

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS de  
Cruzaltense, Cruzaltense / RS**

**Luis Alberto Barbán Barbán**

**Pelotas, 2015**

**Luis Alberto Barbán Barbán**

**Melhoria da Atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense / RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPeI, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

B228m Barbán, Luis Alberto Barbán

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes na UBS Cruzaltense , Cruzaltense / RS / Luis Alberto Barbán Barbán; Mateus Casanova Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Santos, Mateus Casanova Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que tem ajudado, aos meus pais.  
minhas sobrinhas por ser a razão de viver, e ao meu orientador.

## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente a meu orientador porque sempre me ajudou em todo momento.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Cruzaltense	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Cruzaltense	48
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	49
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	51
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	52
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	53
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	53
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	54
Figura 11	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	55
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	55
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	56
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	57
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	57
Figura 16	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	58
Figura 17	Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	59
Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	59
Figura 19	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	60
Figura 20	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	61
Figura 21	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	62
Figura 22	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	63

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não-Transmissível
<b>EAD</b>	Educação à Distância
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIPERDIA</b>	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPel</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Resumo

BARBÁN, Luis Alberto Barbán. **Melhoria da Atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense / RS.** 75f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Cruzaltense RS, Brasil. O trabalho foi desenvolvido em doze semanas, entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. O objetivo principal foi melhorar a atenção dos hipertensos e/ou *diabéticos*, sobre orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM 2013 e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Esta intervenção emergiu no momento em que o Serviço tem registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem prontuários e a maioria dos dados especialmente os resultados dos exames foram coletado nas visitas domiciliares com validade de um ano. Este é o contexto pré-intervenção. No indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde obteve-se no mês 1 da intervenção 25.0% (89), no mês 2 34.3% (122), no mês 3 42.4% (151) e no mês 4 53.3% (197). No indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético no mês 1 desenvolveu-se 36.8% (25), no mês 2 51.5% (35), no mês 3 55.9% (38) e no mês 4 70.6 (48). Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e DM. Os resultados mostraram que os usuários foram educados no conhecimento dessas doenças. Com este trabalho tentamos educar a população deste município em como conseguir ter uma qualidade de vida ótima sendo doente, a maioria deles não tinham cultura das consequências letais do sal e gorduras, tentamos incorporar na rotina diária a prática de atividade física continua ao final percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como aplicação adequada na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças.

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



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07 Ago. 2014 .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional em 06 Nov. 2014 .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	45
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão .....	62
5 Relatório da intervenção para gestores .....	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências .....	72
Anexos.. .....	73

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense / RS.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado a seguir: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há os relatórios aos gestores, à comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências e os anexos, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07 Ago. 2014**

A situação da ESF/APS em meu serviço é boa e está estruturada da seguinte forma: somos dois médicos trabalhando todos os dias das 8 às 17 horas. Temos reunião de equipe uma vez por semana pra conhecer todos os problemas da comunidade sendo muito importante o papel das agentes comunitários que nos informam de tudo com respeito a nossa população. Com isto, podemos planejar visitas domiciliares de acordo a gravidade do assunto, saindo, em média, três vezes por semana nas comunidades. Trabalhamos em conjunto com os técnicos em enfermagem, psicóloga e agente comunitária. Fazemos atividades de educação para saúde nas casas, aprofundando o trabalho em identificar os fatores de risco mais importantes para prevenção das doenças crônicas.

As visitas domiciliares são agendadas desde terça a quintas-feiras com médico e sextas-feiras pela enfermagem para entrega de medicação.

O principal problema de saúde que eu percebo são as doenças de conteúdo psicológico como a depressão, sobretudo na população idosa e também em pacientes jovem. Os pacientes ficam muitos gratos com nosso serviço nas comunidades porque, às vezes, não contam com um transporte para se transportar ao hospital mais perto.

Este Programa que estou participando é muito importante porque o médico junto aos agentes comunitários e técnicos em enfermagem identificam os problemas da comunidade e podem fazer ações educativas e profiláticas na mesma comunidade.

## **1.2 Relatório de Análise Situacional em 06 Nov. 2014**

O município de Cruzaltense, RS, está situado na região do alto Uruguai, faz parte de microrregião de Erechim na parte norte do Estado do Rio Grande do Sul, tendo confrontação ao norte com os municípios entre Rios do sul e São Valentin, ao sul com o município Campinas do sul, ao leste com Ponte Preta e ao oeste com a barragem da usina hidroelétrica do Rio Passo fundo. O município está distante a 426 km da capital do Estado, tem uma população de 1964 habitantes.

A UBS de Cruzaltense é urbana, tem vínculo total com o SUS e existem vínculos com as instituições de ensino. O modelo de atenção é ESF e tradicionais e tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Há uma equipe de saúde composto por três médicos, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma recepcionista, três dentistas e dois fisioterapeutas. Nossa Unidade cumpre com os horários e agendas de trabalho aprovadas para oferecer serviços dentro e fora da unidade. Percebo que ainda devemos aumentar a atividade educativa sobre a responsabilidade individual de cada pessoa, tendo responsabilidade do cidadão sobre seu tratamento. Nossa comunidade é muito participativa em eventos de promoção da saúde.

Referente à estrutura física de minha UBS, temos algumas dificuldades quanto à configuração e construção, os banheiros dos usuários estão dentro da UBS, aspecto que afeta em ações e o bom desenvolvimento do trabalho. Também, farmácia fica dentro. É muito importante destacar que a nova UBS ficará terminada neste ano. A mesma tem todas as condições para o bom trabalho de nossa equipe de saúde, pois teremos uma sala de espera com

capacidade para 25 pessoas. Hoje, só temos um consultório sem banheiro, algo ruim porque quando o médico precisa tem que se deslocar. Hoje, não temos sala de reuniões, temos uma sala de vacinas, uma sala de curativo que é usada para fazer cirurgias menores, situação que atenta contra a saúde das pessoas pelo risco de infecção. Há um consultório odontológico e uma farmácia, uma cozinha, abrigo para resíduos sólidos e depósito de lixo contaminado.

As ações de educação em saúde na UBS são baseadas na concepção de promoção e prevenção de saúde da família, usando como o motor impulsor para nosso trabalho a comunidade, duas vezes para hipertensos, diabéticos gestantes, crianças e já começamos a trabalhar também com o grupo de adolescentes, muito importante já que também é um grupo de risco. Estamos incentivando a nossa comunidade mediante estes grupos de risco nas visitas domiciliares. Estamos incentivando a mudar hábitos de vida prejudiciais para a saúde, sendo: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, drogadição, o alto consumo de sal e gorduras, assim como estilos de vidas saudáveis. Só assim cumprimos nosso objetivo com a comunidade.

Nossa área de saúde tem 166,883 km<sup>2</sup> de superfície com uma densidade demográfica de 12.83 hab./km<sup>2</sup> com um total de 51,42% homens e 48,58% mulheres, respectivamente. Quanto à idade temos 367 pessoas menores de 15 anos (17,14%), de 15-64 anos temos um total de 1492 (69,69%) e maiores de 65 anos 282 (13,17%). Nossa área adstrita é adequada em relação com o tamanho da equipe de saúde. A Unidade de Saúde em relação à demanda espontânea está muito bem desenvolvida. Nela, o acolhimento dos usuários se realiza na recepção pela recepcionista e os profissionais do Serviço, principalmente a enfermeira e os técnicos de enfermagem. A parte odontológica é desenvolvida pelos profissionais dessa área. As necessidades dos usuários são escutadas e atendidas em dependência de urgência do problema. As urgências e emergências são avaliadas pelo médico em conjunto com a enfermeira e o médico da área. Algo negativo é que não são feitas atividades de educação e prevenção de saúde na recepção, aspecto que precisamos melhorar e avançar. Na reunião de equipe já foi feita a programação dessas atividades pela própria equipe de saúde.

Na UBS de Cruzaltense temos registro das crianças como é indicado pelo Ministério de Saúde. Este registro for atualizado continuamente e os médicos tem acesso a ele se precisamos de quaisquer informações. A sala de vacinações tem controle de todas as pessoas da comunidade e as crianças são vacinadas em tempo. Aí a enfermeira orienta a data da próxima vacina e os devidos apazamentos. Temos uma população estimada de 1964 habitantes de acordo com o Caderno de Ações Programáticas, uma das ferramentas utilizadas na Análise Estratégica. Acorde com o caderno de ações programáticas devemos ter 25 crianças menores de 1 ano, mas só contamos com 11 menores de 1 ano o que equivale a um 44 % do indicador de cobertura, por isso que temos oportunidade de brindar às crianças uma boa atenção e podem ser visitados pela equipe básica de saúde. Os usuários menores de um ano são visitados pelos agentes comunitários de saúde todos os meses. Nas reuniões, eles discutem a mobilidade deste grupo de idade e são tomadas ações para isto. As agentes comunitárias e os demais integrantes da equipe de saúde oferecem informações às mães, palestras referente a aleitamento materno, prevenção dos acidentes, importâncias das imunizações. O indicador de qualidade na saúde das crianças pode-se dizer que está regular porque não temos consulta da especialidade de pediatria para avaliação deles. Depois de 12 meses não tem mais consultas de puericultura. Assim, estes usuários são atendidos se apresentam alguma doença aguda e se precisa de avaliação por especialista são encaminhados até eles. É importante assinalar que numa conversação com o Secretário de Saúde do município relatou que vai começar a vir um pediatra ao município quando a nova UBS estiver terminada e por isso que a qualidade da saúde das crianças vai melhorar. O mais importante que deve ser melhorado na UBS é a falta de especialista, não só pediatra, mas também as outras especialidades, como cardiologista, psiquiatria, ginecologista. Com isto, percebe-se que pode melhorar no início do ano próximo. Além disto, outra organização que deve ser melhorada no Serviço é o atendimento às crianças depois de 12 meses.

Quanto ao Pré-Natal e Puerpério, temos apenas 11 grávidas. Pelo CAP há a estimativa de 30 usuárias para uma cobertura de 36.6% e elas estão em acompanhamento, há atenção personalizada e diferenciada de acordo com a situação. Não temos um dia específico para atenção pré-natal e as consultas

são agendadas dependendo de cada uma delas. Fazemos exames ginecológicos em todas, indicando-se os exames laboratoriais de acordo com a idade de gestação. As puérperas também são captadas no tempo exato para fazer um controle de sua saúde e são examinadas pelo médico e os demais profissionais da UBS, como enfermeiros. Damos palestras às gestantes sobre dieta, exercício físico, repouso, e, às puérperas, sobre higiene e cuidados da criança. O preenchimento da parte pré-natal e puerpério são adequados porque uma vez que a mulher chega na UBS com suspeita de gravidez e trouxe o diagnóstico de gravidez são cadastradas e consultadas com médico, onde indicam todos os exames laboratoriais, fazendo também a avaliação nutricional e identificando os fatores de riscos que ela tem para trabalhar e modificar eles. Temos dentistas que dão atenção a 100% das gestantes. O acompanhamento pré-natal é ótimo porque todas são atendidas e avaliadas. Independente se elas apresentam alguma doença crônica ou aguda, são avaliadas e se elas precisam de atendimento pelo especialista, fazemos as coordenações precisas para que ela seja avaliada e tratada melhor sua patologia ou fator de risco. Algo que aponta negativamente é que não temos consultas com ginecologista na unidade de saúde. Elas têm que ser deslocadas até o município de Erechim para serem atendidas. Assim, percebe-se que a qualidade de atenção pré-natal e puerperal está em bom andamento, mas temos dificuldades com as consultas de especialistas. Na medida em que temos encontros com os grupos de gestantes onde damos palestras em temas muitos diversos, tais como, alimentação, atividade física, sexo seguro, tabagismo, álcool, medidas anticoncepcionais e revisão puerperal até os sete dias do parto, além de outras orientações básicas. Para que nosso trabalho possa ser melhorado é importante que as gestantes e as crianças precisassem da assistência na UBS de especialistas em ginecologia e pediatria pra avaliar 100% das grávidas e as crianças para evitar o deslocamento até outras cidades.

