

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e/ou  
Diabetes Mellitus na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN**

**Narjara Vilar Pérez**

**Pelotas, 2015**

**Narjara Vilar Pérez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN**

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

Orientadora: Fernanda dos Reis Souza

Co-orientador: Gimerson Erick Ferreira

Pelotas, 2015

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

P437m Pérez, Narjara Vilar

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial E/Ou Diabetes Mellitus na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN / Narjara Vilar Pérez; Fernanda Dos Reis Souza, orientador(a); Gimerson Erick Ferreira, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 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. Souza, Fernanda Dos Reis, orient. II. Ferreira, Gimerson Erick, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A toda a população. Espero que este trabalho venha a contribuir com a melhoria da atenção prestada, com vistas a reduzir os possíveis agravos e complicações que podem trazer estas doenças crônicas não transmissíveis. A toda a equipe de trabalho, aos colegas e amigos que, de alguma forma, ajudaram a tornar esse trabalho possível.

## **Agradecimentos**

Meu maior agradecimento é para essa mulher a qual eu chamo mãe, e para toda a família maravilhosa que Deus me presenteou.

As pessoas que ajudaram no começo desta nova etapa em minha vida, onde o trabalho e o aprendizado tem sido constantes.

Aos orientadores do curso, pois sem o apoio necessário não seria possível a finalização deste trabalho, muito obrigada.

## Resumo

PÉREZ, Narjara Vilar. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre-RN.** 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus é muito importante no contexto na atenção básica para assegurar o bom desenvolvimento e acompanhamento de prevenção e tratamento, permitindo a melhoria da qualidade de vida da população e diminuindo cada vez mais o impacto das complicações para a saúde das pessoas. A intervenção realizada no período de abril a junho de 2015 objetivou a melhoria da atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre- RN. A população da área adstrita para atendimento é de 2.773 pessoas. Nossa população é atendida em sua totalidade, os usuários com mais de 20 anos na área de saúde somam 1.859 pessoas, destes, temos 422 usuários diagnosticadas com HAS e 147 usuários com diabetes mellitus. A intervenção proporcionou uma ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. A cobertura alcançada foi de 383 de usuários com HAS (93,1%) e 147 de usuários com diabetes (100%). A comunidade demonstrou satisfação com a prioridade no atendimento, o serviço ganhou qualidade e eficiência, pois o monitoramento viabilizou a realização das ações em tempo oportuno, e o trabalho em equipe foi reforçado, pois todos se sentiram responsáveis em contribuir para o sucesso das ações.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	46
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	47
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015	48
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015	49
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementar em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	50
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	51
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/hiperdia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	52
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/hiperdia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	53
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	54
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	55
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015	56
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	57
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	58
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	59
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	60
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	61

Figura 17	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	62
Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular diária na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	63
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.	64



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

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT -	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
USF -	Unidade de Saúde da Família
UBS-	Unidade Básica Saúde
HIPERDIA	Hipertensão Diabetes

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências .....	80
Anexos .....	81

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da família – modalidade de Ensino a Distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). Foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na USF Lagoa do Mato, no município de Monte Alegre/RN. O volume está organizado em cinco unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da USF Lagoa do Mato. A segunda é a análise estratégica que foi o planejamento da intervenção que foi realizada durante 12 semanas. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A última parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O curso de especialização em saúde da família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

A unidade de saúde da família Lagoa do Mato está localizada no bairro de Lagoa do Mato, na área rural do município de Monte Alegre/RN. A equipe é composta por uma enfermeira, Um médico generalista (eu), uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma arquivista/recepcionista, e seis agentes comunitários de saúde (ACS). O trabalho dos ACS é fundamental, pois tem contato direto com a comunidade, principalmente na vigilância, orientações e cuidados aos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), idosos, crianças, gestantes, ações de saúde ambiental. Eles identificam as dificuldades e as levam à reunião semanal na USF, para serem avaliadas e planejadas as ações. Também realizam ações educativas na comunidade, nos domicílios e na sala de espera sobre temas diversos.

O processo de trabalho é realizado diariamente, de segunda a sexta, com atendimento clínico, de enfermagem e odontológico, procedimentos (imunização, curativos, inalação, administração/entrega de medicamentos, dentre outros), além das ações de natureza preventiva, com ações de orientações e demais atividades de educação em saúde. Realizamos ações programáticas a diversos grupos como idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, criança, homem e demais programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde; ações de prevenção nos espaços comunitários existentes também são realizadas.

A população é muito complexa, existem problemas com violência doméstica, sexual e contra criança, consumo de álcool e outras drogas, baixo nível de escolaridade, mas apesar destes problemas, a equipe de saúde da família se esforça para atender todos os que dela dependem.

O relacionamento com a comunidade se estabelece de maneira amigável, pois há profissionais com vínculo de anos de trabalho na comunidade, o que favorece o bom andamento do serviço, mas também é uma população complexa, pois devido a ter um grande número de habitantes e com baixa renda (em sua maioria) e baixo nível de escolaridade, além de aspectos culturais marcantes, nem sempre as ações são efetivas. Sempre procuramos fazer um bom atendimento, mas tantas demandas causam às vezes conflitos, porém tentamos resolver da melhor maneira possível.

No trabalho em equipe já estamos fazendo mudanças em relação à organização do serviço de saúde, com planejamento semanal das atividades, como por exemplo: atenção ao pré-natal, puericultura, saúde da mulher, idosos, DCNT, atividades educativas e demais atividades semanais e diárias.

Os insumos são insuficientes, tanto em medicina como para procedimentos em geral, não temos transporte fixo na unidade para realizar visitas domiciliares, curativos ou encaminhamentos de urgência.

A estrutura física de nossa unidade é composta por uma sala de espera, uma pequena área para armazenamento de medicamentos, não climatizada; dois banheiros para usuários e um para funcionários, três consultórios, uma sala de vacinas, uma de esterilização e preparo de materiais, uma sala de procedimentos, compartilhada para nebulização; uma copa, uma despensa, e um pequeno almoxarifado. A estrutura da equipe de saúde bucal é constituída de consultório odontológico completo, com cadeira, amálgamas de capsulas, fotopolimerizador, autoclave e instrumentais diversos e em quantidades suficientes.

Dentre os problemas evidenciados, estão a falta de espaço isolado para acomodação dos arquivos, e proteção da integridade física da arquivista, e um banheiro adaptado para pessoas com deficiência.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Monte Alegre/RN, pertencente à microrregião denominada de agreste potiguar e em 25 de novembro de 1953 deixou de ser distrito de São José de Mipibu limitando-se com os municípios de Vera Cruz, São José do Mipibu, Brejinho, Várzea, Lagoa de Pedras e Lagoa Salgada. Com uma área total de 210,916 km<sup>2</sup>, Monte Alegre/RN possui, segundo dados do IBGE de 2010, uma população de 20.685 habitantes, o que de acordo com estimativas do referido instituto, chegaria a 21.996 agora em 2014 (IBGE, 2010).

A rede de saúde dispõe de um Hospital Municipal de urgência com maternidade integrada, além de leitos para internamentos em clínica médica e pediatria. Na atenção básica, o município conta com nove equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com equipe básica, tendo como apoio o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um fisioterapeuta, um educador físico, uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga. A cidade também dispõe de serviços em diversas especialidades como cardiologia, neurologia, ortopedia, ginecologia, gastroenterologia, psiquiatria, pediatria e serviços de endoscopia digestiva, ultrassonografia, colposcopia, exames complementares e eletrocardiograma. Há também o serviço de pré-natal de alto risco, realizado semanalmente para as gestantes com indicação para este acompanhamento.

Não contamos no município com o Centro de Especialidades Odontológicas, tendo que encaminhar alguns usuários sem resolutividade possível para o município de Natal, para o Ambulatório da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O município já foi contemplado com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), porém ainda falta estruturação para dar início ao serviço.

A equipe é composta por uma enfermeira, uma médica generalista, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem, três auxiliares de serviços gerais, uma arquivista/recepcionista, e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tem contato direto com a comunidade, principalmente na vigilância, orientações e cuidados aos portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), idosos, crianças, grávidas, ações de saúde ambiental. Estes profissionais identificam as dificuldades e as levam à reunião semanal na Unidade de Saúde da Família, para serem avaliadas e planejadas as ações.

O processo de trabalho é realizado de segunda a sexta-feira com atendimento clínico, de enfermagem e odontológico, procedimentos (imunização, curativos, inalação, administração/entrega de medicamentos, dentre outros). Realizamos ações programáticas a diversos grupos como idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, criança, homem e demais programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como o desenvolvimento, ações de prevenção nos espaços comunitários existentes.

No trabalho em equipe já estamos fazendo mudanças em relação à organização do serviço de saúde, com planejamento semanal das atividades, como por exemplo: atenção ao pré-natal, puericultura, saúde da mulher, idosos, DCNT, atividades educativas e demais atividades semanais e diárias.

Os insumos são insuficientes, tanto no que se refere à atenção médica, como para procedimentos em geral.

A principal condição estrutural que afeta o nosso desempenho profissional é a área pequena que tem na recepção da unidade, pois não apresenta uma acústica adequada e se localiza próxima à estrada e os usuários se concentram muito próximos aos consultórios médicos. A unidade foi remodelada faz pouco tempo, mas têm ainda dificuldades estruturais importantes, como infiltrações do teto.

Atendemos cinco comunidades que se encontram vizinhas nesse distrito, onde em um deles se encontra um pequeno anexo da USF onde realizamos algumas consultas de usuários que não conseguem se deslocar até a USF. Dentre os principais problemas de saúde mais encontrados, destaca-se o alto índice de doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), asma bronquial, para as quais muitos usuários não cumprem devidamente o tratamento, seja por falta de interesse em procurar o medicamento, seja pela desinformação real da condição de ser um doente crônico. Também se destaca o alto índice de acidentes de trânsito, cuja maioria ocorre com motos devido ao pouco uso de meios de proteção, conjuntamente à alta ingestão de bebidas alcoólicas e consumo de drogas.

Na USF nossa atuação é voltada ao atendimento de consultas agendadas e de demanda espontânea, realizamos visitas domiciliares todas as quintas-feiras, e de acordo com a necessidade dos usuários, agendamos à tarde do outro dia. As consultas agendadas programam-se para atendimento a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, como grávidas, crianças e lactantes, idosos e outros

grupos específicos de usuários semanalmente em conjunto com toda a equipe de saúde. Realizam-se orientações individuais e grupais para fortalecer a compreensão da importância da saúde preventiva e os benefícios que esta traz consigo.

Os usuários mostram-se receptivos quanto às orientações de prevenção e promoção de saúde debatida em atividades de educação em saúde com participação da equipe de saúde. Com um trabalho em conjunto espero atingir os objetivos que visem melhorias na qualidade de vida da população com a qual trabalhamos diariamente e conseguir uma medicina preventiva capaz de reduzir os possíveis riscos das doenças que tanto afetam à família em seu conjunto.

A unidade básica de saúde está constituída estruturalmente por uma pequena sala na qual se recepcionam os usuários e esperam para ser atendidos, segundo as necessidades que estes tenham. Nessa mesma sala encontra-se a colega encarregada do processamento de informação e entrega de prontuários individuais para que o usuário seja assistido. Contamos com um consultório médico e de enfermagem, com outro para consulta com a dentista, uma sala para realizar curativos. As salas de consultas são pequenas, embora contenham portas de entradas de grande amplitude para os usuários com dificuldades físicas e de locomoção, temos um banheiro para trabalhadores e dois independentes para os usuários. Já a sala de vacinação é pequena, e em determinadas ocasiões dificulta-se o trabalho diário por não estar estruturalmente bem desenhada, a cozinha é pequena ainda que ofereça os serviços.

Ainda contamos com duas pequenas salas onde se realiza a lavagem do material para esterilizar. Em um pequeno pátio nos fundos existem dois depósitos para coleta do lixo, até proporcionar seu destino final.

Temos muitos usuários já que nossa área de atenção é muito distante de suas casas. A USF deve ser ampliada para melhorar a organização em qualidade de atenção aos usuários, pois embora tenham sido reformadas estruturalmente, para seu maior adequação as necessidades de nossos usuários e para que o serviço possa ser prestado com maior qualidade e comodidade seu teto tem infiltrações que em época de chuva, demanda maior atenção com a segurança para caminhar, visto que o andar se torna escorregadio.

Apesar de dispormos de consultórios climatizados, temos uma estrutura física pouco adequada, pois ainda faltam mais salas para adequação aos serviços oferecidos, como também necessidade de espaço apropriado para arquivo,



almoxarifado, expurgo e armazenamento de material estéril, repouso para observação, sala de nebulização, sala de reunião etc.

A Unidade tem uma população para atendimento de 2.773 pessoas e não possui vínculos com instituições de ensino. A equipe realiza o trabalho em cinco micro áreas, oferecendo a cobertura total da população caracterizada por estar continuamente mudando de domicílio, seja dentro do município ou da própria área de saúde.

