trabalhamos com apoio de um educador físico na ESF, incorporando progressivamente aos usuários nas atividades físicas (Figura 8).



Figura 8. Registro fotográfico da realização das atividades físicas durante a intervenção na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

No começo do projeto, a equipe estava iniciando seu trabalho na nova ESF sendo a equipe recém-formada, estávamos muito longe da realidade de nossa área de abrangência e foi mais fácil fazer mudanças no estilo de trabalho, pois estávamos começando de zero, isso ajudou no desenvolvimento



de cada tarefa, os agentes atualizarem os registros dos usuários e isso contribuiu ao atendimento a um maior número de pessoas.

A intervenção trouxe um bom impacto na comunidade, principalmente nos usuários hipertensos e diabéticos que demonstraram uma grande satisfação pelo atendimento de toda a equipe, pela sistematicidade das consultas, as indicações de exames, a realização de um exame físico completo, onde muitos manifestam que nunca antes forem examinados do mesmo jeito, pela prioridade de atendimento, pela disponibilidade dos medicamentos nas farmácias e também sentem satisfações por ter um maior nível de conhecimento sobre suas doenças.

No começo da intervenção não contamos com a totalidade dos ACS, não existia cadastramento das famílias, não contávamos com análise situacional de saúde, não conhecíamos os conselhos locais pela saúde, os líderes das comunidades não interagiam com a equipe. Se iniciássemos a intervenção hoje seria mais fácil, pois existe uma equipe integrada e completa, existe um vínculo com os líderes formais e não formais na comunidade, é agora incorporaremos a intervenção como rotina de trabalho e vamos a ir superando todas as dificuldades encontradas.

Desde o começo da intervenção fomos incorporando cada meta a rotina de trabalho da equipe, agora é só manter um planejamento das consultas dos usuários e a incorporação dos casos de hipertensão e diabéticos, realizando atividades educativas com uma maior frequência e procurando que o maior número de usuários realizem atividades físicas.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores em Saúde do Município de Alegrete.

Apresentamos os resultados da intervenção proposta pela Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, dando suporte ao Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo a proposta desenvolvida para a “Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na ESF Assumpção, município Alegrete/RS”, entre os meses de fevereiro 2015 até junho de 2015, durante doze semanas, de autoria da médica Juana Belkis Avalos Mendez, Especialista em Clínica Geral. O projeto iniciou o trabalho visando uma alta incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nas consultas e visitas domiciliares, isto levou a equipe a realizar uma análise situacional, observando a necessidade de ampliar a cobertura de atenção destes usuários, identificando como linha do trabalho melhorar a qualidade de atenção com um exame físico completo, a realização dos exames complementares, avaliação de risco cardiovascular, avaliação da saúde bucal e intensificando as ações de promoção e prevenção com as orientações sobre atividades físicas, alimentação saudável, o risco de tabagismo e higiene bucal. A intervenção foi desenvolvida com um estimado de 633 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, que representa o 70.8 % da cobertura da estimativa do caderno de ações programáticas com 894 usuários hipertensos e o estimado de usuários Diabéticos acompanhados maiores de 20 anos é de 135 para um 52,9 % da

estimativa. Ao longo de três meses de intervenção, acompanhamos 457 hipertensos (72.1%) e 119 diabéticos (88.1%) adstritos na área de abrangência, não alcançando o 75% de cobertura no caso dos usuários com hipertensão como estava proposta devido a necessidade de reduzir o numero de semanas da intervenção, no caso dos usuários Diabéticos a meta foi cumprida. As Figuras 1 e 2 apresentam a cobertura alcançada após a intervenção na ESF Assumpção.

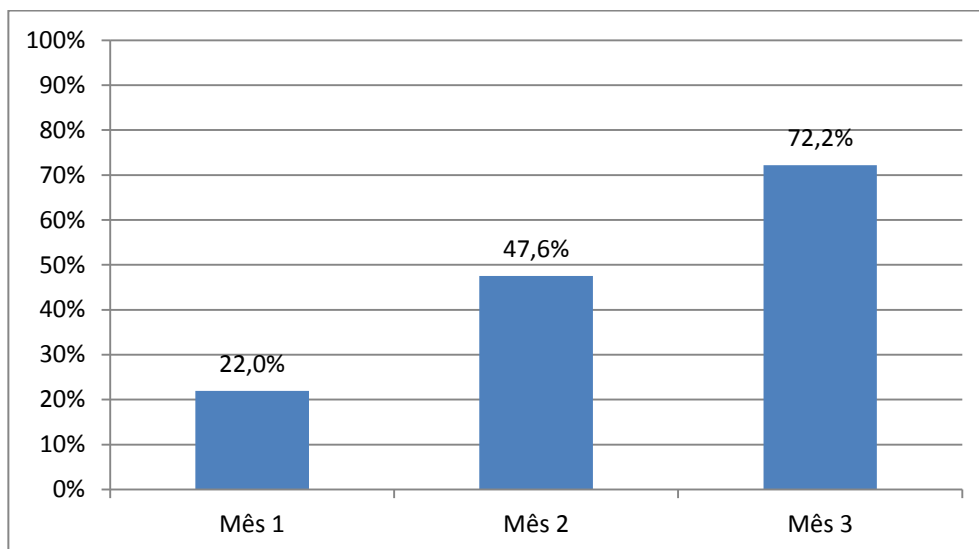


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Assumpção, Alegrete/RS, 2015.