Em quanto ao controle do câncer do colo de útero e câncer de mama, as ações de prevenção da saúde são estratégias fundamentais, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de

crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. A realização do fitopatológico ocorre na UBS, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. No posto de saúde, o total de mulheres entre 25 e 64 anos está 492 para um indicador de cobertura de 91%. Já em relação ao Câncer de mama, o total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, são acompanhadas na minha UBS para prevenção de câncer de mama é de 196 para um indicador de cobertura de 88%, também coincidindo com a estimativa do indicador de qualidade no CAP. Sobre controle do câncer do útero em minha UBS é realizado ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino e se realiza através da coleta de exame cito patológico uma vez por semana nas quartas e quartas-feiras o dia todo. Não existem mulheres fora da área de cobertura. A coleta de exame cito patológico é geralmente realizada por uma enfermeira do posto, mas se for preciso pode ser feito pelo médico. Todos os profissionais de minha UBS aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer do colo uterino. O tipo de rastreamento do câncer do colo de útero que se utiliza é o organizado, já que as mulheres em este grupo de idade são citadas para esses dias da semana que se faz a programação e o planejamento. Existe o protocolo de prevenção do câncer do colo de útero atualizado e que é utilizado por todos os integrantes de minha equipe no caso de que precisar. As ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas pelo médico e pelo enfermeiro. Todos os profissionais aproveitam seu contato com as pacientes para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado em minha UBS é organizado, mas também se utiliza o oportunamente já que se aproveita se chega uma paciente ao posto. Existe o protocolo de câncer de mama, também atualizado e é utilizado por todos os profissionais. É importante as reuniões que fazemos com toda a equipe de trabalho nas quartas-feiras na tarde para qualquer problema que exista solução.

Em relação à hipertensão e ao diabetes, na UBS temos atendimento dessas pessoas todos os dias da semana em todo horário. Assim sendo,



fazemos palestras com ações para o controle do peso corporal, estimulação da atividade física, consumo excessivo de álcool, sal, gorduras de origem animal e tabagismo. Temos um controle dos usuários hipertensos e diabéticos. A realidade é que em nossa área de saúde de cruzaltense o número de pacientes hipertensos em comparação com o padrão nacional é similar. No Brasil tem um estimado de 30% das pessoas maiores de 20 anos que sofrem desta doença. Nosso município tem um estimado de 25,7%, sendo importante sinalar que em nossas visitas domiciliares muitos novos casos tem sido diagnosticados. Valoração dos resultados encontrados no CAP é boa porque estamos a só 4,3% de alcançar a média nacional, algo que indica que a maioria das pessoas que sofrem esta doença tem sido diagnosticada, mas não quer dizer que todas são controladas e não todas tem tratamento correto. Os indicadores de qualidade da HAS avaliados estão bons porque nossa população maior de 20 anos, sendo 25,7%, tem sido cadastrada. Porém, temos que continuar trabalhando para ter controle de toda a população hipertensa e assim evitar complicações e aparição de outras doenças, edemas, continuarem levando educação para saúde e indicar as agentes de saúde promoção e prevenção de saúde para a população toda. Muitas das doenças crônicas têm sido diagnosticadas nas visitas domiciliares. Isso significa que na população oculta que está doente ou tem os fatores de risco para desenvolver complicações, já que muitos deles não têm tratamento certo. Há a perspectiva de orientar os agentes comunitários sobre a importância de promover e prevenir. A quantidade de nossa população diabética maior de 20 anos é insuficiente porque a média nacional do Brasil é de 7,6% da população maior de 20 anos e aqui em nosso município só chegamos a 4,8%. Nisto, temos que continuar trabalhando para pesquisa da população oculta e ter controle das pessoas com riscos de desenvolver a doença. Só corresponde seguir trabalhando para diagnosticar a maioria das pessoas que têm riscos da doença para, mediante isto, fazer ações de promoção e prevenção de saúde e, assim, evitar as futuras complicações que pode trazer a diabetes se não haver diagnóstico e controles oportunos. Precisamos ter o controle de 100% da população diabética cadastrada e com acompanhamento médico. Estamos longe de ter esse controle porque só temos o 4,8% dessa população. Destaca-se como ponto negativo a trazer é que temos na área muitos pacientes doentes de HAS e

Diabetes que não tem consciência de sua doença e muitos não utilizam a medicação adequadamente. Alguns não fazem acompanhamento com dieta e exercício físico, mas estamos tentando trocar hábitos e costumes nas visitas domiciliares e as reuniões nas comunidades onde cada integrante da equipe prepara um tema pra palestrar. A equipe toda planeja ações de educação em saúde para que a população tenha conhecimento dos riscos e complicações destas doenças.

Na UBS se realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e estes acontecem em todos os turnos, sendo que não existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento no Serviço que atuou. A equipe de trabalho participa do atendimento de idosos. Pelo CAP temos a estimativa de 267 usuários idosos na área do Serviço. Na contabilização da cobertura, atendemos 251 usuários, correspondendo a 94% da cobertura. Após a consulta, o idoso sai com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos e em outros casos. Observa-se que não existe excesso de demanda. Em minha unidade de saúde existe protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério de Saúde e todos tem acesso a ele. Fazemos ações no cuidado aos idosos como: imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal. Eles são atendidos pelo odontólogo no dia da consulta destes grupos de manhã e à tarde, também se faz promoção da saúde mental. Temos um dentista que faz ESF e ele nas visitas nas casas faz educação para saúde e dá orientações referente a como limpar suas dentaduras e outras informações importante para ter uma saúde bucal adequada. Na UBS os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico entre outros. Os profissionais de saúde do posto explicam ao idoso e aos familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos. No Serviço, existe caderneta de saúde da pessoa idosa e é solicitada nos atendimentos e nas visitas domiciliares. O responsável pelo preenchimento dela é o enfermeiro e o médico. Realizam-se atividades com estes grupos de usuários no âmbito da UBS. Todos os profissionais participam destas atividades de grupo e também se realiza cuidado domiciliar aos idosos

pelo grupo de trabalho. Em meu município, não contamos com um especialista de geriatria para os idosos. Em caso de que o paciente precise deste tipo de atendimento, é encaminhado aos municípios mais próximos, Erechim e Passo Fundo.

Os maiores desafios que a UBS apresenta são a realização da maioria dos preventivos e mamografia das mulheres segundo o grupo de idade porque ainda há muitas que não fazem com a sistematicidade adequada. Com a terminação da nova UBS para início do ano próximo, percebo que muitos dos problemas vão ser resolvidos porque a população terá especialistas das diferentes especialidades, como pediatria, ginecologista. Assim, a população do ciclo gravídico-puerperal e crianças terão atendimentos mais especializados no próprio local adstrito.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional**

Fazendo uma comparação do texto da situação da ESF/APS na unidade de saúde da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, posso falar que neste momento já atingi os conhecimentos precisos sobre a situação da UBS, sobre o processo de trabalho da equipe, sobre a saúde dos pacientes e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional deu uma ideia para a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas na unidade, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários, atualmente o equipe conjuntamente com as autoridades de saúde, a equipe de saúde tem resolvido algumas das situações que existiam, mas ainda temos que continuar trabalhando intensamente para melhorar. Temos que reconfigurar por causa da falta do dentista para avaliar os usuários na parte odontológica e dar uma melhor atenção aos usuários do município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil, mas também que não é impossível, e em

conjunto, os problemas e a diversidade de situações que aparecem no caminho poderiam ser resolvidas.

Posso dizer que temos uma visão diferente desde o início do trabalho na UBS até o momento e que este programa de especialização é muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Em nossa unidade básica de saúde temos a equipe de trabalho completa. Há três meses realizamos visitas domiciliares, segunda e terça dia todo e quarta na manhã. Nessas visitas temos encontrado muitas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que não tinham conhecimento de suas doenças, muitos deles com hábitos dietéticos errados e sem conhecimento das possíveis consequências para sua saúde. A hipertensão e diabetes mellitus são doenças crônicas muito frequentes e quase sempre estão relacionadas. A maioria das pessoas que sofrem hipertensão tem o risco de sofrer diabetes (BRASIL, 2013a; 2013b). O controle exige alterações do comportamento em relação a dieta, ingestão de medicamentos e troca de estilo de vida, isto compromete sua qualidade de vida. As orientações adequadas que o médico oferece a eles quanto a tratamento ou o reconhecimento da importância de descobrir a tempo as possíveis complicações.

Construída no ano de 2011, a estrutura atual da UBS não tem as condições precisas para o livre desenvolvimento do trabalho, pois precisa de locais para atividades coletivas, como uma sala de reuniões. Ela não tem sala de curativo e cirurgia menor por separado, ou seja, o local onde os médicos fazem cirurgias menores e o local onde os enfermeiros realizam curativos de todo tipo incluindo os casos sépticos são os mesmos. Os banheiros para os

usuários ficam dentro da UBS. Há também a farmácia e os pacientes para a aquisição dos medicamentos estão circulando dentro do Serviço, entorpecendo o trabalho dos funcionários da unidade. A equipe de saúde é composta por 2 médicos, uma enfermeira, uma psicóloga, 2 técnicos em enfermagem, uma assistente social e um dentista. Nosso município tem uma população total de 2141 habitantes e uma densidade populacional de 12,83 hab./km<sup>2</sup>.

No meu trabalho eu pretendo atingir até 100% de cobertura para a população que sofre de hipertensão arterial e 100% dos pacientes diabéticos, temos uma população de hipertensos de 356 pessoas maiores de 20 anos representando o 74%, 68 diabéticos temos em nossa área que representa o 50% segundo o caderno de ações programáticas. Na minha UBS não são agendadas as consultas para a população que sofre doenças crônicas, no meu trabalho eu vou tentar reverter isto, programando consultas para a população diabética e hipertensa, além do que, vamos realizar exames laboratoriais para conhecer o estado de saúde deles, o exame bucal e a pesquisa de sinais de complicações nos diabéticos são objetivos deste trabalho. Para conseguir a adesão da população, primeiro tentaremos educar a população toda diante ações de promoção e prevenção, focadas em mostrar a importância do diagnóstico oportuno dessas doenças e suas complicações diante visitas domiciliares e nas reuniões com as comunidades, isto acontecerá em união com o equipe de saúde.

Acho que uma das principais limitações para este projeto e a resistência de algumas pessoas que não estão interessados de mudar estilos de vida nem costumes prejudiciais para sua saúde, por isso é importante nosso trabalho profilático e educativo. Vou ter o apoio da secretaria de saúde e da equipe todo com o fim de melhorar o estado de saúde do município, pois essas doenças são as principais doenças que têm envolvidas a morbimortalidade do município, uma vez que o projeto terminado irá melhorar a saúde do município por que a população toda terá conhecimentos amplos das consequências dessas doenças e a morbimortalidade do município ganhará muito em saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a pessoas com hipertensão e diabetes na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense, RS, Brasil.

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

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de 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.

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

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 registros 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.