A distribuição, segundo faixa etária em nossa área é semelhante com base na distribuição brasileira. Ainda que os dados encontrados nas últimas pesquisas fica um pouco abaixo, a quantidade da estimativa; isto pode estar relacionado ao fato de que a população de um área rural a qual se caracteriza por ter em sua população pessoas de baixo nível cultural e educacional, que ficam trocando constantemente sua moradia.

Em nossa unidade de saúde, o acolhimento é feito pela equipe de acordo com a necessidade do usuário e da população. De forma humanitária e sensibilizada fornecemos a atenção necessária, pautados nos princípios e diretrizes do SUS. Nossa recepcionista tem um papel importante com seu trabalho diário, com ajuda e orientações da equipe de trabalho, direcionando suas ações segundo as necessidades dos usuários em qualquer ação ou procedimento, seja em uma consulta médica, em uma vacinação, em um curativo ou em uma atenção pela enfermeira. Contamos no município com a atenção do NASF, o qual proporciona seu apoio para melhorar a qualidade de atenção a todos os usuários da área.

Independentemente de uma atenção por demanda, temos programações de trabalho com grupos como os que apresentam HAS e DM, assim descongestionamos um pouco e mais os espaços que se destinam para cada usuário, segundo sua necessidade. O acolhimento desenvolve-se desde o começo do dia segundo as necessidades que se manifestem além do trabalho que nos planejamos para toda a equipe.

Os demais profissionais ficam na unidade executando as atividades que são planejadas mensalmente e reavaliadas a cada reunião ou quando necessário. O acolhimento em nossa Unidade busca a realização de uma escuta de qualidade para dar resolução às situações trazidas por nossos clientes. Há informativos de saúde expostos pela unidade, como também dos serviços ofertados e do horário de atendimento. Do mesmo modo, a auxiliar de saúde bucal realiza o atendimento

referente o necessário, prestando o acolhimento inicial, solicitando a cirurgiã-dentista quando é preciso. O médico executa os atendimentos e ações programáticas, algumas pré-agendadas, como pré-natal, puericultura, Hiperdia, saúde mental; e algumas sob forma de demanda espontânea, além dos atendimentos de urgência.

Outra dificuldade que enfrentamos é a enorme frequência com que as pessoas mudam de domicílio e de localidade, tornando ainda mais difícil o acompanhamento/controle de usuários sob nossa responsabilidade. Nosso trabalho se vê um pouco limitado diante das faltas ou quantidade reduzida de alguns insumos/equipamentos/serviços importantes à nossa prática, o que muitas vezes nos deixa entristecidos por não podermos dar uma resposta eficaz aos nossos usuários.

Não contamos com um conselho local de saúde, mas municipal apenas, o que seria importante para que a comunidade pudesse exercer o controle social de forma efetiva, participando do planejamento, avaliação e execução das ações em saúde para melhoria de sua qualidade de vida.

Quanto às ações em saúde, a demanda aumentada e o grau de instrução de nossa população geram dificuldades às nossas práticas educativas, uma vez que muitos usuários não compreendem a importância dessas ações, gerando desconforto e questionamentos desnecessários, que por certas vezes, desmotivam a equipe. Mesmo com essas “barreiras”, transpomos “esses muros” e seguimos com nosso trabalho junto à comunidade, realizando atividades de educação em saúde nos Centros de Convivência, praças, escolas e sala de espera e realizamos nossas atividades que vemos gerar bons resultados, principalmente nos cuidadores e no estímulo ao auto cuidado.

Nossa principal motivação para trabalhar é conseguir a satisfação dos usuários que, em definitivo, é para quem desenvolvemos nosso trabalho, desejamos conseguir em conjunto e com apoio das pessoas da comunidade, participantes da gestão, e do núcleo de atenção de saúde familiar municipal, e demais setores; buscando, inclusive, incentivar a criação de um núcleo para atenção local das famílias mais necessitadas, trabalhando de forma mais enfática com projeto terapêutico singular.

A atenção à saúde da criança é feita de forma programática, seguindo as orientações do ministério da saúde. O acompanhamento é feito por médico, enfermeiro e dentista, com o agendamento das consultas, e a criança já sai com a

próxima consulta agendada. O registro do acompanhamento das crianças em puericultura é realizado em prontuário específico e livro confeccionado pela equipe para monitoramento dessa ação, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento nas consultas, e orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes, mas também há ações que necessitam de investimento para a qualificação da atenção, como a baixa taxa de realização do teste do pezinho em até sete dias de vida e realização de triagem auditiva.

A atenção às gestantes e puérperas acontece, seguindo recomendações de manuais do Ministério da Saúde. Estão envolvidos nessa atenção o médico, o enfermeiro e o dentista, e acontece em pelo menos dois dias por semana, em ambos os turnos. Os atendimentos às gestantes são registrados em prontuário clínico, formulário específico e livro de registro do programa, que é revisado semanalmente pela equipe para monitoramento da ação. A gestante sai com a próxima consulta agendada.

Podemos analisar que nossa atenção no serviço pré-natal é de boa qualidade, é realizado e garantido pela equipe de saúde da família; nossas gestantes, que iniciam o pré-natal ainda no primeiro trimestre, com indicação de imunizações pertinentes, exames complementares, encaminhamento ainda na primeira consulta ao serviço de odontologia, e de acordo com o risco gestacional, encaminhamentos a demais especialidades.

Temos cobertura puerperal de 100%, boa qualidade da atenção puerperal, com a maioria das puérperas atendidas com orientações pertinentes quanto a planejamento familiar, puericultura, promoção ao aleitamento materno exclusivo, realização de triagem neonatal, imunizações, além de exames físicos gerais da puérpera e de seu recém-nascido, monitoramento das gestantes com trabalho de parto próximo, para uma puericultura em tempo hábil, vigilância das puérperas para uma visita em tempo hábil.

Seguindo as orientações de manuais do Ministério da Saúde com relação às ações para controle do câncer de colo de útero e de mama, são realizadas em nossa USF diferentes ações com a médica, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde para prevenção mediante a coleta de exame citopatológico para câncer de colo. Embora não seja realizado todos os dias, mas apenas um dia por semana, é feito nos dois turnos, com rastreamento organizado. Já as ações do programa de controle do câncer de mama, acontecem todos os dias, nos dois turnos, com

rastreamento organizado e oportunista. Para o registro, utilizamos um livro que contém o nome, data de nascimento, registro das datas de realização dos exames de mamografia e preventivo destas mulheres, como também das alterações que tem os exames, para que os seguimentos devidos sejam feitos e monitorados.

A equipe desenvolve atividades de educação em saúde, com participação dos diferentes membros desta, a exemplo das campanhas no Outubro Rosa, ações no Centro de Convivência, na USF, buscando orientá-las da importância da prevenção e incentivá-las à realização da citologia oncológica e da mamografia importância que tem o autoexame de mama.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é bastante alta 690, pois atingimos (99%) da população estimada na faixa etária prioritária (de 25 a 64 anos). A cobertura de Controle do Câncer de Mama também é relativamente alta com 199 usuários, de (96%), mas poderia ser maior.

Temos 97% das mulheres com o exame citopatológico em dia. Todas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero e receberam orientação para a prevenção desse câncer, e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) Apenas 44% estão com mamografia em dia, o que pode estar atrelado ao fato de que elas acreditam que por não sentirem nada em suas mamas, não necessitam realizar periodicamente o exame.

Seria importante realizar um maior monitoramento para que, durante as visitas domiciliares detectamos as usuárias que necessitam realizar as mamografias. Visto que nosso objetivo é evitar esses males e mortes decorrentes deles e da falta de medidas preventivas, devemos realizar ainda mais campanhas para sensibilização.

Nossa unidade de saúde também realiza atendimento durante todos os dias da semana e em todos os turnos para pessoas hipertensas e diabéticas com avaliação geral, atendimento a problemas agudos de saúde, com realização de atividades educativas, solicitando exames para avaliação do estado geral. Seguimos o protocolo do Ministério da Saúde, publicado em 2013, e os usuários já saem da consulta com a próxima consulta agendada.

Os registros de atendimentos dos adultos com HAS e DM, são feitos nos prontuários clínicos no qual registramos a data da consulta, tipo de medicação que usa vacinas, exames feitos, outras doenças existentes. Temos uma cobertura de 73% para os 422 usuários com HAS e de 90% para os 147 usuários com DM, existe

uma grande diferença de dados por a existência de uma quantidade que não tem relação com os dados coletados na unidade no começo.

Uma das estratégias que a equipe aderiu para tentar reduzir estas dificuldades é a formação dos grupos de educação em saúde, a fim de conscientizá-los quanto às diversas condutas a serem tomadas por eles para a efetivação do cuidado e da qualidade de vida, em como introduzi-los em uma rotina de práticas saudáveis, e monitorá-los mais de perto, com realização de verificação de pressão arterial, glicemia capilar, avaliação do regime terapêutico, isto organizado pela própria equipe por iniciativa de seus funcionários; utilizando as palestras grupais com temas específicos, escolhidos em as reuniões de planejamento da equipe.

Os usuários idosos são atendidos pelo médico, enfermeira, odontóloga, técnica de saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Após a consulta ou visita domiciliar o idoso sai da USF com a próxima agendada.

Temos uma cobertura iniciais de 238 para 79% ,atualmente aumentou para 295 com 98% esses usuários e os indicadores de qualidade, em geral, revelam um bom acompanhamento na atenção prestada ao nosso idoso. Infelizmente, os idosos não possuem caderneta, por estar em falta na Unidade, contudo, este público tem sido acompanhado e avaliado segundo a investigação de indicadores de fragilização na velhice, recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Apenas 52% tem avaliação de saúde bucal em dia.

Temos grupos de atividades educativas voltados para essa população, com apoio do NASF são realizadas prática de atividades físicas, caminhadas ao ar livre, dança, orientações aos cuidadores, imunizações, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, promoção saúde mental, etc.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

A atenção básica de saúde tem como característica a integração de toda uma equipe de trabalho a qual deve ter como premissa a atenção individual e coletiva de cada um de seus integrantes, para realizar ações encaminhadas à prevenção, promoção de saúde; para conseguir uma totalidade de atenção integral e

melhorar a saúde das pessoas pertencentes a uma área determinada, com um bom trabalho de equipe.

Com a análise situacional da unidade, pude perceber que são muito amplas as problemáticas envolvidas, com os conhecimentos das funções de cada profissional é muito melhor planejar ações para a atenção integral a saúde da população, para melhorar os índices de qualidade e cobertura. Agora é possível fazer um plano geral de mudanças na ESF para o bem da população. Posso dizer a análise situacional é uma ferramenta muito valiosa porque permite reunir informações do serviço oferecido, que avançamos em questões relacionadas com planejamento, controle e organização do mesmo, mas considero que ainda ficamos longe da realidade, ou seja, do que precisa realmente o povo do Brasil em relação à saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A decisão de realizar um trabalho de intervenção sobre estas doenças foi tomada e analisada pela equipe de saúde em conjunto. Trata-se de uma importante problemática na USF, pois recebemos as urgências hipertensivas e picos glicêmicos muito elevados, seja de usuários que se encontram diagnosticados, ou de casos novos, ou relacionados com o abandono de tratamento. Aponta-se que esse fato pode estar relacionado a uma pobre educação em saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Mundialmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como uma das doenças crônicas que mais desenvolve-se, outras doenças como as cardiopatias e insuficiências cardiovasculares e arteriais, doenças renais; independentemente que podem apresentar outras doenças que se associam como a própria diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade. Atribuímos-lhe grande importância porque estatisticamente está comprovado que de não realizar modificações no hábito alimentar e higiênico e estilo de vida das pessoas; como também no cumprimento do tratamento medicamentoso; implicasse em um período não muito extenso a em que uma grande parte da população com a doença apresente complicações e sequelas irremediáveis para eles como ser social, e a sociedade em conjunto. Aumentando com isto o índice de despesas em recursos e medicamentos.

A Unidade tem uma população para atendimento de 2.773 pessoas. Nossa população é atendida em sua totalidade, os usuários com mais de 20 anos na área de saúde é de 1.859; destes, temos 422 pessoas diagnosticadas com HAS e 147 com DM (dados da USF), ainda que já se incorporassem novos usuários em rastreamento e atividades que temos desenvolvido com os grupos das micro áreas

de saúde. Estes usuários são atendidos em consulta médica e odontológica, segundo seja de acordo com a sua necessidade e requeira a causa pela que assiste, além de ter sua consulta agendada trimestralmente para revisar cumprimento de tratamento e evolução clínica; a orientação e indicação de exames de laboratório complementar para analisar o estado metabólico. Contamos com serviço de consultas de especialidades em nosso município que em caso de uma avaliação mais profunda que assim requeira, o usuário é encaminhado segundo precise. A equipe de saúde encontra-se trabalhando para conseguir que a qualidade de prevenção e promoção de saúde aumente em nossa área de saúde e assim conseguir a redução das complicações destas doenças.