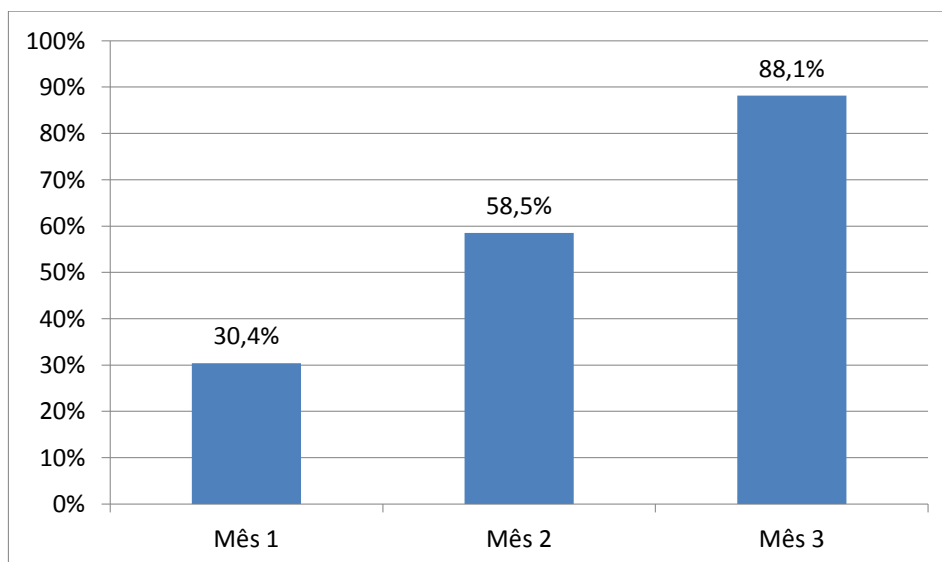


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Assumpção, Alegrete /RS, 2015.

Esse projeto ajudou a ter uma integração mais completa entre a equipe e os usuários, desde o início da intervenção melhorou a organização do

serviço, o planejamento das consultas, o controle e seguimentos dos usuários não só hipertensos e diabéticos, também para o resto dos programas cumprindo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde do Brasil, além disso, os profissionais da equipe ganharem um maior conhecimento e assim poder oferecer uma atenção aos hipertensos e diabéticos com qualidade, também a população recebeu orientações de prevenção e promoção para a saúde, muito importante para diminuir as complicações. No início da intervenção capacitamos os membros da equipe para o preenchimento correto dos dados da ficha espelho, que foi implementada na ESF e constituiu uma nova e valiosa ferramenta para alcançar um adequado registro dos usuários. O acompanhamento e monitoramento através das fichas espelhos permitiram avaliar de forma mais completa os usuários, além disso, criamos um arquivo específico que ficou como rotina no trabalho da ESF, assim a equipe pode ter um melhor controle dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, além disso foi garantido durante toda a intervenção a impressão das fichas pela gestão.

Foi realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários com hipertensão e Diabéticos nas atividades de grupos com a presença da nutricionista, além das orientações em cada consulta e visita domiciliar registradas nos prontuários dos usuários. Este indicador repercutiu a favor da saúde dos usuários, fazendo mudanças no estilo e modo de vida, atingindo que muitos usuários alcançaram uma melhora na qualidade de vida, diminuindo a pressão arterial e de outros indicadores como o colesterol e os triglicérides, além da redução do peso de muitos usuários.

A realização da prática regular de atividade física dos usuários com hipertensão e diabetes na unidade foi um logro com uma frequência de duas vezes por semana, com uma boa participação dos usuários. No princípio a equipe não contava com este serviço e as pessoas tinham dificuldades para fazer atividades físicas, A incorporação desta meta a rotina do trabalho nas consultas e nas visitas domiciliares constituiu uma premissa fundamental no bem-estar da saúde dos usuários.

Forem feitas palestras com o grupo de usuários sobre os riscos do tabagismo, além de encaminhamentos para o projeto antitabagismo e atividades educativas nas comunidades. Para os usuários repercutiu em

melhoras para sua saúde, evitando complicações muito frequentes neste grupo de doentes crônicos.