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

### **2.3 Metodologia**

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS de Cruzaltense, Cruzaltense, RS, Brasil. e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo "A"), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS de Cruzaltense e/ou armazenadas em local específico durante a intervenção.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos

dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

### **2.3.1 Ações**

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura em hipertensos e/ou diabéticos

#### **METAS**

Cadastrar 100% dos hipertensos e 100% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

#### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Ampliar o diagnóstico da população referente à diabetes e à hipertensão. Nas visitas domiciliares tomar pressão arterial aos maiores de 20 anos e as pessoas com histórico familiar de diabetes ou algum outro sintoma realizar teste rápido de glicose.

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

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Toda a equipe participará do registro. Acolher a população toda maior de 20 anos para a pesquisa de hipertensão e diabetes realizando aferição da pressão arterial indireta nas visitas domiciliares. Cadastrar a população toda que seja diagnosticada com hipertensão e diabetes.

#### **Engajamento público**

Orientar nas visitas domiciliaria e reuniões nas comunidades da importância do tratamento certo destas doenças e orientar todo o referente para a mudança de hábitos errados e assim evitar a aparição de complicações. Orientar a importância do controle metabólico diante palestras educativas nas

casas e encontros comunitários, incluindo orientações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

#### Qualificação da prática clínica

Orientar a equipe de saúde no acolhimento das pessoas maiores de 20 anos que chegam a UBS de Cruzaltense com estas doenças. Orientar as ACS sobre o cadastro das pessoas que tem sido diagnosticada para ter maior quantidade de pessoas controladas. Também, capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde, realização do hemoglico teste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

#### METAS

Realizar 100% exame clínico apropriado, garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 100% dos hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o agendamento de todos os usuários doentes de hipertensão e diabetes. Para isto se orientará a recepcionista da realização desta atividade, assim como a enfermeira e técnica de enfermagem do nosso Serviço. Acompanharemos os hipertensos e diabéticos, realizando exame clínico apropriado, com exames laboratoriais solicitados e monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular. Vamos também monitorar aqueles pacientes que precisem de atendimento odontológico por meio da revisão dos prontuários. Monitorar os resultados dos exames e informar aos pacientes nas consultas e nas visitas domiciliares. Realizar exames de laboratório aos usuários enfermos para avaliar o estado de saúde. Os usuários com resultados positivos nos exames e aos que tenham diagnosticado alguma complicação, encaminhar para os especialistas dentro da necessidade.

### Organização e gestão dos serviços

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar de prontuários a todos os pacientes que cheguem na UBS para consultar com qualidade ótima. Responsabilizar os técnicos e enfermeiros na tomada de sinais vitais e realizar teste rápido de glicose aos diabéticos o suspeitos de sofrer da doença. Dialogar com a Secretaria de Saúde para ajudar na realização dos exames e nos casos que precisam avaliação especializada encaminhar com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida. Realizar acolhimento dos pacientes com resultado de laboratório alterado. Realizar visitas domiciliares aos que não vão às consultas.

### Engajamento Público

Discutir nos encontros comunitários a qualidade do trabalho e informar os aspectos positivos deste. Mais específico, orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliados periodicamente. Compartilhar com os pacientes e comunidade os resultados do estudo clínico. Diante das visitas domiciliares e nos encontros nas comunidades, palestrar sobre a importância da realização dos exames e de ir nas consultas médicas.

### Qualificação da prática clínica

Orientar a equipe de saúde sobre os resultados positivos ou negativos do trabalho e atualizar eles nos temas do estudo.

Pretender-se capacitar a equipe para a realização de exame clínico, acorde com o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames.

Orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular.

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão.

Melhoraremos a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa acolhendo a comunidade.

### Buscar 100% dos casos faltosos

Capacitação dos ACS para educar a importância da realização dos exames, cumprir com o regime de tratamento e a troca dos hábitos dietéticos. Confeccionar o protocolo para diabetes e hipertensão na UBS. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o acolhimento da demanda por resultado de exames. Capacitar a equipe da unidade de saúde para monitoramento dos resultados dos exames. Ensinar diante palestras a população toda, nas visitas domiciliares e nos encontros comunitários sobre como evitar a aparição precoce destas doenças e suas complicações. Diante de vídeo, cartazes, mostrar complicações da hipertensão arterial e diabetes, para assim mudar hábitos de alimentação errados e conscientizar a população da importância do controle destas doenças. Educar e orientar sobre os principais sintomas de complicação sobre todo aos diabéticos (diminuição da acuidade visual, perda da sensibilidade nos pés).

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

#### METAS

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), um membro do equipe ficara responsável por o monitoramento.

#### Organização e gestão dos serviços

Organizar e planejar as visitas domiciliares para buscar os faltosos. A mesma poderá ser feita por qualquer dos integrantes da equipe, organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, educamos nas consultas e nos grupos a este respeito. No início, iremos quantificar faltosos.

#### Qualificação da prática clínica

Treinar integrantes da Equipe para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

##### METAS

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como registro adequado na ficha de acompanhamento.

##### Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receitas. Realizaremos relatórios na reunião de equipe sobre andamento das atividades.

##### Organização e gestão do serviço

Manter as informações atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, temos caderneta de acompanhamento desta ação que a técnica de enfermagem preenche com dados dos usuários, pero que agora deveremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na

realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, o arquivo específico será de utilidade para este item.

#### Engajamento público

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

#### Qualificação da prática clínica

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

#### METAS

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

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, sendo que toda a equipe realizará o diagnóstico de risco em usuários em toda a UBS. Faremos estratificação de risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos em cada consulta médica e registrando no prontuário médico, além do preenchimento nos registros.

#### Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Pretenderemos desenvolver consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários.

#### Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As orientações serão desenvolvidas coletivamente, por meio dos grupos

operativos, e individualmente, por meio das consultas individuais desenvolvidas na UBS de Cruzaltense.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, assim como a importância do registro desta avaliação, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Os controles dos fatores de risco serão abordados mediante a promoção de hábitos saudáveis, atividade física, investigação por análises laboratoriais e tratamento. Orientaremos sobre o nível de risco e a importância de acompanhamento sistemático e como modificar algum destes fatores de risco.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

#### METAS

Garantir orientações: nutricional, sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; orientação nutricional, atividade física, e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

#### Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

#### Engajamento público

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, médico e a equipe. Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitar a equipe para a avaliação e



tratamento bucal do paciente hipertenso e práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, promoção da atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas. Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física com hipertensos, diabéticos e resto da comunidade.

#### Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal, prevenção, alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo Curso.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clinica em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2.1- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4.1- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

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

Indicador 2.8.1- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão 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 usuários com diabetes.

Indicador 2.6.1- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 3.1.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2.1- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2.1- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2.1 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização do projeto de intervenção sobre hipertensão e diabetes mellitus iremos nos basear nos protocolos oficiais do Manual do Ministério de Saúde, particularmente em Brasil, 2013a; 2013b, utilizando os dados aportados pelos registros fornecidos pela UBS e os prontuários que temos em nossa unidade de saúde e os dados coletados nas visitas domiciliares, onde têm sido diagnosticados novos casos destas doenças. Também, utilizaremos as fichas espelho (Anexo “A”) e a planilha de monitoramento (Anexo “B”) disponibilizada pelo curso. Iremos dialogar com a Gestão para a impressão de 200 fichas-espelho já no início da intervenção. Esperamos alcançar o registro e controles da maioria dos usuários doentes no município, também esperamos dispor dos dados precisos para o bom desempenho do trabalho. Para o registro adequado temos contato com a Secretaria Municipal de Saúde para o fornecimento de toda a logística. Precisamos e temos um carro para o deslocamento da equipe para as diferentes áreas e realizar as visitas domiciliares e, aí, fazemos o cadastro de toda a população e diagnosticar os doentes que ainda não têm sido diagnosticadas de hipertensão e diabetes, a equipe despõe do computador na recepção com todos os dados do cadastro deles.



Para que nosso trabalho seja feito com qualidade temos uma pesquisa realizada pela equipe, onde todos os dados dos pacientes são coletados sobre o histórico familiar e história da doença atual e com informações sobre futuras complicações. Temos que começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre o objetivo do trabalho e sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes. Isto será feito duas vezes por mês nas reuniões de equipe nos horários que sejam planejados.

A organização do acolhimento, dos usuários na unidade, será feita pela recepcionista e técnicas de enfermagem. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair de o consultório médico e as pacientes conhecerão a data de sua próxima consulta; as usuárias que acessarem a unidade precisando pronto atendimento serão atendidas igualmente àqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Faremos contato com os líderes comunitários para falar sobre a importância da ação programática de pesquisar hipertensão e diabetes, solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão apresentado o projeto falando sobre a importância do controle dos fatores de risco, da importância do acompanhamento de pacientes com exames alterados, das periodicidades das consultas, os riscos do sal e gorduras, controle do peso corporal a participação das comunidades nas modificações dos estilos de vidas as atividades de promoção e prevenção serão oferecidas pelo médico e pelos enfermeiros da equipe.

## 2.3.4 Cronograma

No.	ATIVIDADES	SEMANA S															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Ampliar a cobertura para o atendimento dos hipertensos e os diabéticos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	Ampliar a cobertura do cadastro das pessoas que ainda não tem sido diagnosticada destas doenças (população oculta)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Cadastrar 100% dos pacientes que sofrem de hipertensão e diabetes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Realizar exames de laboratório a maioria dos doentes para avaliar o estado de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Os pacientes com resultados positivos nos exames e aos que tenham sido diagnosticados sobre alguma complicação encaminhar para os especialistas si e preciso				X				X				X				X
6	Ensinar diante palestras a população toda nas visitas domiciliares e encontros comunitários o referente a evitar aparição precoce destas doenças e suas complicações		X		X		X		X		X		X		X		X
7	Diante de vídeos, panfletos, mostrar complicações da hipertensão arterial e diabetes para assim mudar hábitos de alimentação errados e conscientizar a população da importância do controle destas doenças				X				X				X				
8	Educar e orientar sobre os principais sintomas de complicação sobre todo aos diabéticos (diminuição da acuidade visual, perda da sensibilidade nos pés)		X				X				X				X		
9	Monitorar a intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Conversar com as lideranças locais	x			x				x				x				x

### **3. Relatório da intervenção**

A intervenção que visou melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense / RS, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 02 de janeiro de 2015 e o quarto mês finalizando em 30 de abril de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas.

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

Nossa intervenção desenvolveu durante estas semanas encontros com a equipe de saúde envolvida na intervenção onde foram capacitados sobre o protocolo técnico atualizado para o manejo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sobre o acolhimento, monitoramento dos resultados dos exames dos usuários com estas doenças. Também estabelecemos o papel de cada profissional nas ações programáticas. A maioria da equipe foi treinada para o preenchimento das informações, e explicados a Planilha de Coleta de Dados e a ficha espelho que foram utilizadas para a coleta de nossas informações. Assim como avaliamos as ações programadas utilizando as fichas de coleta de

dados sobre os resultados. Capacitamos as Agentes Comunitárias de Saúde no cadastro e busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Realizamos vários encontros nas comunidades onde parte do equipe falou sobre hipertensão e diabetes e dos prejuízos para a saúde, complicações e atividades educativas com o fim de educar sobre a importância de manter estilos de vidas adequados, também envolvemos a parte da família e as pessoas que ainda não tem este tipo de doenças, focado na promoção e prevenção de saúde. Nesses grupos falamos sobre a importância das ações de nosso projeto e solicitamos apoio para a estimulação dos usuários portadores destas doenças, orientamos sobre a importância da prática regular de atividade física e estimulamos a utilização de nossas academias ao ar livre que faz uns meses está pronta perto da unidade. A higiene bucal é necessidade de ter um hábito alimentar saudável, sendo que da mesma forma aconteceu com nosso grupo de tabagismo.