Sempre que se realizasse uma ação no âmbito de melhorar a qualidade da saúde das pessoas com a que trabalhamos diariamente é de grande importância e o benefício é tanto como para a cada qual indivíduo ou familiar como ser social; a medicina da saúde básica e atenção primária baseiam-se na prevenção, promoção, cura e reabilitação. Diminuir a morbimortalidade de doenças e complicações prevenia que mediante estas ações que desenvolve a equipe de saúde; seguindo as orientações de protocolos e indicações, pode ser possível.

Uma das limitações que nós enfrentamos é o extenso que é o território, o pelo que dificulta para alguns usuários idosos deslocarem-se até o lugar onde se esta está realizando a ação de saúde. Ainda que isto tenha melhorado um pouco, porque estamos conseguindo uma participação bem mais elevada de todos os usuários quando convocamos a para nossas atividades como equipe de saúde. A saúde pode melhorar conseguindo a redução da incidência e prevalência de complicações e aparecimento de novos casos das doenças crônicas que mais afeta nossos usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**



### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN.

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

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos 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 da atenção aos 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 dos Hipertensos e/ou Diabéticos às consultas.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos Hipertensos e/ou 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**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Lagoa do Mato, no município de Monte Alegre/RN. Participarão da intervenção 422 usuários com HAS e 147 com DM, que, segundo a estimativa da planilha de coleta de dados e dos dados da USF, que correspondem ao total de usuários com 20 anos ou mais com essas patologias.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

No que se refere ao objetivo de ampliar a cobertura, aponta-se que será necessário o monitoramento do número de usuários com hipertensão e com diabetes cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde. Os ACS ficaram responsáveis de passar qualquer modificação nos seus registros das visitas e coleta de dados ao enfermeiro da USF que por sua vez ficou encarregado de preencher e manter atualizado o cadastro no registro específico criado para o programa.

Além disso, necessitaremos organizar o serviço, garantindo o registro dos hipertensos ou com diabetes cadastrados no programa e o acolhimento para os usuários portadores de HAS / DM, no qual alternadamente participaria um agente no processo de acolhimento às consultas.

Com a participação de cada membro da equipe de saúde, a cada agente comunitário de saúde responsabiliza-se pela manutenção do cadastro. O registro dos usuários será alimentado conforme os atendimentos clínicos na USF. No que se referem aos medicamentos, a enfermeira será a encarregada.

No que se refere ao engajamento público, a equipe se responsabilizará em informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde, bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada

maior que 135/80 mmHg; bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Mediante as pesquisas e cadastramento de usuários na área e outros que chegam para consulta por demanda espontânea lhes informará por parte do agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médica, da existência de um programa para a melhoria de atenção para usuários com hipertensão e diabetes. Com a realização de atividades de educação em saúde facilitadas pela médica e dentista, serão fornecidos aspectos fundamentais de fatores de risco, estilo de vida saudável, promoção e prevenção.

No que se refere à qualificação da Prática Clínica, serão realizadas capacitações aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, bem como a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicose teste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Com a participação da médica, a enfermeira e os técnicos de enfermagem, os instrumentos necessários para realizar o cadastramento de possíveis usuários com sintomatologias ou sem estes como usuários hipertensos, lhe proporcionar toda a informação atualizada sobre a doença, entregando-lhe o material necessário para colocar as anotações dos dados, ações informativas e atividades demonstrativas para conseguir o uso adequado do manguito, para medir o controle de tensão arterial. Como nosso grupo de atenção inclui usuários com Diabetes Mellitus, os incluímos neste cadastramento que deve ser revisado minuciosamente por cada micro área de saúde, mediante o controle de consultas e visitas pertinentemente realizadas.

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

No que se refere ao objetivo 2, de garantir a qualidade de atenção ao usuário, serão realizados monitoramento da realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo, acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Com participação da médica e enfermeira será realizado o agendamento das consultas dos usuários, que serão atendidos por ambas profissionais que realizarão

o exame físico para detectar novas sintomatologias ou deficiências do tratamento; depois de um exame com interrogatório, inspeção e exame clínico; revisaremos no prontuário a eficácia de assistência a consultas programadas, a realização de exames de laboratórios e o acompanhamento com outras especialidades, se necessário. Os agentes de saúde, em seus registros individuais, irão desenvolver o acompanhamento da solicitação e realização dos exames para que o usuário possa apresentar nas consultas próximas. A enfermeira é a encarregada de agendar para ir ao laboratório e a realização em seus lares daqueles usuários acamados que não conseguem se deslocar para que possam ser atendidos em seus lares.

Nas visitas domiciliares por agentes de saúde, médica, enfermeira e técnicos de enfermagem, atualizariam o tratamento dos usuários que adquirem seus medicamentos em farmácia popular, como também lhe explica o fácil acesso à mesma. Cada agente de saúde está responsabilizado pelo agendamento e programação das consultas de sua micro área de saúde com supervisão da dentista; independentemente dos atendimentos de urgências odontológicas e acompanhamentos.

Para a organização e gestão do serviço, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos ou com diabetes. Será realizada a preparação de alguns temas com os membros da equipe, com responsabilidade da médica, enfermeira e dentista; estabelece-se também como a cada membro contribuirá ao desenvolvimento da cada consulta e atendimento para os usuários. Cada dia terá a participação de um agente de saúde para colaborar na realização de triagem e processos de seleção para passar conjuntamente com o técnico de enfermagem, posteriormente passaria para consulta médica onde será avaliado o seu estado de saúde, com o exame físico, bem como organizadas a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, que deverá estar disponível na unidade de saúde. Será garantida a solicitação dos exames complementares, com sistemas de alerta para o acompanhamento, bem como discutido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

A enfermeira será a responsável pelo agendamento de exames de laboratório e, caso o usuário não tenha sido avaliado por consulta de odontologia será encaminhado. Também já se encontra organizado já um sistema em que a

enfermeira será encarregada de passar semanalmente ao laboratório a procura de resultados de exames que não chegaram a tempo.

Mensalmente realiza-se um pedido municipal de medicamentos para a USF, incluindo a necessidade de medicamentos para estes usuários. A enfermeira é a encarregada de solicitar. Depois de chegado o medicamento na unidade de saúde, os técnicos de enfermagem encarregam-se de registrar no livro de registro sua data de validade e entrada e controle de estoque de medicamentos, para depois entregá-los aos usuários.

Será realizada cotidianamente avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos ou diabéticos. Cada dia da semana será distribuído vagas para a atenção odontológica dos usuários da cada micro área com seu agente de saúde, sempre se agendando as consultas de hipertensos e diabéticos segundo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico de cada área.

No que se refere ao engajamento público, iremos orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, bem como quanto à necessidade de realização de exames complementares; quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Nas atividades de educação em saúde já realizadas temos explicado a importância de estilos de vida saudáveis para que cada usuário seja capaz de compreender a importância que tem a prevenção para evitar complicações futuras como complicações neurológicas e cardiovasculares. Dessa forma, utilizaremos recurso audiovisual (vídeos muito explicativos, apresentações de slides), assim como a realização de atividades físicas com caminhadas para as pessoas que sua condição assim o permita e lhe daremos as informações nutricionais necessárias para incentivar as mudanças em suas alimentações, à importância de assistir na consulta médica e odontológica, assim como adesão ao tratamento medicamentoso. Todos os membros da equipe serão responsáveis.

Serão realizadas capacitações sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, para realização de exame

clínico apropriado e para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

No período de capacitação se abordariam temas como a solicitação de consultas, exames necessários e desnecessários, necessidade de consulta médica ou odontologia por urgência; já que muitos usuários solicitam exames sem necessidade de realizar e fora do protocolo de rastreamento estabelecido pelo ministério da saúde e secretaria municipal de saúde.

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

Será realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, encarregando-se a médica e enfermeira.

As visitas domiciliares com participação de toda a equipe estão organizadas em oito horas semanais devido ao território onde trabalhamos ser muito extenso em áreas. No que se refere à busca aos faltosos, os agentes comunitários de saúde, que diariamente têm que visitar os usuários, serão os responsáveis por essa função. A agenda será organizada para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Caso o agente de saúde identifique usuários que não possam ir à unidade, será realizada visita domiciliar do médico e da enfermeira. E se forem identificados novos usuários com sintomas e sinais destas doenças, a cada agente de saúde agendará a consulta seja médica ou odontológica.

Na intervenção também falaremos sobre a importância de realização das consultas, bem como a periodicidade preconizada. Sempre que se realiza uma atividade de educação em saúde informa-se antecipadamente a toda a população para que possam participar, com a ajuda da arquivista e recepcionista e agentes de saúde se dá divulgação. Contamos com um quadro informativo onde se colocam as atividades programadas para o mês com data, hora e data; explica-se sobre que temas ou atividades estará realizando. Neste quadro informativo temos os horários de atenção e atendimentos tanto na USF como de outras consultas municipais, para que os usuários possam estar bem informados. Nesses espaços estaremos dispostos a ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

No que se refere à qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados para a orientação de hipertensos ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Seguem o cronograma para a preparação de todos os participantes,

ou seja, toda a equipe de saúde debateremos, todos os protocolos de atenção para os usuários diabéticos e hipertensos, para que a cada membro saiba a frequência das consultas.

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

Será realizado o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Bem como se capacitam os agentes de saúde equipes de saúde em geral para o controle dos usuários com HAS e Diabetes, para os quais teremos um registro de controle de incidências prevalências também para o rastreamento destes usuários.

Na USF já existe um registro de controle, que é o prontuário clínico individual de cada usuário, alguns os não têm a qualidade necessária para realizar um bom acompanhamento destes usuários, pelo que com a ajuda da ficha de coleta de dados e a ficha espelho conseguiremos coletar alguns os dados necessários. Será criado também um livro para registro destes usuários especificamente, com base nos registros dos agentes de saúde e enfermeira.

O serviço será organizado para manter as informações do SIAB atualizadas, bem como para Implantar a ficha de acompanhamento. Será organizado 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. Em acordo com toda a equipe, ficou estabelecido que a cada agente de saúde séria responsável por manter atualizado seu registro para que a enfermeira e arquivista recepcionista possam agendar as consultas necessárias por semana, manter os prontuários e fichas de acompanhamentos atualizados.

No engajamento público, em cada atividade de educação em saúde recordar e informar ao usuário sobre seus direitos no sistema de saúde, a importância de ter uma assistência médica de continuidade com registros de seus dados clínicos nos prontuários e fichas de acompanhamento.

Para o acompanhamento adequadamente destes usuários, toda a equipe estará capacitada para a revisão de que a cada um conte com sua ficha individual e seu prontuário; a médica explicará como se deve colocar toda a informação necessária para o preenchimento na ficha de acompanhamento. Tudo isto aconteceu nas três primeiras semanas.



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

Será realizado monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano. Esta verificação seria realizada pela médica e enfermeira; nas consultas agendadas a cada usuário como está indicado.

Dependendo o estado de saúde do usuário e como este classificado, se agendarão em prioridades as consultas e visitas para dar acompanhamento à doença que apresenta o usuário. Além disso, o agente de saúde também será encarregado de informar à enfermeira sobre o estado de saúde e à médica para oferecer rapidamente a atenção que precisa.

Cada usuário tem o direito de conhecer como se encontra o estado de sua saúde e todas as medidas que deve realizar para ter em conta um bom controle endócrino-metabólico ou níveis de tensão arterial. Em cada atividade de educação em saúde ou consulta é necessário abordar sempre a importância do tema de como prevenir estas doenças e de como uma vez já adquirida pode ser controlada; evitando as complicações futuras. Os agentes de saúde são o elemento fundamental para passar a informação do dia. Em cada consulta dedicam-se uns minutos a orientações em saúde individuais para falar sobre o nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como esclarecer quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Serão responsáveis os agentes de saúde, enfermeira, dentista e médica.

Na qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Estas atividades de capacitação realizam se em conjunto com toda a equipe de saúde durante as quatro primeiras semanas na própria unidade de saúde, já que é necessário que a cada membro participe para poder realizar uma boa classificação dos usuários em consulta.

Objetivo 6: promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Mediante as atividades de educação em saúde informativas e educativas que se realizarão com os diferentes grupos do micro áreas, informar à comunidade

quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Com o apoio da nutricionista do município; desenvolveremos uma atividade educativa sobre a importância de uma boa alimentação saudável, realizaremos um lanche onde ofereceremos exemplos reais possíveis a utilizar para o benefício da saúde, incluindo por igual a ambos os grupos de doentes (HAS e DM). Nosso município tem um educador físico o qual já tem tido participação direta em algumas das atividades que temos realizado; em coordenação com a gestora de saúde, convido-lhe para participar nas caminhadas e atividade de educação em saúde relacionadas com a importância da atividade física e seus benefícios para com a saúde. Com participação de toda a equipe de saúde integrado já previamente atualizado e informado e coordenado com o gestor; realizar uma atividade educativa a modo de converse para trocar ideias e informações com respeito a efeitos nocivos de tabagismo para a saúde. Com a ajuda da dentista, realizar um seminário com a equipe de saúde para conseguir uma melhor atualização sobre a saúde bucal, importância e vantagens da mesma.