Todos os profissionais da equipe tiveram uma ampliação em relação com o grau de conhecimento sobre a saúde bucal para poder transmitir aos usuários. Mesmo a equipe não contando com dentista as orientações foram desenvolvidas pelo médico, enfermeira, as técnicas de enfermagem e ACS, sendo realizada uma revisão da cavidade bucal, avaliando a necessidade de atendimento odontológico, depois de acordo as necessidades foram encaminhados para outra unidade e ao mesmo tempo realizavam as orientações sobre a saúde bucal para a prevenção de complicações. Elevar o conhecimento sobre a saúde bucal neste grupo de usuários é de muita importância para evitar complicações e contribuindo para manutenção de sua saúde e bem-estar.

As ações previstas no projeto foram incorporadas à rotina do serviço. É importante dizer que a ESF está em uma casa alugada, e ainda não possuímos terreno para a construção da nova UBS dificultando o desenvolvimento das ações da equipe com nossa comunidade. Além de que não contamos com profissionais de apoio, muito importante para complementar todas as ações da estratégia de saúde da família. Conhecemos que não é possível a presença de um dentista na ESF, mas solicitamos aos gestores que possam garantir o atendimento em outra unidade aos usuários de nossa comunidade, para poder fazer avaliação odontológica aos que precisam. Outra solicitação é a garantir internet na ESF, para que dessa forma possa melhorar a comunicação e atenção à comunidade, com atendimentos com telessaúde, a revisão dos exames radiográficos e revisão de publicações, atualizações das doenças que ajudam a prestar um melhor serviço e a elevar a esperança de vida de nossa população. A equipe continuará trabalhando nas ações da intervenção e implementará novos projetos para melhorar a saúde de população premissa fundamental nas criações das ESF. Obrigada.

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

Prezada comunidade da ESF Assumpção,

Nossa área de abrangência conta com uma população de mais de 4000 habitantes, distribuídos em cinco bairros, após realizar um diagnóstico da saúde dos usuários e das condições da ESF Assumpção através da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, dando suporte ao Programa Mais Médicos para o Brasil, conhecemos que um dos principais problemas que afetam nossa comunidade é o elevado número de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, por isso decidimos fazer um projeto de intervenção para melhorar o atendimento e elevar a qualidade de vida destes usuários. No mês de julho de 2014 começou os primeiros planejamentos com a duração de 11 meses, as semanas da intervenção com ações voltadas para os usuários foram desenvolvidas de fevereiro a junho de 2015.

No início foram capacitados os membros da equipe, engajaram-se todos no projeto, gerando assim uma maior responsabilidade e desenvolvimento na reorganização dos serviços.

Durante a intervenção foram atendidos 457 usuários hipertensos representados o 72.2 % de cobertura e 119 diabéticos representando 88.1 % de cobertura, atingindo assim um número considerável de usuários da comunidade que tiveram um atendimento de qualidade com exame físico, exames complementares, avaliação do risco cardiovascular, além de um maior conhecimento destas doenças e da prevenção de complicações com as orientações sobre atividades físicas, risco de tabagismo, alimentação saudável e saúde bucal. Foram realizadas reuniões com a participação dos presidentes dos bairros onde ajudarem no cadastro e mapeamento dos usuários, além disso, a participação de outros líderes da comunidade ajudou a divulgação das ações da intervenção e a informação aos usuários sobre a organização dos

agendamentos, também a colocar cartazes dentro da unidade e a confecções de folhetos sobre Hipertensão e Diabetes.

Com a intervenção a comunidade ganhou uma atenção de qualidade com a aplicação das ações estabelecidas nos protocolos do Ministério de Saúde do Brasil. Além disso, o serviço foi reorganizado para poder fazer um melhor controle destas doenças, foi criado um arquivo específico para os usuários, com a aplicação das fichas de espelho e o agendamento dos usuários. Agora a comunidade conta com uma equipe fortalecida, mais capacitada para realizar um melhor serviço.

Com a incorporação destas ações à rotina do serviço, os usuários hipertensos e diabéticos estão sendo acompanhados de forma sistemática, com um planejamento de consultas de quatro em quatro meses, avaliação do risco cardiovascular, exame físico e exames complementares.

Com a implementação da ficha espelho pode-se conhecer os usuários faltosos e outros dados de sua saúde, constituindo uma ferramenta importante no seguimento dos usuários e realizando um acompanhamento contínuo para monitorar a situação de saúde dos usuários e promover a saúde, além de prevenir os agravos através desse acompanhamento para estabilização das patologias.

A equipe dará continuidade às ações do projeto, o vínculo com os líderes das comunidades serão mantidos e realizados uma vez ao mês nas reuniões da equipe para manter informada a comunidade e assim apoiar o serviço e juntos atingir a uma melhor prestação dos serviços com alta qualidade e resolutividade, aumentando a satisfação dos usuários.