Nas consultas médicas os usuários foram orientados sobre a necessidade de ter habito alimentar saudável, importância da higiene bucal e sobre risco de tabagismo. Realizamos a estratificação de risco cardiovascular e orientamos sobre a importância das consultas.

Sabemos que ainda falta muito por fazer mais pouco a pouco continuaremos com o trabalho mesmo depois de terminar nosso projeto pois o mais importante e melhorar a saúde dos usuários com estas doenças e diminuir as complicações. Ira ser de aqui em diante parte de nossa rotina de trabalho.

Durante nossa intervenção não foi necessário fazer modificações ou adaptações. A incapacidade da Secretaria de pagar os exames laboratoriais foi o único elemento que dificultou um pouco o trabalho, mas mesmo assim a equipe ficou muito satisfeita com os resultados obtidos.

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

As ações não desenvolvidas previstas em nossa intervenção foram incapacidade da prefeitura e da Secretaria de Saúde de custear os exames laboratoriais para os usuários que sofrem de hipertensão e diabetes e que eram importantes para a avaliação do estado de saúde.

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

Na coleta e sistematização dos dados não teve dificuldades, pois a maioria dos dados se encontravam disponíveis nas fichas de atendimento, nas visitas domiciliares e só preenchemos os dados na planilha que disponibilizou o curso.

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

Com a finalização do curso, nossa equipe pretende dar continuidade às ações programáticas, pois em nossa unidade de saúde o programa de monitoramento de hipertensos e diabéticos funciona adequadamente e os usuários que já foram cadastrados tem seguimento 3 vezes por ano e vamos continuar num futuro próximo com as visitas domiciliares, cadastrando e buscando casos novos destas e outras doenças não transmissível para, assim, ter uma noção dos indicadores de saúde de nosso município. A equipe de saúde já está a fim de continuar com essa intervenção e as ACS estão

continuando na educação da população em temas importantes, como alimentação saudável e na importância da prática de atividade física.

## **4. Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Cruzaltense, município Cruzaltense, RS. Assim sendo, a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais, em 22,7% da população (VIGITEL, 2011), era de 299 e a população cadastrada foi utilizada pelos dados reais em 356. Ao final da intervenção, nos quatro meses, acompanhou-se 197. Já, a população de usuários diabéticos, em estimativa de 5,6% da população (VIGITEL, 2011), era de 74 e foram estipuladas em quantitativo real em 68 e, ao término dos quatro meses da intervenção, conseguiu-se 48 usuários diabéticos em acompanhamento.

O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês (1) da intervenção 25% ,89 pacientes, no mês (2) 34,3% 122 pacientes, no mês (3) 42,4% 151 pacientes e no mês (4) 55,3% 197 pacientes. Nesse sentido a disponibilidade de tempo para estudar o 100 % dos pacientes hipertensos foi a principal causa dos resultados, mas a equipe está satisfeita com os resultados que conseguimos atingir, mais de 50% da população desse grupo de usuários.

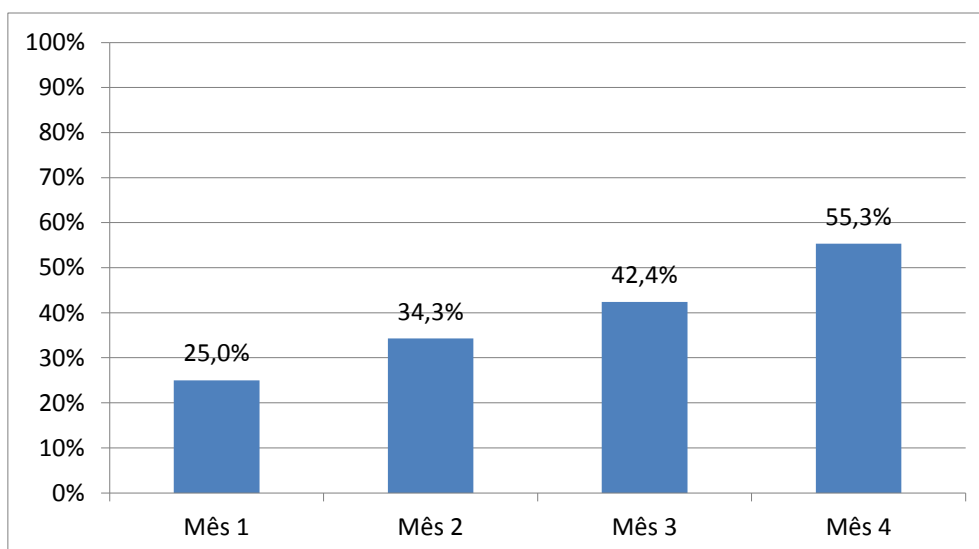


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Cruzaltense

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1 desenvolveu-se 36,8% ,25 pacientes, no mês (2) 51,5%, 35 pacientes, no mês (3) 55,9% ,38 pacientes, e no mês (4) 70,6%, 48 para um total de pacientes.

Este resultado evidencia o incremento dos casos estudados com a colaboração da equipe básica de saúde, dos 68 usuários diabéticos presentes em nossa área de saúde conseguimos estudar 48 deles para um 70%, ou seja, mais da metade da população doente.

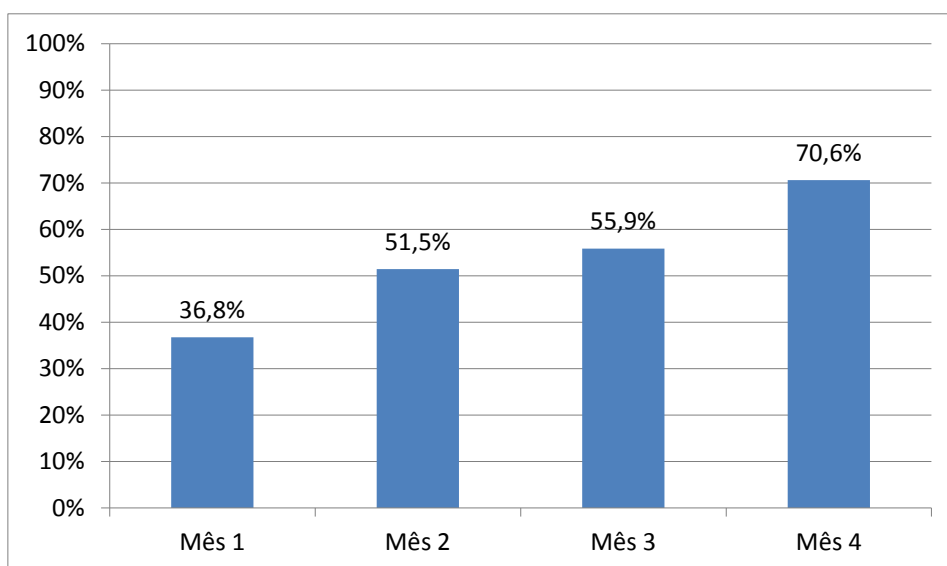


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Cruzaltense.



Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que nas metas relativas ao objetivo de qualidade elas foram estipuladas em 100%.

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 3, no mês (1) obteve-se 46,1% (41 pacientes), no mês (2) 49,2% (60), no mês(3) 53,6% (81) e no mês (4) 56,3% (111). Os dados foram adquiridos dos prontuários com prazo de validade de um ano, observando que a maioria dos usuários tinham sido estudados anteriormente, coisa que ajudou para obter os resultados finais da intervenção para o Curso.

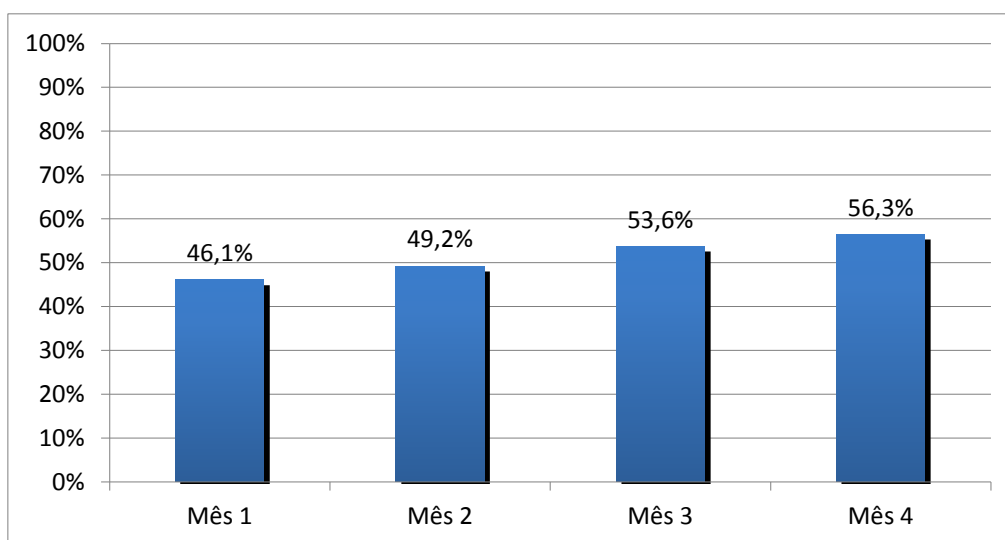


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Dentro do foco da mesma meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 72% o que equivale a 18 pacientes, no mês (2) :77,1% (27), no mês (3) 78,9% (30) e no mês (4) 81,3% (39). Este indicador não atingiu mais usuários porquanto a secretaria e a prefeitura não tinham recursos financeiros para pagar os exames às cujas muitos deles são muito caros e a população em estudo era muito

grande, a maioria dos dados em quanto a exames foram tomados por os usuários e pelos prontuários.