Será realizado o monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos e, no que se refere à organização e gestão do serviço, será definido o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Além disso, serão demandada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”, essa função será do médico e da enfermeira. Com o apoio da nutricionista de município desenvolveremos as atividades de educação em saúde mais direcionadas sobre como deve ser realizada a alimentação destes usuários, assim como para os usuários acamados e com dificuldade de locomoção, realizaremos as visitas domiciliares com os propósitos de levar toda a informação para essas pessoas.

Contaremos também com o apoio do educador físico e com o fisioterapeuta para dar uma boa orientação necessária, para que nossos usuários compreendam a importância de eliminar o sedentarismo e comecem um estilo de vida mais saudável.

No que se refere ao engajamento público, os usuários com hipertensão arterial e seus familiares serão orientados quanto à importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e da higiene bucal. Com a ajuda dos profissionais de nutrição, odontologia, educador físico, fisioterapia, em cada atividade de educação em saúde e consultas médicas realizadas serão incentivadas a mudança do estilo e qualidade de vida do usuário.

No que se refere à qualificação da prática clínica, serão realizadas capacitações da equipe sobre práticas de alimentação saudável; metodologias de educação em saúde; prática de atividade física regular: tratamento de usuários tabagistas e higiene bucal. Toda capacitação será realizada durante as quatro primeiras semanas, em um período de 2 horas, onde serão debatidas as novas informações adquiridas e desenvolver as habilidades necessárias para desenvolver essas ações com a melhor qualidade.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos 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.

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

Numerador1.1: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador1.1: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência 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.

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

Numerador 1.2: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador 1.2: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Numerador 6.1: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador 6.1: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 6.2: Números de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador 6.2: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador 6.3: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador 6.3: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador 6.4: Números de usuários com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador 6.4: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 6.5: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador 6.5: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 6.6: Números de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador 6.6: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 6.7: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador 6.7: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador 6.8: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**



Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na atenção primária de saúde adotaremos o Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para atenção primária primária de saúde (BRASIL, 2013a e 2013b). As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada usuário com hipertensão/diabetes em fichas espelho. Os dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, a qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento. Estimamos alcançar como intervenção o cadastramento de 100% de usuários. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de quantidades necessárias de folhas de ofício e imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta e atendimento de Hiperdia nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Para o monitoramento dos usuários, tanto hipertensos como diabéticos, os agentes comunitários de saúde julgam um papel importante que cada um visite sua área de atenção cadastrando novos usuários chegados à comunidade ou usuários que não se encontrem incluídos no programa por abandono de tratamento. O registro de ambos os grupos de usuários serão feitos por igualdade de condição. Estabeleceu-se como estratégia de trabalho diário, destinar quatro horas semanais para a atenção em consulta a usuários hipertensos e diabéticos, fora de qualquer outra programação de trabalho para com eles.

Em nossa unidade de saúde contamos com dificuldade com os recursos materiais necessários para melhorar a atenção destes usuários (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, instrumental de hemoglico teste). Em consultas de demanda espontânea, está estabelecida a atenção imediata de usuários com sintomatologias de urgências com doenças crônicas. Os maiores divulgadores de passar a informação da existência do programa são os agentes comunitários de saúde, estes

têm maior contato direto com toda a população, ainda que muitos usuários já estejam informados.

Tanto as consultas médicas como nas de enfermagem se fortalecerá o trabalho educativo, prestando toda a informação necessária para informar aos usuários sobre a necessidade e importância de conseguir a prevenção destas doenças crônicas. Cada agente comunitário de saúde será capacitado com um treinamento em consultas e visitas domiciliares a usuários que precisem de verificação de pressão arterial, assessorados pelos técnicos de enfermagem, enfermeira e médica. Será realizada diariamente em consulta a triagem de usuários, se explicará a técnica adequada de verificação de PA e medição de HGT; se pactuária com a gestora municipal a quantidade necessária para hemoglicose testes.

Como realizaremos a intervenção com todos os usuários distribuídos em seis áreas de saúde e algumas se encontram distantes da comunidade onde se encontra a unidade de saúde; contataremos os diretores dos centros para apoio na utilização de alguns locais com amplitude de espaços, como salas de aulas, para desenvolver atividades de educação em saúde, rodas de conversa, vídeos para dar desenvolvimento à intervenção que queremos conseguir em nossa comunidade. Cada micro área de saúde tem um centro escolar; o agente comunitário de saúde dessa área será o encarregado de gerenciar o local necessário para a atividade a realizar. Em algumas ocasiões serão utilizados os salões de igrejas conveniadas previamente com o representante religioso, o agente comunitário de saúde e o gestor.

Trabalharemos em conjunto com a busca ativa de usuários com Hipertensão que até o momento não têm desencadeado uma diabetes Mellitus e em vice-versa, pelo grande risco de apresentar ambas as doenças um mesmo usuário.

Para o monitoramento do controle e entrega dos medicamentos existentes para estes usuários, realizaremos uma reunião onde abordaremos a importância do cumprimento do mesmo e sua verificação por parte da equipe de saúde. Daremos uma preparação atualizada com as principais medidas preventivas a utilizar para que cada agente comunitário de saúde informe em visitas realizadas a usuário, conseguindo assim ter o controle real daqueles que abandonam tratamento precocemente.

Orientado esta e implementado a entrega de medicamentos seguem receitas médicas, ao que anexaremos no controle novos usuários com tratamentos, realizando este registro os técnicos de enfermagem. Com a orientação da dentista realizaremos uma capacitação da equipe de saúde completo para atualizar sobre a importância que tem a saúde bucal nestes usuários, os benefícios e vantagens sobre a saúde em geral; esta capacitação será realizada com duas horas que se destinem do expediente de um dia de trabalho para atualizar com novas informações a todos os servidores públicos, para depois assim fazer extensiva para a população na em cada consulta ou atividade. Realizaremos uma distribuição de horário com os agentes comunitários de saúde e a dentista para consultas e reconsultas destinadas à saúde bucal de usuários do grupo hiperdia. Destinando segundo horário conveniado com a equipe de saúde.

Em cada atividade realizada dentro e fora da USF, a dentista terá seu espaço para orientações e informações apropriadas quanto saúde bucal; explicando as novas técnicas e tratamentos bucais. Dando a conhecer os horários de atenção aos usuários e a importância da conservação de uma higiene dental adequada preventiva de infecções, muito frequente hoje em dia.

Com a coordenação do gestor municipal e nutricionista do município, realizaremos atividades mensais. A nutricionista mediante uma atividade de educação em saúde que explicasse a importância que deve ter a cada família com usuários doentes. Estas atividades serão realizadas em salões das escolas para ter maior amplitude de espaço e conseguir que assistam uma grande quantidade de usuários, realizar exemplos de cardápios saudáveis demonstrativos para que os usuários aprendam a desenvolver opções de alimentação e conheçam a importância de cumprir a dieta.

Além disso, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas, de ter uma vida ativa sem sedentarismo, de uma boa alimentação e equilibrada para prevenir doenças crônicas como a Hipertensão e Diabetes. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Encontro 1 Temas: alimentação saudável, riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas, Responsável: médico e enfermeira.

Encontro 2 Temas: importância da realização da vacinação completa; o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário; Responsável: enfermeira.

Encontro 3 Temas: a importância da prevenção e detecção precoce da cárie dentária e dos principais problemas de saúde bucal Responsável: Dentista.

Encontro 4 Temas: orientação em relação à prática regular de atividade física, Responsável: medica e enfermeira.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.	x	x	x													
Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.	x	x	x													
Capacitar a equipe da unidade de saúde (profissionais habilitados) para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.		x	x	x												
Capacitação dos profissionais de saúde da USF sobre o protocolo tratamento de HAS e DM	x	x	x	x												
Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.	x	x	x	x												
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática com este grupo				x				x				x				x
Atendimento clínico de HAS e DM	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.		x	x													
Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos			x	x	x											
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x

### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção estava prevista inicialmente para acontecer em 16 semanas, entretanto, por orientação do curso devido às férias da médica responsável pela intervenção, a mesma foi encurtada para 12 semanas. Dessa forma, seguiu-se o cronograma planejado até o terceiro mês. As ações do projeto foram desenvolvidas e cumpridas integralmente. Inicialmente foi feita uma reunião com o gestor de saúde, para apresentação do projeto, onde o mesmo considerou que foi muito boa ideia, e apontou que podíamos contar com todo apoio que precisássemos. No decorrer do processo existiram alguns contratemplos, mas a ajuda foi bem recebida.

Foram realizadas reuniões de capacitação para a equipe. Na primeira semana da intervenção foi feita a primeira capacitação, com a apresentação do projeto de intervenção pronto, novas rotinas da UBS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Posteriormente foi realizada a capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, incluindo a ficha espelho e identificação dos sistemas de alertas, e a planilha de coleta de dados, assim como a apresentação do Caderno da Atenção Básica de atenção de Hipertensão e Diabetes, conduzida pela médica.

Na segunda reunião de capacitação feita na segunda semana da intervenção, conduzida pela enfermeira e médica, foi abordado o acolhimento de dos usuários, capacitação da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos (para os profissionais habilitados para realizar esta tarefa). Nesta reunião, a dentista capacitou a equipe sobre as necessidades de tratamento odontológico e sua importância para a prevenção de complicações da diabetes mellitus e de como oferecer orientações de higiene bucal.

A capacitação foi feita duramente as três primeiras semanas da intervenção e foi dividida em dois momentos. No primeiro momento, a enfermeira capacitou os ACS para a busca daqueles usuários que tenham abandonado o tratamento e de os que não estavam realizando acompanhamento nenhum para abordar a importância desse acompanhamento e tratamento contínuo e regular. O médico capacitou à recepção quanto aos agendamentos às consultas e visitas domiciliares para os usuários que não estavam em condições físicas e mentais de comparecer à UBS. O segundo momento foi entre os profissionais de ensino superior, para discutir o preenchimento de fichas espelho, capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo e tratamento de HAS e DM.

Dentro das facilidades na capacitação da equipe, tivemos a receptividade da equipe de saúde pelo projeto, com a disposição de participar e o interesse de aprender para oferecer melhor atenção. Como dificuldades, tivemos que não contamos com o tempo necessário para todas as atividades planejadas.

Foram realizadas reuniões abertas à comunidade, em contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática com este grupo. Esse espaço foi muito positivo, porque assim as informações foram difundidas. A comunidade achou muito boa a reunião.

Na segunda reunião foi avaliado o funcionamento do projeto. Falamos dos resultados dos indicadores das quatro primeiras semanas, solicitando a ajuda da população para melhorar a participação dos usuários, e assistência à consulta de odontologia, onde a dentista falou da importância do atendimento. Falamos ainda da importância de uma boa alimentação, realização dos exames laboratoriais em tempo certo, vacinação e o perigo que significas as vacinas em atraso. Os presentes relataram que houve um grande impacto e foi possível notar que o interesse da comunidade foi aumentando cada dia mais por ter um controle adequado de sua pressão arterial, já que se preocupam eles mesmos pelos seus agendamentos e comparecer para consultas com os exames prontos para ser avaliados. A comunidade reconhece o esforço da equipe.

O propósito da equipe foi alcançar 100% do cadastramento de todos os usuários com estas doenças, entretanto não conseguimos a meta completa para os hipertensos, mas alcançamos 100% de cobertura dos usuários com diabetes. Os agentes comunitários de saúde estão muito entusiasmados, porque foi muito bem aceita pela população a criação do grupo para que Hipertensos e Diabéticos e a



partir de agora os mesmos possuem um acompanhamento mais organizado. A ficha espelho foi implantada e tivemos que realizar busca ativa de alguns usuários faltosos, mas conseguiu-se o objetivo.

Realizamos encontros em grupo, nas semanas de intervenção, na sala de espera da UBS, nas escolas de cada micro área onde as atividades de educação em saúde foram dirigidas pela médica e dentista; contando com participação de toda a equipe e em algumas com o apoio do NASF. Abordamos os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas durante a importância da realização da vacinação completa; o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário, a primeira consulta odontológica, sendo que a dentista falou dos ganhos que podem ter os usuários; foram apresentadas as técnicas de escovação e quantas vezes por dia deviam ser feitas; bem como sobre a importância da prevenção e detecção precoce das cáries dentárias e dos principais problemas de saúde bucal na gestação, informando sobre as infecções resultantes de uma má higiene bucal. A enfermeira também falou sobre alimentação saudável.

O controle de estoque e vencimento de vacinas foi feito semanalmente, com pedidos quinzenais. Felizmente temos em nossa UBS uma sala só para vacinas, onde os pacientes podem ser imunizados seguindo o esquema correspondente.