Continuaremos com as ações de promoção e prevenção de saúde através de atividades com grupos específicos nas comunidades, e de forma individual em cada consulta, para diminuir a ocorrência de complicações e diminuir a incidência destas doenças. Estamos agradecidos pelo apoio especialmente dos usuários hipertensos e diabéticos, além da compressão da comunidade que de uma forma ou outra foi afetada pelos agendamentos, pois muitas vezes cobriam um número maior das consultas do dia, também pela participação nas atividades dos usuários e seus familiares de forma ativa. Nosso projeto atingiu as mudanças no estilo e modo de vida dos usuários, mudou sua qualidade da atenção e a expectativa de vida da população,

convertendo esse projeto num instrumento real de reorganização e vínculo com a comunidade. Muito Obrigada!



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

No início do Curso de Especialização em Saúde da Família, uma das primeiras tarefas era refletir sobre as expectativas do curso, mas sabia que não seria fácil, pois era um grande esforço especialmente pela dificuldade da língua, pois sou médica cubana e falamos espanhol, não tinha internet, não tinha uma unidade fixa e ainda quando existiam os protocolos, eles não estavam disponibilizados em todas as unidades. Nas primeiras tarefas tive dificuldades na redação, na ortografia, mas semana a semana foi superando e ganhando em conhecimento, ajudou muito as orientações da orientadora que com sistematicidade e entrega conduzia as ações do projeto.

Participar do Curso de Especialização em Saúde da Família com certeza trouxe um impacto positivo, com ele ampliei meus conhecimentos na área de saúde coletiva utilizando os protocolos para cada programa, foi possível uma maior integração com todos os profissionais da equipe, líderes da comunidade e gestores municipais promovendo mudanças na organização do trabalho no dia a dia, aumentando o nível de conhecimento e uma melhor utilização dos recursos disponível pelo SUS para o oferecimento de uma atenção de qualidade e de alta qualificação profissional.

A participação nos fóruns de saúde coletiva e da prática clínica em cada semana do curso ajudou a interagir com outros profissionais, a compartilhar experiências de diferentes regiões do país, a conhecer como se desenvolviam outros colegas nos mais diferentes lugares da geografia brasileira, a esclarecer dúvidas, a refletir sobre casos clínicos melhorando com isso a conduta a seguir dos usuários e sobre aspectos da prática cotidiana.

O processo de aprendizagem pessoal foi um sucesso em minha vida como profissional da saúde, mas isso dependeu também da entrega da equipe como um grupo de ações conjuntas de educação e superação, sem isso não seria possível alcançar os resultados na intervenção. Aprendi que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Ao avaliar minha intervenção, considero que foi concluída de forma satisfatória atingindo os objetivos e metas propostos pelo projeto pedagógico, e propiciando a avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos e nos levando a planejar ações interdisciplinares contínuas, convertendo-se este no instrumento real de reorganização e vínculo com a comunidade.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

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

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

PASSOS, V. M. A; ASSIS T. D.; BARRETO, S.M. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Brasília Epidemiol. Sev. Saúde, 2006.

## **Apêndice**

## Apêndice A – Cartazes sobre Hipertensão e Diabetes.

### Hipertensão

**A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.**

**Por que ela ocorre?**

Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

**O que pode acontecer com quem é hipertenso?**

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

**Como é o tratamento da hipertensão?**

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.





**EVITE OS INIMIGOS DA BOA SAÚDE**

Estresse

Obesidade

Bebidas Alcoólicas

Alimentos Gordurosos

Cigarro

Sal

Sedentarismo

### Diabetes Tipo 2

**O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.**

**Por que o diabetes ocorre?**

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sob a influência de fatores genéticos.

**O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?**

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, infecções nos rins, amputação de membros, infecções, fadiga e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

**Como é o tratamento?**

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.





**Pessoas da raça negra.**



**Quem consome muita bebida alcoólica.**



**Quem tem hipertenso na família.**



**Quem não tem uma alimentação saudável.**

**Quem tem mais risco de ficar hipertenso?**



**Quem está com excesso de peso.**



**Quem é diabético.**



**Quem usa muito sal na alimentação.**

Apêndice B – Folhetos sobre Hipertensão e Diabetes.



**CONHEÇA OS SINTOMAS DA DIABETES, ASSISTE A TEU MÉDICO.**



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



## Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	<b>Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3</b>																		
2	Dados 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 medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão 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?
3	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
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			

PRONTO

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | **Mês 3** | Indicadores

59%



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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome: Juana Belkis Avalos Mendez

Endereço Eletrônico: ajuanabelkis@yahoo.com

Endereço físico da UBS: Euripides Brasil Milano 2353. Alegrete. RS

Endereço de e-mail do orientador:

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