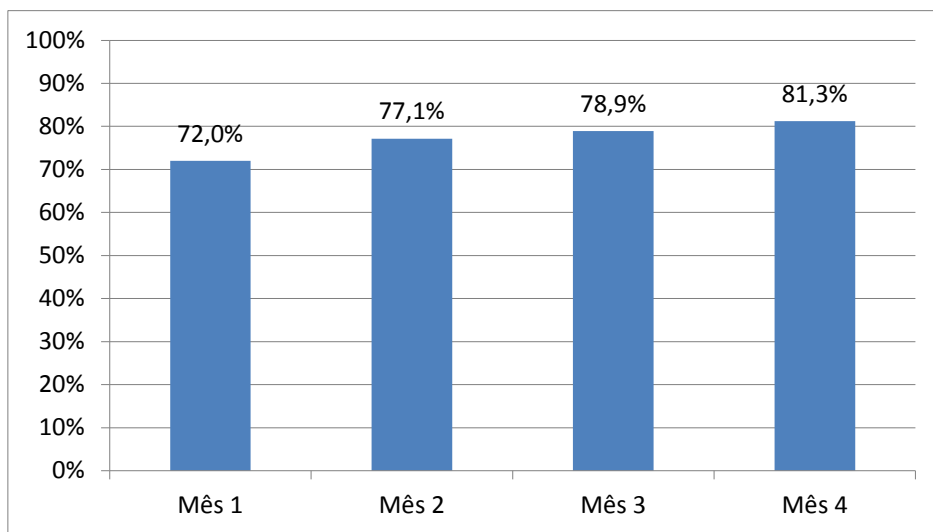


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador apresentado na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês desenvolveu-se em 48,3% (43), no mês (2) 53,3% 65 pacientes, no mês (3) 57% 86 pacientes e no mês (4) 59,4% 117 pacientes, as razões pela qual não atingimos o 100% da população estudada foram descritas no indicador anterior

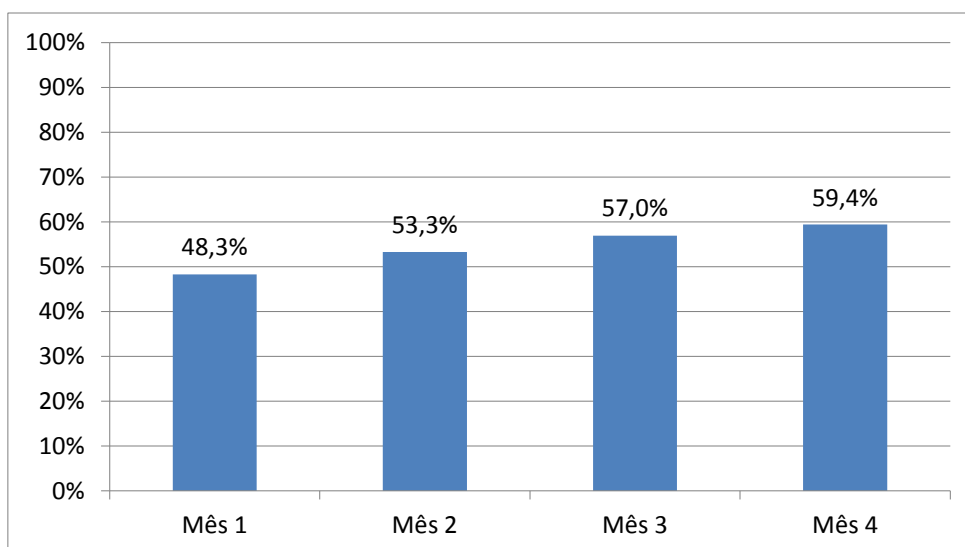


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Quanto à meta que visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com mostra a Figura 6 com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4, 72% (18), 80% (28), 81,6% (31) e 83,3% (40). Neste item vemos que o 86,3% dos usuários têm os exames laboratoriais em dia. Os dados foram coletados dos prontuários e nas visitas domiciliares. Exames não foram feitos por causa do custo elevado, como, por exemplo, hemoglobina glicosada.

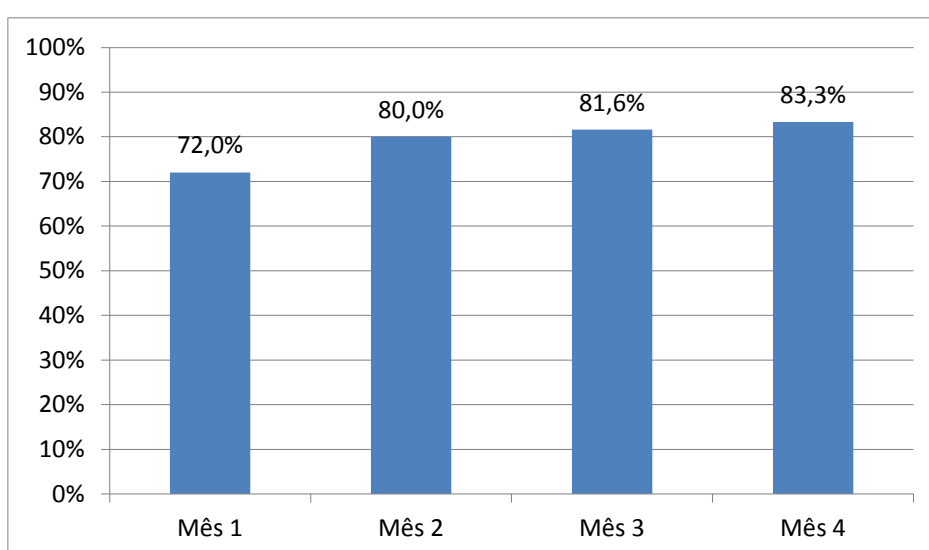


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 7 e 8, percebeu-se que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 obteve-se 95,3% (82), 96,6% (112), 97,2% (141) e 97,9% (185). Na mesma meta, em relação aos usuários e/ou usuária diabética consolidou-se 100% nos quatro meses de intervenção, tendo no primeiro mês 25, no segundo mês 35, no terceiro mês 38 e no quarto mês 48. Aqui não atingimos o 100 % dos pacientes hipertensos por causa que o governo não fornece algum dos medicamentos que eles precisam e eles tem que comprar.

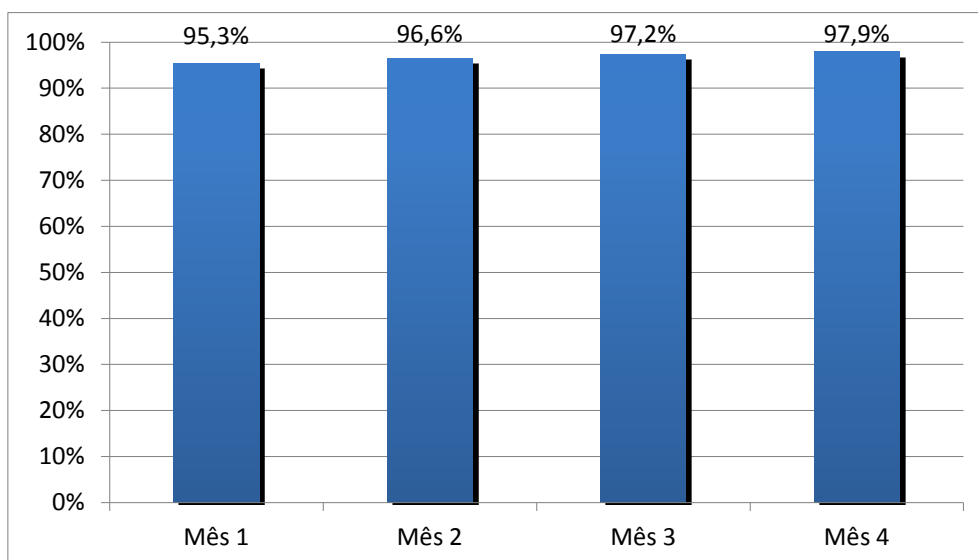


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 8, no mês 1 desenvolveu-se 94,4% (84), no mês (2) 95,9% (117), no mês (3) 96% 145 pacientes e no mês (4) 95,9% 189 pacientes. Neste caso o 100 % não conseguimos atingir visto que não aceitavam ser avaliado nesse momento e outros estão sendo atendidos por dentistas privados ou em outros municípios.

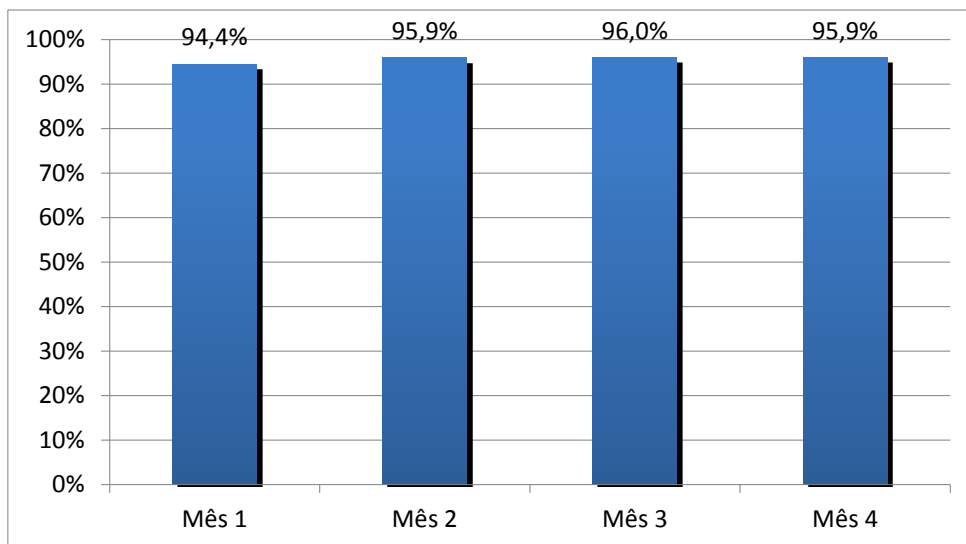


Figura 8 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 92% 23 pacientes, no mês (2) 94,3% 33 pacientes, no mês (3) 94,7% 36 pacientes e no mês (4) 95,8% 46 pacientes, como destaca a Figura 9. Neste caso, nas visitas domiciliares o dentista nos acompanhava no grupo e algumas rejeitavam a avaliação, falando que já foram avaliados e que estão se atendendo com outros dentistas.

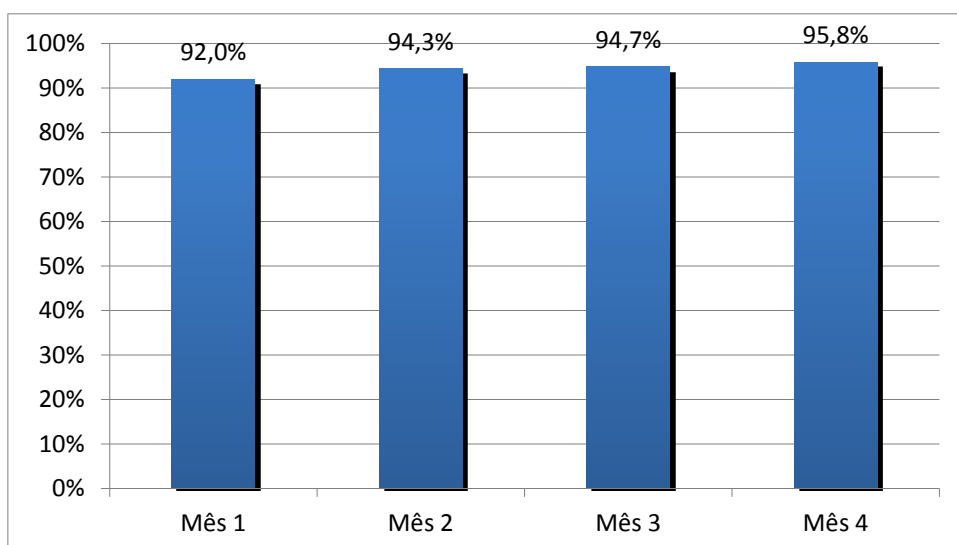


Figura 9 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, como se apresenta na Figura 10, no mês 1: 75% (21), no mês 2: 83,3% (35), no mês 3: 86,2% (50) e no mês 4: 88% (73). Neste caso não conseguimos atingir os 100 % dos casos por causa que a maioria trabalha e é difícil para eles sair do trabalho e ir na consulta. Nossa UBS só trabalha de segunda a sexta-feira.