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

Felizmente, todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas ao longo dos três meses de intervenção.

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

A coleta de dados na verificação das fichas espelho dos usuários com hipertensão e diabetes foi feita semanalmente, com fechamento da planilha de coletas de dados e cálculo dos indicadores, sem nenhuma dificuldade, já que a ferramenta é muito prática, com acesso rápido às informações. a falta de papelaria, computadores e tablete para coleta de dados, atrasava um pouco o preenchimento das informações más foi certo para finalizar o trabalho.

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

Mesmo com a finalização da intervenção, as ações já foram incorporadas à rotina de trabalho da UBS, funcionando de uma forma satisfatória. É necessário melhorar a questão de continuar com o cadastramento dos usuários e continuar com o acompanhamento dos mesmos. Além disso, é preciso reorganizar os serviços hospitalares para oferecer uma melhor atenção de algumas especialidades necessárias para o acompanhamento, como endocrinologia, angiologia e cardiologia que muitas vezes são necessárias para avaliar alguns casos que já possuem complicações.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN tem uma população para atendimento na sua área de abrangência de 2.773 pessoas. Nossa população é atendida em sua totalidade. Os usuários com mais de 20 anos residentes na área de saúde somam 1.859 pessoas, destes, temos 422 usuários com HAS e 147 usuários com DM. Esses são dados da USF, entretanto estima-se que exista um sub-registro no total de população, sendo assim nossa área de abrangência teria maior quantidade de população e conta ainda com muitos usuários que não tem atendimento na atenção básica de saúde, porque preferem a atenção privada. Este número tem crescido, já que, nos rastreamentos e atividades que estamos desenvolvendo com os grupos das micro áreas de saúde, estão sempre sendo incorporados novos usuários.

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN 2015.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.

A primeira das nossas metas foi a de cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, nesse caso, os 422 usuários diagnosticados com HAS. No primeiro mês conseguimos atender uma cobertura de 104 usuários com Hipertensão Arterial, que corresponde a 24,6%. No segundo mês, 286 usuários foram cadastrados (67,8%) e no terceiro e último mês de intervenção a equipe atendeu 393 usuários e alcançou 93,1% de cobertura (figura 1).

A expectativa da equipe foi sempre de atingir 100% de cobertura, mas ocorreram dificuldades no desenvolvimento da intervenção que prejudicou essa meta. Existe uma contínua mudança de pessoas que residem na área de abrangência, que trocam constantemente de domicílio, o que dificulta a possibilidade de acompanhamento contínuo do estado de saúde. Outros que não comparecem, pois não enxergam o papel da atenção básica no seu cuidado e preferem o atendimento no serviço privado.

A população já conhece a existência do programa e o acompanhamento contínuo que é oferecido na USF. Por isso, esperamos que, mesmo após o término da intervenção, pouco a pouco a gente consiga atinja a totalidade da cobertura.

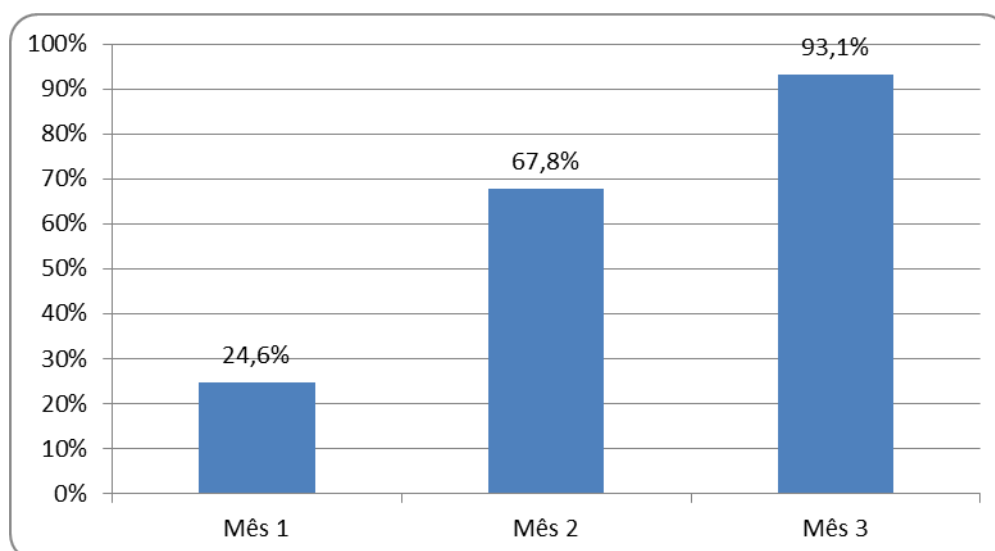


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção de Diabetes Mellitus da USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN 2015.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético.

No que se referem aos usuários com diabetes mellitus, a nossa meta era de 100% e consideramos que com esse grupo conseguimos alcançar, melhor adesão. No primeiro mês cadastramos 41 usuários, o que corresponde a uma cobertura de 29,5%; no segundo mês foram cadastrados 108 usuários, correspondendo a 77,7% e no terceiro mês, cadastramos 147 usuários, chegando ao final da intervenção com 100% de cobertura.

Essa meta foi atingida, pois os usuários com DM participaram mais das atividades e consultas, quando comparado aos usuários com hipertensão. Dessa forma, alcançou-se a totalidade dos usuários diagnosticados da USF.

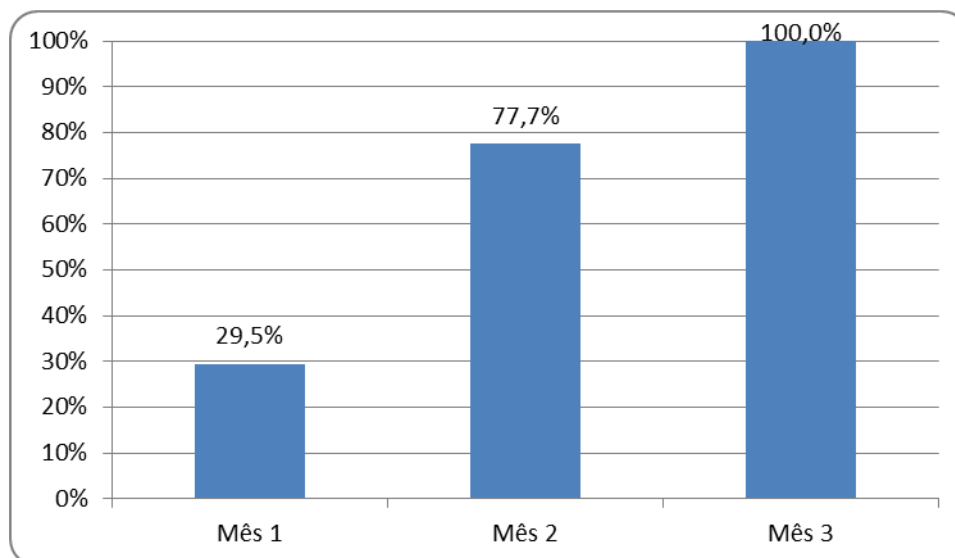


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN 2015-.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

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

Concluído o primeiro mês obtivemos 60 usuários com hipertensão, que corresponde a 57,7% com exames clínicos em dia, segundo o estipulado com o protocolo de atendimento. Para alcançar esse indicador, foram realizadas visitas domiciliares para aqueles que não conseguiam chegar até a USF, como os idosos acamados que mediante as ações feitas pelos agentes de saúde conseguimos identificá-los e chegar até os mesmos. Já no segundo mês, com ajuda das atividades de educação em saúde realizadas nas micro áreas, conseguimos atingir 236 usuários, que corresponde a 82,5%, o que já aumenta a diferença depois de iniciada a intervenção. Terminado o terceiro mês, conseguimos 321 usuários, com 81,7% do total (Figura 3).

Não conseguimos alcançar o total de 100% porque ainda não contamos com os implementos necessários para realizar um bom exame clínico como todo usuário necessita, não contamos com oftalmoscópio adequado, o esfignomanômetro tem necessidade de troca constantemente, dificultando o bom desenvolvimento diário do trabalho. Além disso, muitos exames foram feitos com ajuda da enfermeira.

Em parceria com a secretaria de saúde municipal, em muitas ocasiões encontrava-se a facilidade para nos emprestar e realizar as atividades, depois de terminado o equipamento era devolvido, por isso não se conseguiu realizar exaustivamente como está preconizado com o 100% dos usuários.

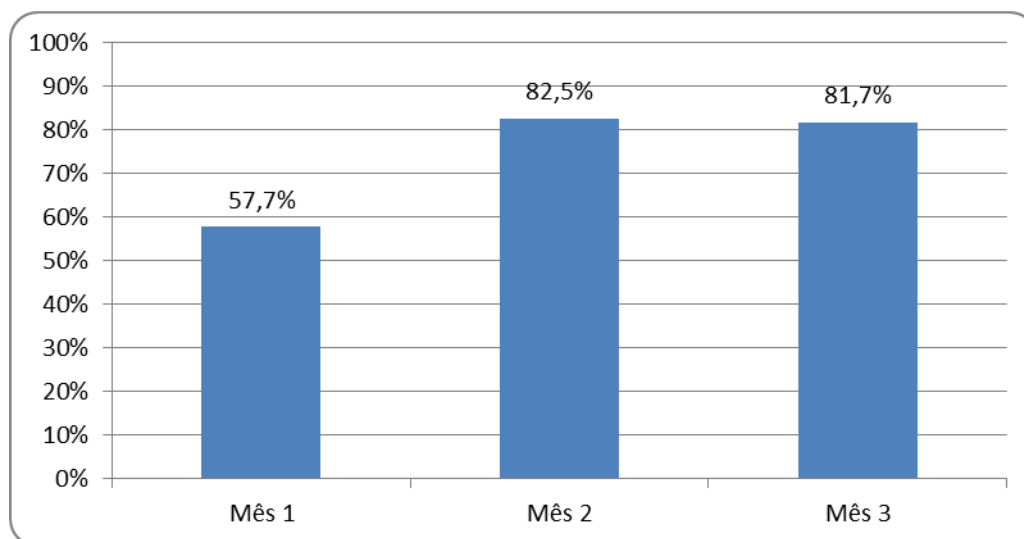


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015..

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

Na figura 4, é possível visualizar que no caso dos usuários com diabetes durante o primeiro mês chegou-se a realizar exames de acordo como protocolo em 29 usuários, o que corresponde a 70,7% do total. A quantidade de examinados aumentou no segundo mês, 96 usuários, com 88,9% do total. Ao final do terceiro mês, foram avaliados 126 usuários e obtivemos 88,4% do total. Quando identificados comprometimentos nos exames clínicos, temos dificuldades com o encaminhamento para o especialista endocrinologista para avaliar e acompanhar os usuários de

grande comprometimento e essa consulta pode demorar até meses para serem realizadas. Como precisam do agendamento no sistema de regulação para consultas, algumas vezes houve o atraso das avaliações por especialistas que já estavam solicitadas e não foram feitas.

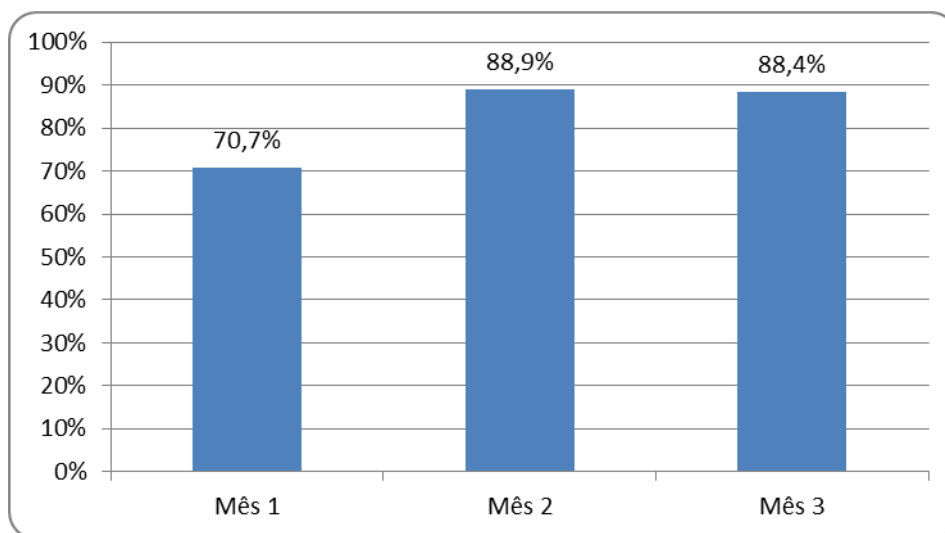


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante toda a intervenção uma de nossas prioridades também foi atualizar e dar prioridade para os usuários com estas doenças, as quais já estavam bem identificadas, mas como a USF passou muito tempo sem atendimento médico, os usuários não contavam com acompanhamento contínuo de suas doenças. Era comum o abandono de tratamentos e a descontinuidade de consultas. No transcurso do primeiro mês, os usuários não mostraram entender bem a importância da realização de exames laboratoriais. O fato que demonstra essa situação foi que no primeiro mês conseguimos 56 usuários com realização de exames complementares (53,8%) e, no segundo mês, já observamos um aumento significativo, com 283 usuários, correspondendo a 99% do total. Esse indicador foi alcançado, pois a secretaria municipal de saúde reorganizou os serviços de saúde no laboratório central; sendo a USF beneficiada de alguma forma, porque conseguimos realizar

coletas de exames em dois dias por semana e facilitou assim para os usuários que moram muito distante do laboratório municipal.

No terceiro mês alcançamos 367 usuários, (93,4%). Esse declínio pode ser explicado pela redução de vagas para realizar exames por semana, entretanto, aponta-se que o indicador encontrado ao final foi bastante positivo. (Figura 5)

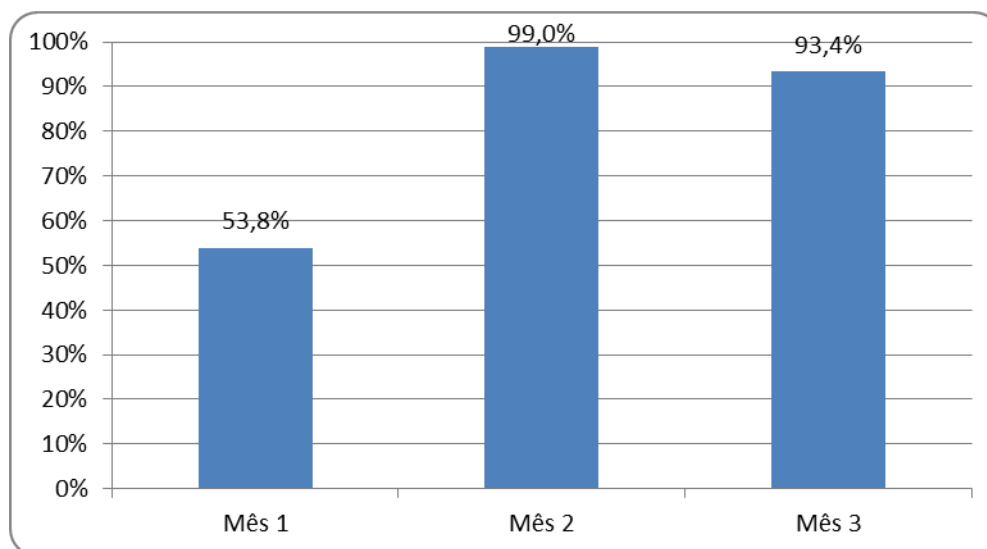


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

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

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

Com usuários com diabetes, o comportamento do indicador aconteceu de forma muito similar. Durante o primeiro mês, alcançou-se 28 usuários, o que corresponde a 68,3%; logo no segundo mês 107 usuários, elevou-se para 99,1%. Por dificuldades já relatadas e falta com alguns usuários, esse número diminuiu no terceiro mês para um 95,9% com 141 usuários.



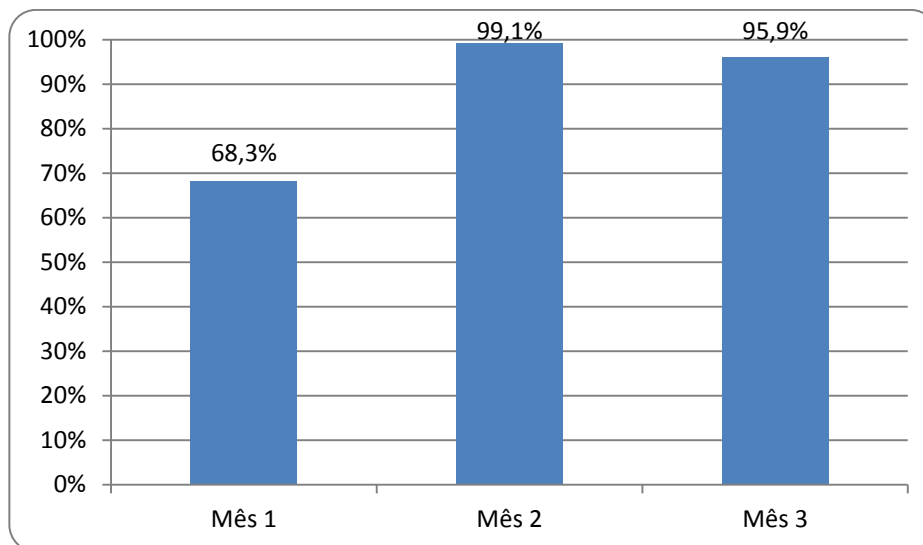


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular /hipertensão priorizada.

Na figura 7 observamos como encontra-se a utilização de medicamentos disponíveis nas farmácias populares para os usuários de atenção priorizada. No primeiro mês, 78 usuários (76,5%) utilizavam os medicamentos disponibilizados para seu acesso. Já no segundo mês, com as informações passadas para todos os usuários e a melhora da disponibilidade, aumentou o indicador para 90,7% (255 usuários assistidos) e no terceiro mês para 91,8%, com 326 usuários fazendo uso desses medicamentos. Ainda temos usuários que continuam com tratamentos de elevado custo que não estão disponibilizados nestas farmácias.

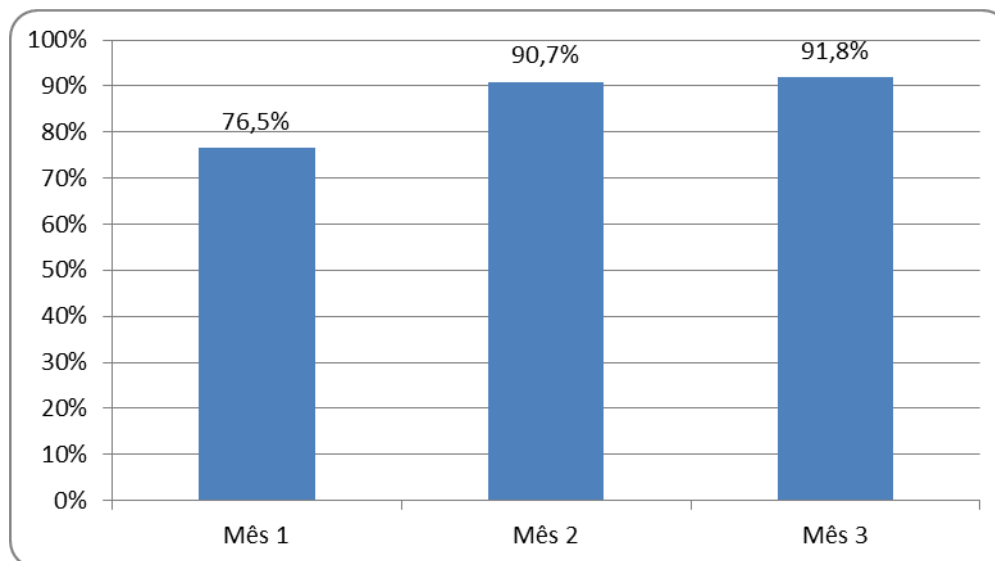


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular /hiperdia priorizada

Nos usuários com diabetes mellitus (figura 8) também não alcançamos o total de 100%. No primeiro mês 85%, 34 usuários estavam utilizando as medicações disponibilizadas pela farmácia popular. Esse número aumentou durante o segundo mês, com 95,2% e 100 usuários com esse uso. Ao final da intervenção, havia 125 usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular, que corresponde a 94,7%. O município apresentou a indisponibilidade de alguns medicamentos e isto aconteceu com muita frequência, o que força ao usuário a comprar o remédio fora e com custos elevados, quando o mesmo possui condições para isso.

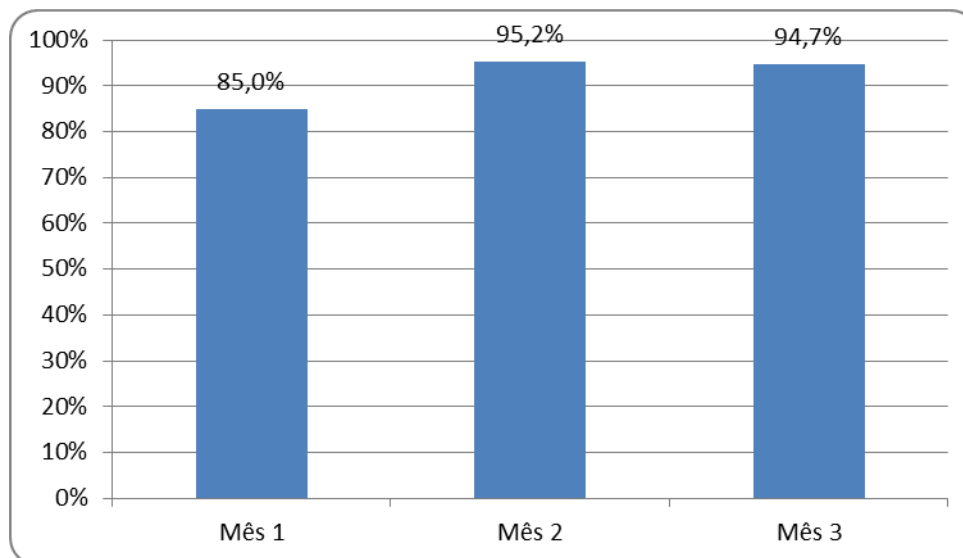


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante todo o processo de intervenção, a odontóloga participou com a motivação de reincorporar os usuários que não compareciam para as consultas odontológicas. A mesma realizou diferentes atividades de discussão de saúde com o tema de doenças correlacionadas como a hipertensão e diabetes, dando novamente a conhecer sua importância e abordava a questão da higiene bucal. No primeiro mês, atingimos 74 usuários (71,2%), já no segundo mês, a porcentagem aumentou para um 98,6% (com 282 usuários). Aproveitamos as atividades realizadas fora da USF certo para nossa avaliação. Apresentamos algumas dificuldades com alguns dos usuários pela deficiência de material para realizar a profilaxia dental e esse número decaiu no terceiro mês para 92,4% (363 usuários).

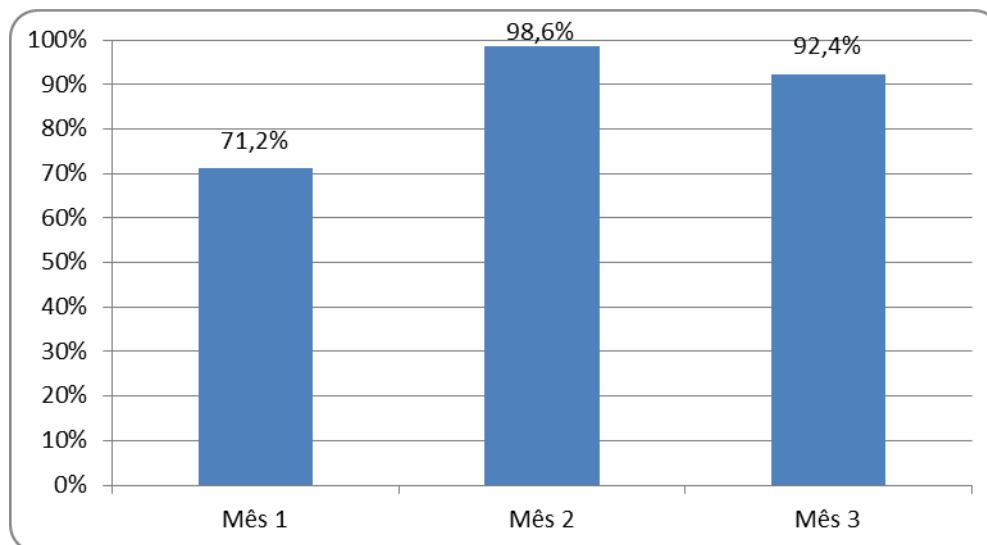


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

O comportamento dos usuários com diabetes (figura 10) apresentou-se durante a intervenção de forma semelhante aos usuários com hipertensão. Durante o primeiro mês, alcançamos 78%, com 32 usuários avaliados. Alguns, não gostam de passar por consulta odontológica e só de falar sobre o tema, sentem medo. Nas consultas, os mesmos foram orientados sobre a higiene e necessidade de conservação de todos os dentes para um melhor desenvolvimento da saúde. No segundo mês, atingimos uma cobertura de 107 usuários com avaliação para 99,1%; e no terceiro mês 147 para 95,9%. Foi de fundamental importância a participação dos agentes comunitários de saúde e da auxiliar de saúde bucal para o alcance desse indicador.