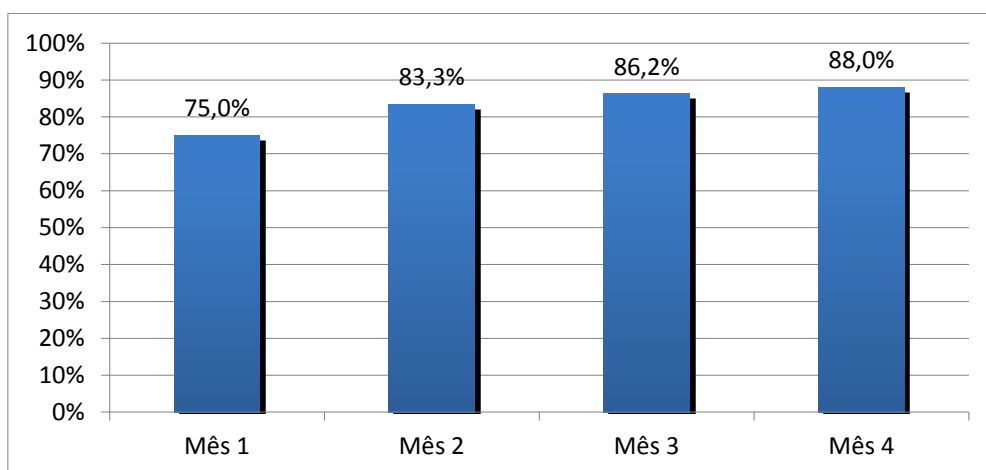


Figura 10 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Dentro do objetivo da Adesão, na meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obteve-se, como aponta a Figura 11, no mês 1: 75% (4), no mês 2: 83,3% (10), no mês 3: 86,2% (10), no mês 4: 88% (13). Aqui as causas foram as mesmas do caso anterior.

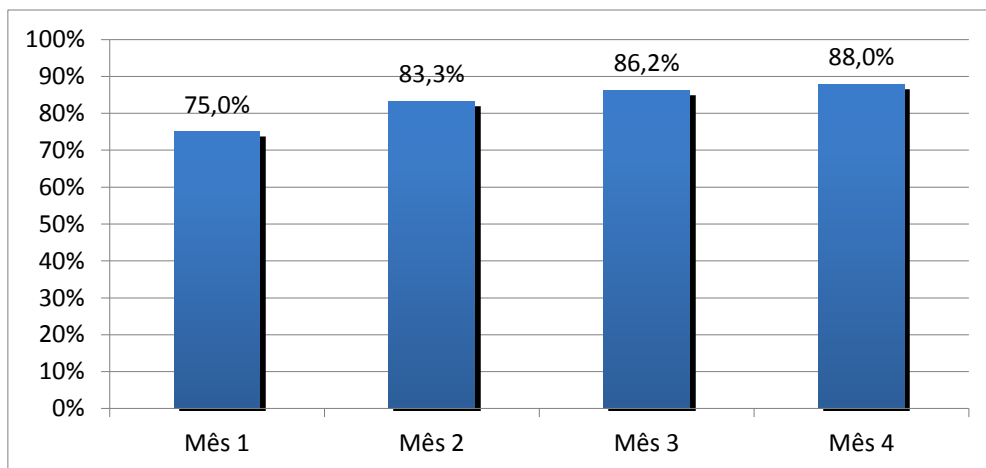


Figura 11 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

O objetivo específico 4 que visa melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros são 100%. Então, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, teve um acompanhamento regular, rumo à meta, como mostra a Figura 12. No mês 1 obteve-se 47,2% (42), no mês 2: 54,1% (66), no mês 3: 60,3% (91) e no mês 4: 65% (128). A maioria do nosso cadastro foi feito nas visitas domiciliares com a planilha desenhada por nossa equipe e muitos usuários não vinham à consulta depois das visitas nas suas casas e, por isto, que não atingimos um número maior de cidadãos.

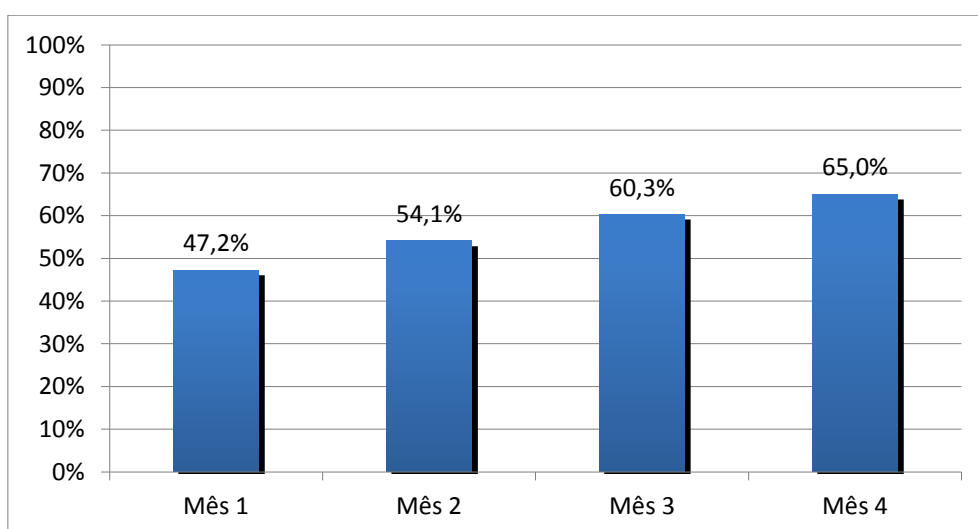


Figura 12 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, como indica a Figura 13, no mês 1; 44% (11), no mês 2: 54,3% (19), no mês 3: 55,3% (21) e no mês 4: 58,3% (28). Aqui foram as mesmas causas do item anterior.

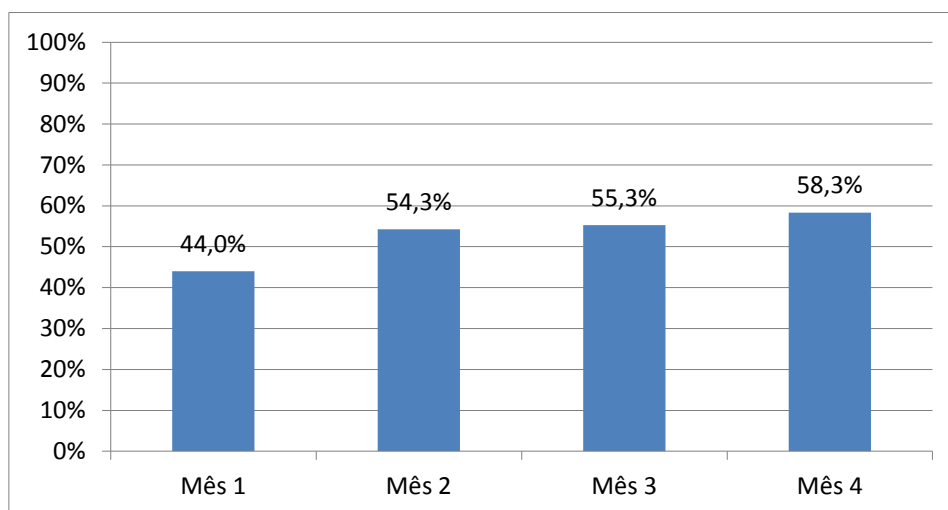


Figura 13 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 14, no mês 1; 82% (73), no mês 2: 83,6% (102), no mês 3: 83,4% (126) e no mês 4 :84,3% (166). Neste objetivo, a avaliação de risco cardiovascular foi feita atendendo a doença que sofre o usuário, avaliação dos exames laboratoriais (colesterol, triglicerídeos), hábitos e costumes alimentares, prática de atividade física regular.



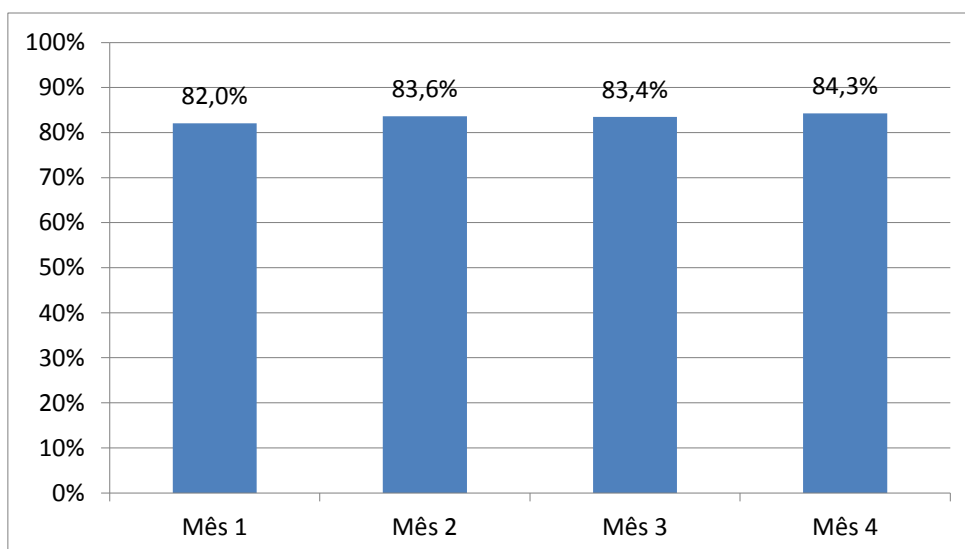


Figura 14 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 15, no mês 1 :72% (18), no mês 2: 77,1% (27), no mês 3 :76,3% (29) e no mês 4 :79,2% (38). Aqui ademais do anterior se avalio, histórico familiar, estilo de vida, consumo de carboidratos e açúcares, IMC.

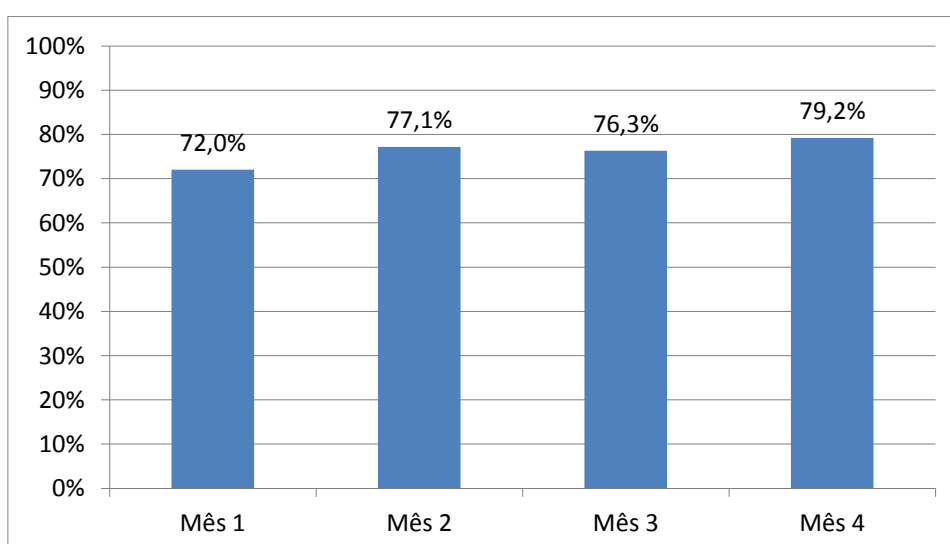


Figura 15 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 16, obteve-se no mês 1 :95,5% (85), no mês 2: 96,7% (118), no mês 3: 97,4% (147) e no mês 4:98% (193). Aqui os 100% não foi atingido devido a muitos usuários no momento das palestras não estarem presentes por causa de despreocupação do porque estavam trabalhando. A maioria dos usuários foi informada em temas de educação e prevenção para saúde.