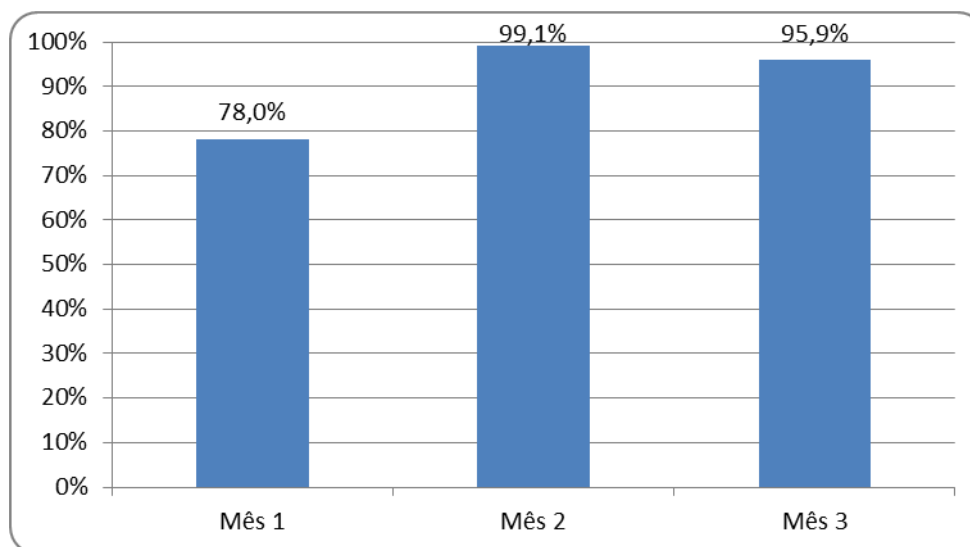


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

### Objetivo 3:

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

A equipe de saúde seguiu as atividades programadas, realizou busca ativa de alguns dos usuários que já se encontravam diagnosticados com hipertensão (figura 11), mas que não buscavam o tratamento e não realizavam um controle periódico da doença para prevenção de complicações. Alguns desses saíram da área de abrangência, alguns chegaram e outros não são atendidos na USF, pois preferem assistência privada. No primeiro mês se alcançou 88,6% com 62 usuários buscados; no segundo mês chegamos a 100%, com 108 usuários e, no terceiro mês com 163 usuários buscados (100%).

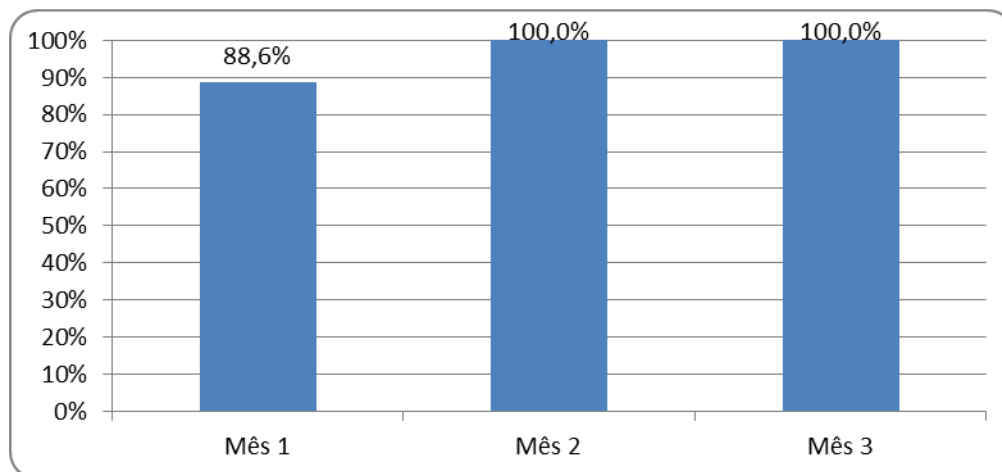


Figura 11 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

A equipe de saúde seguiu as atividades programadas, realizou busca ativa de alguns usuários que já se encontravam diagnosticados com diabetes (figura 11) e que não buscavam o tratamento e não realizavam um controle periódico da doença para prevenção de complicações, e conseguimos alcançar o 100% durante os três meses. No primeiro mês foram buscados 29 usuários (100%), no segundo mês, 37 usuários (100%) e no terceiro mês 64 usuários (100%).

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Na USF já existe um registro de controle, que é o prontuário clínico individual de cada usuário. Alguns, não têm a qualidade necessária para realizar um bom acompanhamento destes usuários, de forma que com a ajuda da ficha de coleta de dados e a ficha espelho conseguimos abarcar alguns dos dados necessários, para a realização de nossa intervenção e manter um melhor acompanhamento dos usuários. No primeiro mês, como mostra a figura 12, conseguimos o registro

adequado de 37 usuários (35,6%). No segundo mês o indicador melhorou e alcançamos o registro de 270 usuários (94,4%). Já no terceiro mês foi pouco menor devido falta de alguns dos materiais que são necessários, como a impressão das fichas, que alcançamos 337 usuários, que corresponde a 85,5%.

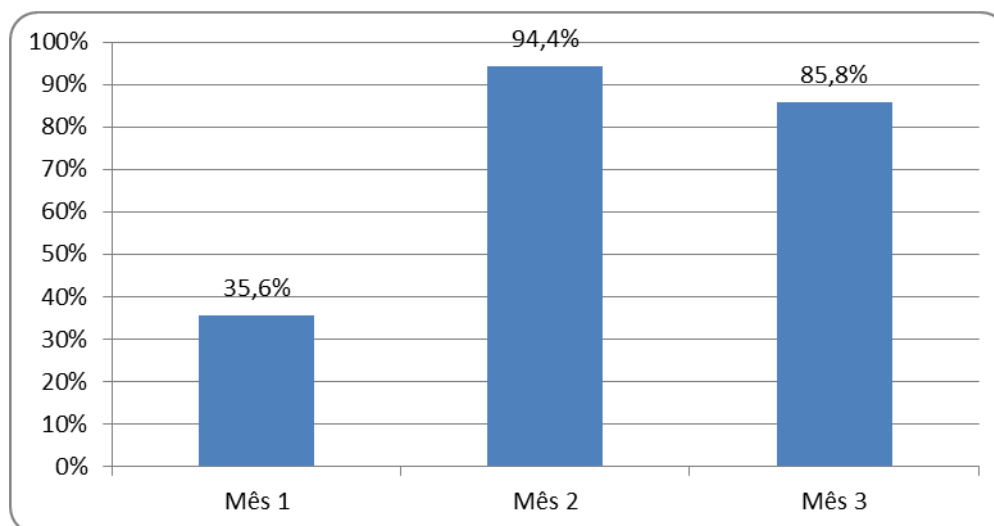


Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

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

No que se referem aos usuários com diabetes (figura 14), conseguimos ampliar um pouco mais o indicador. No primeiro mês conseguimos 22 usuários com a ficha de acompanhamento (53,7%), um pouco mais que com os hipertensos. No segundo mês ainda melhor, com 107 usuários (99,1%) e no terceiro mês com 138 usuários (93,3%).

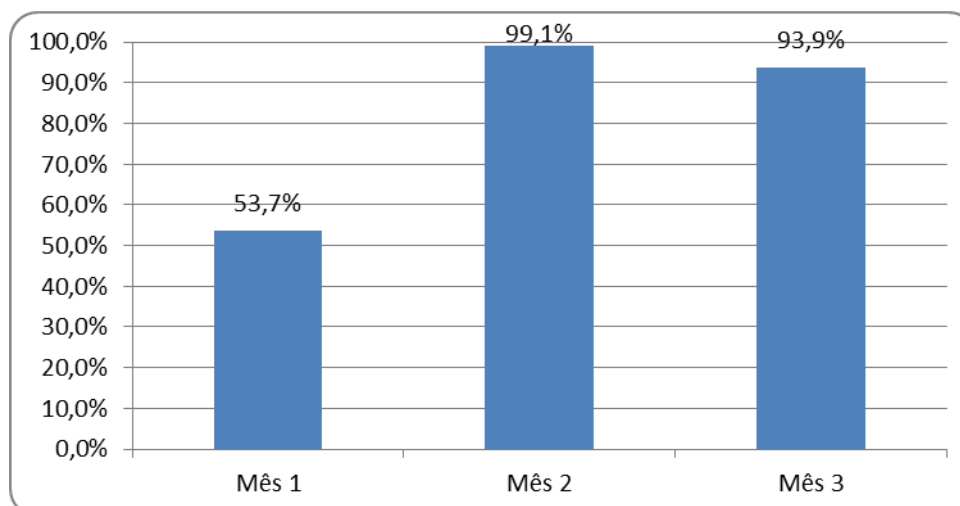


Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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 USF.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF.

Esta verificação foi realizada pela médica e enfermeira nas consultas agendadas para cada usuário. Foi realizada com dificuldades, pois em ocasiões os atendimentos foram feitos em locais como escolas ou outros equipamentos da comunidade, onde realizávamos as atividades de educação em saúde, dificultando assim a possibilidade de realizar os exames clínicos. Na figura 14 pode ser visualizado que no primeiro mês 40 usuários tiveram seu risco estratificado (38,5%). No segundo mês chegamos a avaliar 274 usuários (95,8%) melhorando para nosso propósito. Durante o terceiro mês, o resultado foi de 330 usuários (84%). Como não conseguimos alcançar a meta proposta, apontamos a necessidade de continuar periodicamente como o estabelecido.



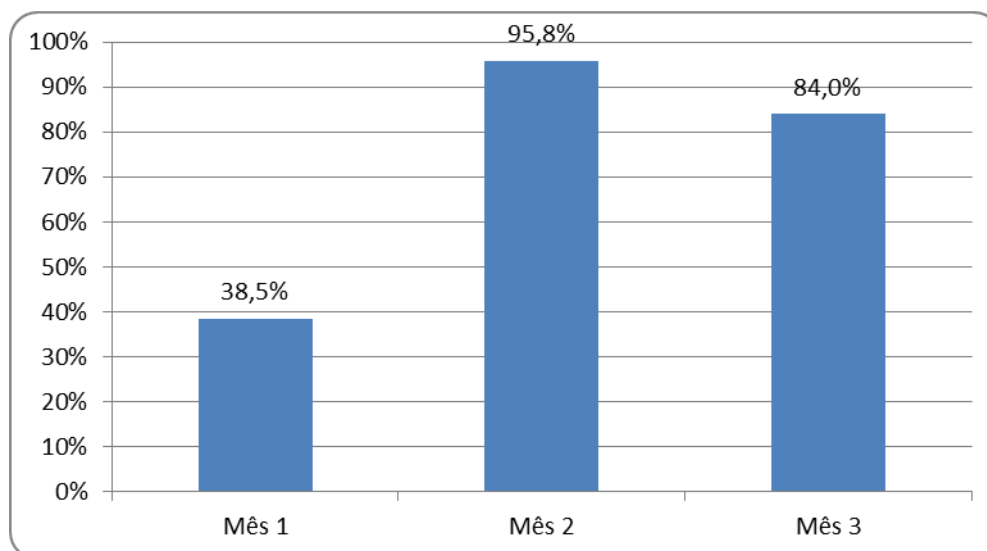


Figura 14 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015.

Com o trabalho realizado aos usuários com diabetes (figura 15) também foi realizada a estratificação de risco. No primeiro mês foram realizadas 21 estratificações nos usuários consultados (51,2%). No segundo mês, aumentamos para 105 usuários, com porcentagem de 97,2%. No terceiro mês alcançamos 131 usuários (89,1%). Explica-se isto assim porque foram realizadas algumas atividades fora da USF, em locais adaptados para as atividades tais como as escolas, não contamos com a privacidade necessária para o bom exame clínico.

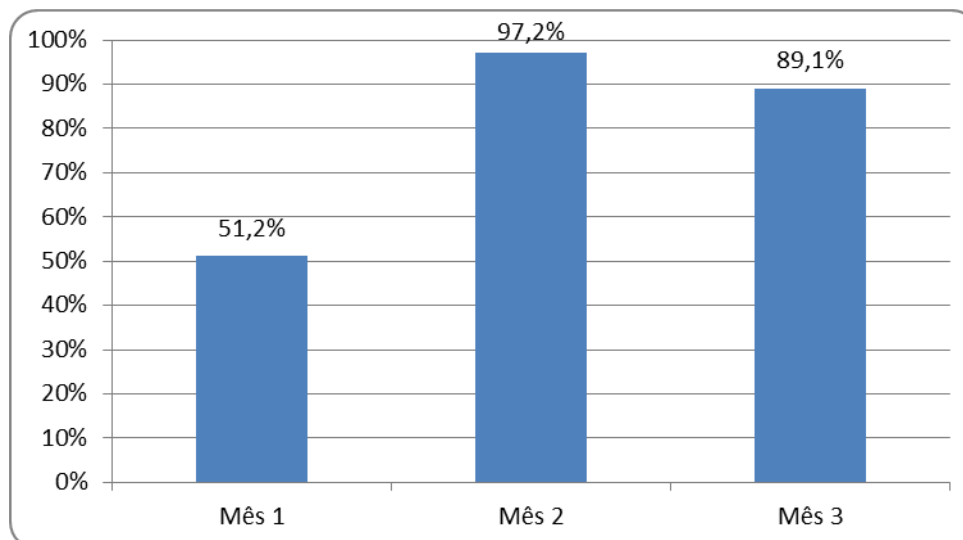


Figura 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

**Objetivo 6: Promover a saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos.**

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

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

Com um trabalho em equipe e a parceria com a nutricionista do NASF municipal, capacitamos os agentes comunitários de saúde para que durante o controle de as visitas domiciliares debatessem sobre o tema com cada membro da família visitada. Nos atendimentos realizados no primeiro mês, orientamos 96 usuários (92,3%). No segundo mês, receberam orientação sobre nutrição 286 usuários com hipertensão (100%) e no terceiro mês chegou 393 usuários orientados, que corresponde a 100% (figura 16).