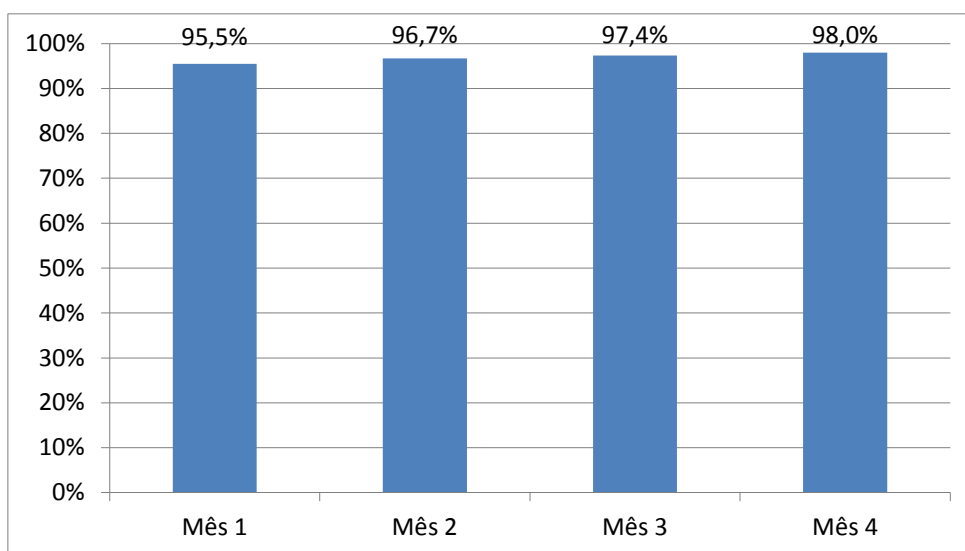


Figura 16 – Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 17, conseguiu-se no mês 1: 96% (22), no mês 2: 97,1% (32), no mês 3: 97,4% (35) e no mês 4: 97,9% (45). Os temas tratados em este aspecto foram referentes aos prejuízos dos carboidratos e açúcares para a saúde nos pacientes diabéticos, e não todos tiveram essas informações causadas por que alguns deles trabalham e outros não estão interessados no tema.

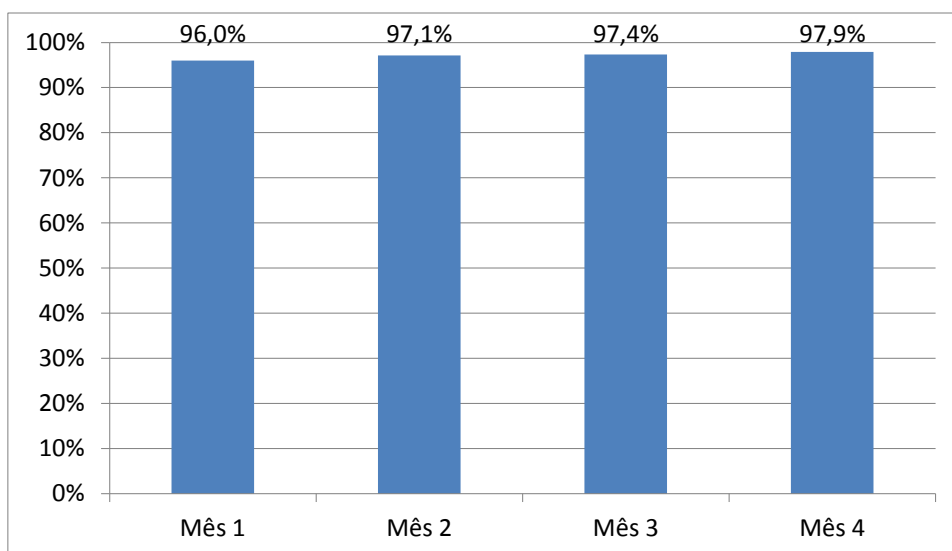


Figura 17 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 18, obteve-se no mês 1: 96,6% (86), no mês 2: 97,5% (119), no mês 3: 98,0% (148) e no mês 4: 98,5% (194). Em todas as visitas os usuários foram palestrados de forma rápida acerca da importância da prática de exercício físico para manter a saúde, muitos deles rejeitavam a ideia por isto não atingimos o 100%.

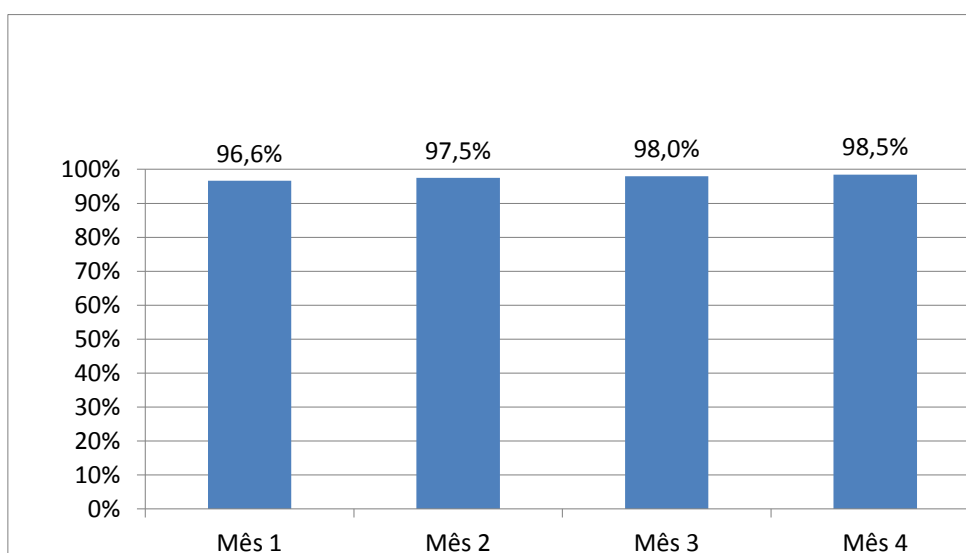


Figura 18 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 19, obteve-se no mês 1: 88% (22), no mês 2: 91,4% (32), no mês 3 :92,1% (35) e no mês 4: 93,8% (45). Aqui idem ao item anterior, em que enfocamos nos usuários obesos e/ou com tendência à obesidade sobre a importância de manter um índice de massa corporal adequado e fazer atividade física regular.

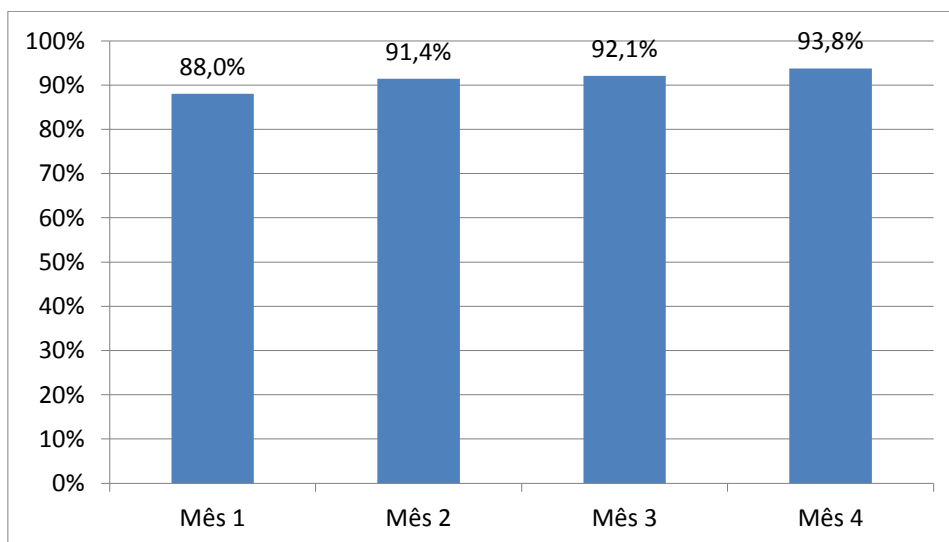


Figura 19 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em conformidade com a Figura 20, obteve-se no mês 1: 97,8% (87), no mês 2: 98,4% (120), no mês 3: 98,7% (149) e no mês 4: 99% (195). Em todas as visitas a equipe falou sobre a importância de evitar o tabagismo para se evitar doenças pulmonares e que também é um fator de risco cardiovascular.

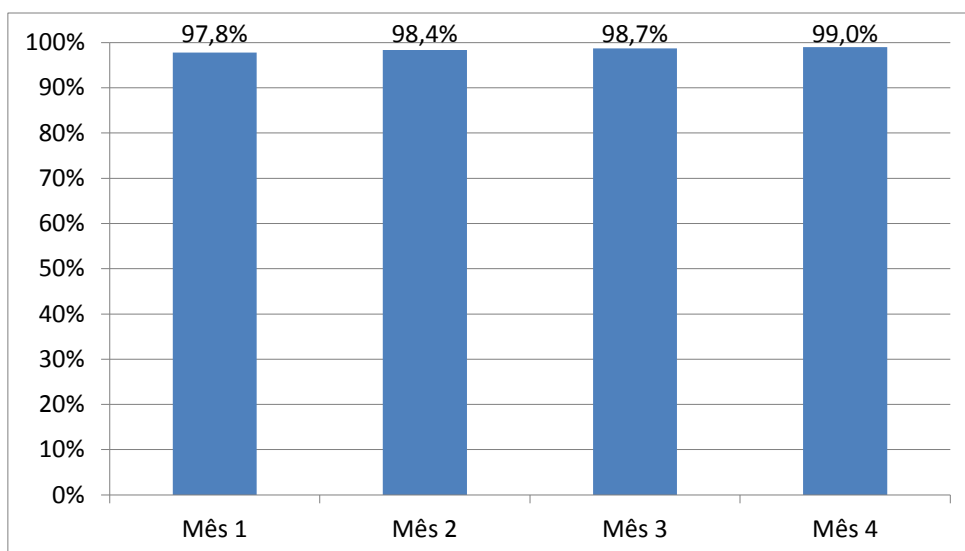


Figura 20 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em acordo com a Figura 21, obteve-se no mês 1: 92% (23), no mês 2 : 94,3% (33), no mês 3: 94,7% (36) e no mês 4: 95,8% (46). Neste caso, as orientações foram semelhantes ao item anterior.

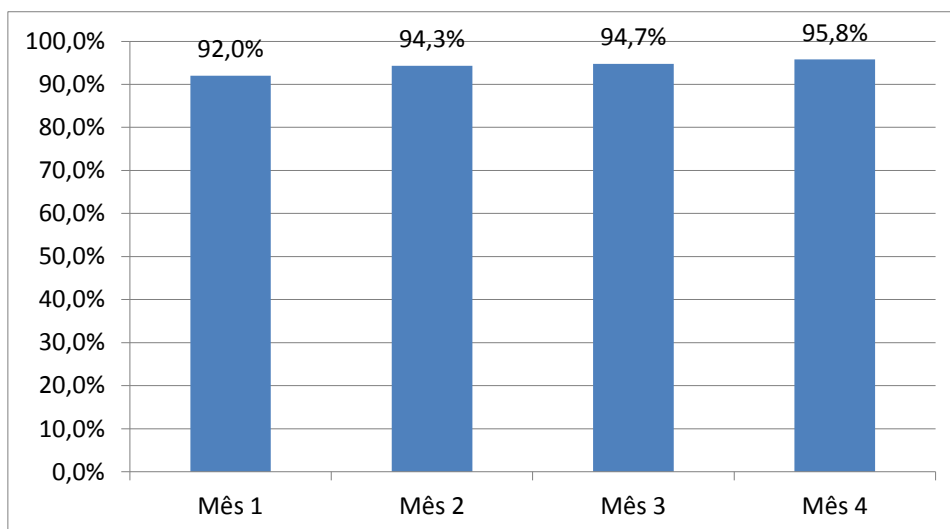


Figura 21 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Na ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, em diálogo com a Figura 22, obteve-se no mês 1: 98,9% (88), no mês 2: 99,2% (121), no mês 3: 99,3% (150) e no mês 4: 99,5% (196). Esta atividade foi feita pelo dentista do grupo. Ele fez avaliação bucal na maioria dos usuários e se algum precisava de outro tipo de acompanhamento, ele encaminhava para que fosse atendido. Um

pequeno grupo rejeitava, alegando que já foi avaliado ou que tem médico particular para seu atendimento.

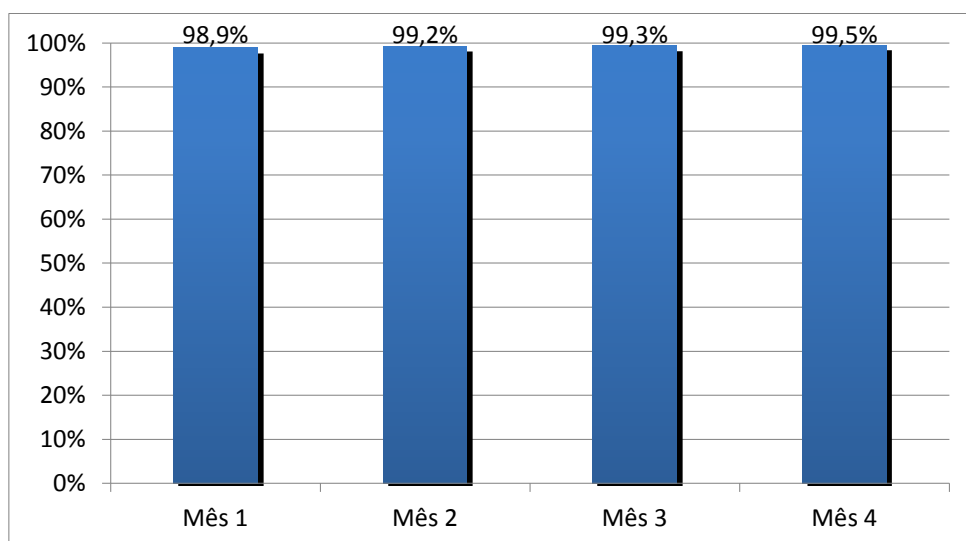


Figura 22 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Na proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal obteve-se no mês 1: 100% (25), no mês 2: 100% (35), no mês 3: 100% (38) e no mês 4: 100% (48). Esta atividade foi feita pelo odontólogo do grupo e teve o mesmo desdobramento do item anterior.

## 4.2 Discussão

No percurso da intervenção, foram atualizados os prontuários disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 254 usuários (197 que sofrem hipertensão e 48 diabéticos) de uma estimativa para o cadastro de 324 usuários com hipertensão arterial e 356 usuários hipertensos e 68 diabéticos com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Também, foram realizadas capacitações em forma de palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe, assim como atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos

cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção traçamos objetivos, metas, ações, e indicadores para avaliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos. Assim, as ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

Durante a intervenção não foi desenvolvida a cobertura de 100% do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, mais se conseguiu 55,3% dos hipertensos e 70,6% dos diabéticos na UBS. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS e isto foi possível na realidade. A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os resultados já demonstrados anteriormente.

Quanto aos exames complementares, os dados foram tomados dos prontuários e nas visitas nas casas com validade de um ano por causa que a Secretaria não estava em condições de pagar exames a todos os usuários que seriam avaliados.

Nos usuários hipertensos ou diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco e aqueles que tinham mais risco tiveram maiores numero de consultas planejadas.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos em usuários hipertensos e diabéticos garantidos as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e de ter uma saúde bucal adequada.

Resumindo, com a intervenção na ação programática de diabetes mellitus e hipertensão arterial, em nossa UBS, conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de usuários faltosos às consultas e pesquisa ativa na comunidade diante as visitas domiciliares.

A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de educação para a saúde, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na

Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. As atribuições de cada profissional ficaram mais bem estabelecidas, cada profissional souberam quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações. A Equipe sabe identificar quando estão controlados e quando não, e se tem ou não uma doença cardiovascular.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS.

A Secretaria de Saúde garantiu transporte para conduzir-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica, e também garantiu a realização de avaliação com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros.



## 5. Relatório da intervenção para os Gestores

Ao Gestor:

A intervenção que visou melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Cruzaltense, Cruzaltense / RS, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 02 de janeiro de 2015 e finalizando em 30 de abril de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil.

Dentro das metas estabelecidas, melhoramos a qualidade do atendimento prestado aos usuários, através da realização do exame clínica e complementar de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular foi os principais objetivos do trabalho. Além disso, conseguimos melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa a partir da busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Com a intervenção também melhoramos o registro das informações na UBS com os hipertensos e diabéticos cadastrado na unidade, contribuindo significativamente para o monitoramento da intervenção e acompanhamento deles. Com a realização das ações desenvolvidas durante a intervenção conseguiram ser implementadas como parte do trabalho de rotina da equipe na unidade, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção as crianças, atenção à pessoa idosa, atenção à saúde da mulher.

Foram desenvolvidas diferentes ações que já fazem parte da rotina de trabalho, tais como: cadastro continuado dos usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita, acolhimento e acompanhamento adequado dos hipertensos e diabéticos, atendimento clínico humanizado com solicitação de exames complementares, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular; encaminhamento para tratamento odontológico e avaliação especializada quando for preciso, grupos de educação em saúde; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo; busca ativa dos faltosos a consulta. Para o correto registro das informações se utilizaram como instrumento a planilha de coleta de dados desenhada pela equipe pra fazer ESF. Semanalmente todas as ações foram monitorizadas permitindo avaliar o cumprimento das metas proposta através dos indicadores escolhidos.

E importante sinalar que durante a intervenção, houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, no posto de saúde. Com a intervenção conseguimos cadastrar 197 usuários hipertensos (53,3%), e 48 usuários diabéticos (70,6%) e estão sendo acompanhados em nossa UBS, o qual foi possível com o trabalho em união da equipe, cadastro continuo de todos os clientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, aumento das frequências de consultas de acompanhamento, busque da dos usuários faltosos a consultas programadas a traves das visitas domiciliar, incremento das atividades de educação em saúde com a comunidade e grupos de Hiperdia, também a maioria dos usuários ficaram satisfeitos com as orientações enquanto a dieta, atendendo a que a maioria deles tem uma cultura má e diante os encontros com as comunidades o equipe palestrou sobre cultura sanitária , importância da atividade física e de manter níveis normais de colesterol, triglicérideos e glicose.

Ao longo da intervenção tivemos algumas dificuldades para a realização dos exames laboratoriais por causa econômica, já que alguns dos exames implicavam custo elevado e também não foi possível a impressão das fichas espelhos pela mesma causa. Mas, assim o trabalho foi feito de forma satisfatória com ajuda da equipe que visitou casa a casa da maioria dos

usuários e preenchendo os resultados dos exames feitos por eles com prazo de validade de um ano.

Gostaria de aproveitar o momento e seguir pedindo apoio para o processo de implementação da intervenção na rotina do serviço. Neste momento, é fundamental a continuidade da impressão das fichas-espelho como forma de direcionar o monitoramento regular das ações.

## 6. Relatório da intervenção para a comunidade

### À Comunidade

Com o objetivo de Qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, a intervenção começou no período de janeiro até maio de 2015, contemplando 12 semanas de trabalho na UBS, com a realização de ações voltadas. Para isto, contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes de Saúde Comunitários e Odontólogo disponível a tempo todo, além do apoio da comunidade que foi fundamental para a equipe, e a participação da população-alvo da conhecida intervenção.

O público-alvo foram 356 usuários com Hipertensão e 68 com Diabetes Mellitus (DM). Com a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 197 usuários hipertensos (53,3%), e 48 usuários diabéticos (70,6%) também em estratégias de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo conhecessem mais a respeito de sua doença incentivados a tornarem-se responsáveis por seu cuidado e de sua família. Além disso, estimulávamos que falassem para os demais, e também promoção da saúde com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com a finalidade de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças, gastos com medicação e possível internação hospitalar, melhorar a qualidade do atendimento prestado a estes usuários, através da realização do exame clínico de laboratório de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular. Além disso, conseguimos melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa a partir da busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Com a intervenção

também melhoramos o registro das informações na UBS dos hipertensos e diabético cadastrado na unidade de saúde, contribuindo significativamente para o monitoramento da intervenção e acompanhamento dos usuários. Com a realização deste projeto e da intervenção, as ações desenvolvidas durante foram implementadas como parte do trabalho de rotina da equipe na unidade, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção as crianças, atenção à pessoa idosa, atenção à saúde da mulher.

## **7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Quando ao final do ano 2013 alguém me falou da possibilidade de vir a trabalhar no Brasil como parte do Programa Mais Médica, muitas dúvidas chegaram a minha cabeça, tais como conhecer um sistema de saúde em alguma medida diferente ao que conhecia, sempre soube que atuaria na atenção primária de saúde, onde tinha sido formado faz mais de 20 anos, por outra parte o idioma totalmente diferente ao espanhol.

Desde o início do curso entendi que ia adquirir um conjunto de conhecimentos básicos sobre Saúde da Família, desenvolvida de um jeito similar, mas não exatamente igual a aquilo que estava acostumado, ou seja, o fato de ter saúde pública em setor privado. Mas meu principal objetivo era ajudar a melhorar o estado de saúde da população brasileira.

Ao começo do curso tinha muitas dúvidas e achei que seria difícil solucionar, mas com ajuda dos colegas, meu orientador e a equipe foram resolvidos, sendo que a cada semana eram novos e maiores desafios e essas pessoas ajudaram-me a resolver. A equipe começou a funcionar de uma forma articulada, unida e assim com os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas, nos materiais fornecidos pelo curso e nas trocas de experiências com os colegas. Hoje o trabalho está sendo desenvolvido e conseguiremos levar saúde para a população da área.

Diante este curso foi possível conhecer os principais problemas do Sistema Único de Saúde que eram quase desconhecidos para mim. Além disso, permitiu identificar as deficiências que existiam na UBS e a importância

de desenvolver uma atenção integral, possibilitando um acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade, também a importância de manter relações de confiança e afetividade com os usuários e garantir a sua participação social e comunitária no cuidado da sua saúde, da saúde da família e da comunidade. É importante destacar a participação da equipe na organização dos serviços de saúde da área de saúde, assim como o aumento da vigilância, garantindo as ações de promoção e prevenção de saúde que é a principal função da atenção básica. Nisto, incluindo o diagnóstico, tratamento e reabilitação para ofertar uma atenção integral de qualidade à população, que é o nosso principal objetivo como médico e como trabalhador da atenção primária de saúde.

O mais relevante deste curso foi perceber como atua o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e como se evidencia no nosso trabalho. Além disso, como estes princípios podem ser usados para que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a eles. Ainda falta muito caminho pela frente, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso, a cada dia o nosso trabalho será aprimorado para garantir uma atenção à saúde com mais qualidade, conseguindo assim melhorar os indicadores de saúde da comunidade de cruzaltense.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

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, 2013b. 159 p.



## **Anexos**





**Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

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.

  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



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

Eu ,Dr\_Luis Alberto Barban Barban ( 4300783) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( 5491480640 )

Endereço Eletrônico:albertoavila1970@hotmail.com

Endereço físico da UBS:Rua Veracruz s/n Centro Cruzaltense/RS

Endereço de e-mail do orientador: mateuscasanova@ig.com.br

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

Eu, \_lus alberto barban Documento 4300783 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