As atividades foram diversificadas, em consulta, durante as diferentes atividades de educação em saúde realizadas nas escolas da comunidade; sempre o tema principal foi a alimentação com seus benefícios para a saúde da pessoa. Como as ações aconteceram em diferentes cenários a participação em ocasiões foi limitada, por isso não conseguimos alcançar a todos com essas orientações.

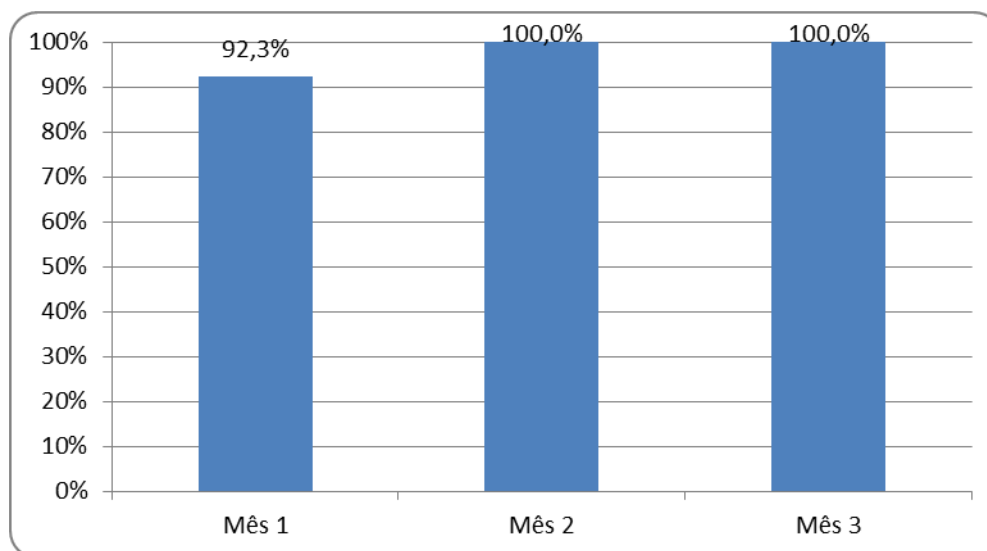


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN. 2015

Como já foi explicado, em parceria com a nutricionista e cooperação de todos os integrantes da equipe de saúde em cada uma das atividades realizadas de educação em saúde foi muito abordado o tema sobre a alimentação com usuários portadores da doença. Na figura 17 encontramos que durante o trabalho do primeiro mês alcançou-se 39 usuários orientados (95,1%), no segundo chegamos à meta de 100% com usuários orientados e no terceiro mês ficamos com 147 usuários orientados (100%).

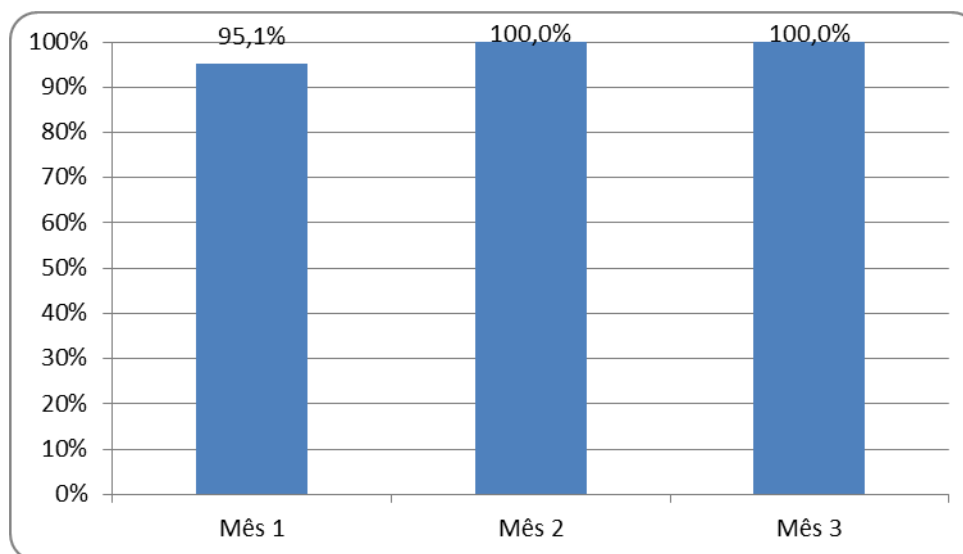


Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

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

Em cada uma das atividades, visitas domiciliares e consultas realizadas sempre se orientaram que os usuários participassem da prática de atividade física para melhoria e conservação da saúde. Sempre com orientação de nosso educador físico, os usuários foram orientados de forma satisfatória. Na figura 18 pode ser visualizado que no primeiro mês foram orientados 103 usuários (99%), no segundo mês, 286 usuários (100%) e no terceiro mês a meta foi alcançada com a orientação de 393 usuários (100%).

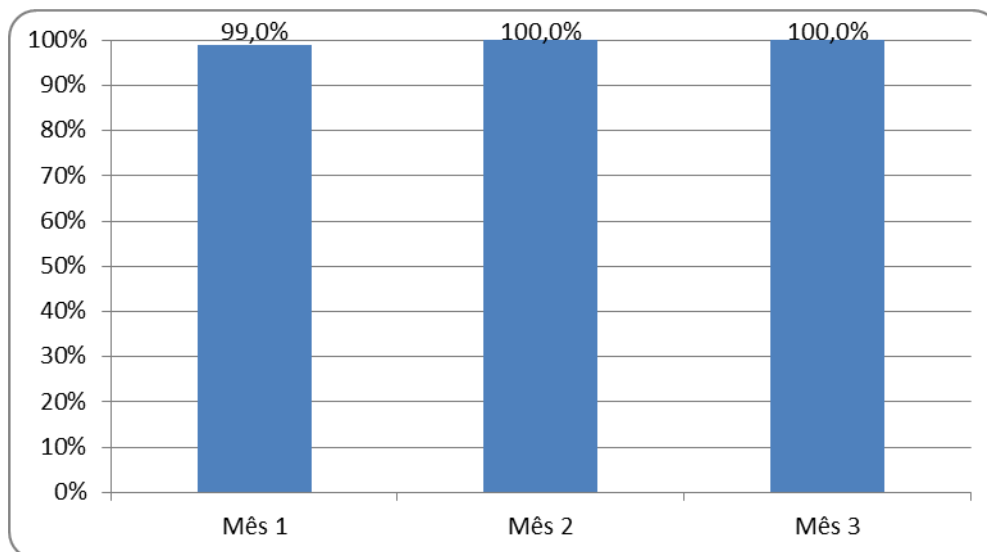


Figura 18 Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular diária na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

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

Não é meramente importante cumprir o tratamento medicamentoso, o usuário com diabetes deve ter uma vida muito equilibrada e a equipe encontra-se trabalhando para diminuir toda probabilidade de risco. Os mesmos também necessitam ter uma vida cheia de atividades, sempre e quando a condição física o permita, já que temos alguns usuários com limitações que não permitem a realização de exercícios. No primeiro mês 41 usuários foram orientados (100%). No segundo mês, 108 usuários foram orientados (100%), no terceiro mês a meta foi atingida, com 147 usuários orientados (100%) .

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

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Toda a equipe trabalhou diariamente com os temas de promoção e prevenção para a saúde, ainda mais quando se trata de uma doença crônica como a hipertensão. O tabagismo é uma das drogas permitidas, mas são muito prejudiciais para a saúde. As orientações foram feitas, mas nem toda a população consegue

abandonar o hábito do fumo. No primeiro mês, foram orientados um 99%, no segundo mês alcançamos 99,7% e no terceiro mês, 393 usuários 100%. (figura 19).

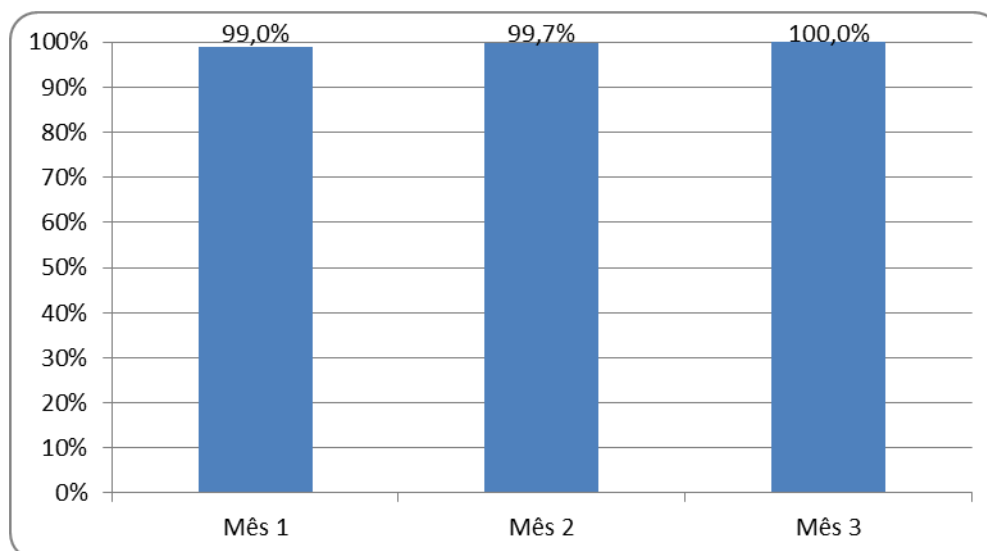


Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na USF Lagoa do Mato, Monte Alegre/RN, 2015.

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

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

A informação necessária para os usuários com diabetes sobre os riscos de tabagismo foram passadas com boa aceitação na população. No primeiro mês 41 usuários foram orientados (100%). No segundo mês, 108 usuários foram orientados (100%) e no terceiro mês 147 usuários, alcançando um total de 100%.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Conforme planejado, durante as consultas conforme programado foi repassada a informação necessária para os usuários com hipertensão. No primeiro mês 104 usuários foram orientados (100%). No segundo mês, 286 usuários foram orientados (100%) e no terceiro mês 393 usuários (100%).

Meta 6.9: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.9: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Os usuários com diabetes também receberam orientação para higiene bucal e alcançamos a meta prevista. Alguns usuários queixaram-se do pouco acesso para uma consulta odontológica e por conta da necessidade de trabalhar para o sustento da família não vão para consulta caso não estejam apresentando alguma doença. No primeiro mês, 41 usuários foram orientados (100%). No segundo mês, 108 usuários foram orientados (100%) e no terceiro mês 147 usuários, alcançando um total de 100%.

## **4.2 Discussão**

Em minha unidade básica de saúde, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Apesar de não atingir a meta proposta inicial, a equipe está contente pela aceitação dos usuários e participação nas consultas. Temos muitos usuários que ainda não integraram-se para fazer parte do grupo em acompanhamento, por isso continuaremos o trabalho para alcançar nossa meta. Não conseguimos realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, porque ainda não contamos com os materiais necessários para realizar um bom exame clínico como todo usuário necessita, necessitamos de um oftalmoscópio, um bom aparelho diferenciado para verificar em usuários de peso normal e obesos; o qual não está disponível de momento.

A melhoria dos registros foi alcançada, pois a documentação existente não atingia os parâmetros necessários para um bom acompanhamento destes usuários, muitos prontuários clínicos não apresentavam as informações básicas para a qualificação da atenção. Podemos destacar também a ampliação do exame dos pés dos usuários com diabetes, já que muitos nunca foram examinados e para a classificação de risco de ambos os grupos..

O trabalho em equipe foi reforçado, que uma consequência muito satisfatória da intervenção, pois todos se sentiram responsáveis em contribuir para o sucesso dos registros, cientes de que isso refletia na qualidade da atenção prestada.

Antes da intervenção, a maior quantidade das atividades era limitada às enfermeiras e médico, ressaltando que a USF passou muito tempo sem médico e apenas com o trabalho da enfermeira, que não conseguia dar a cobertura necessária. Com a intervenção, foram avaliadas as funções da equipe, as ações foram desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde. As atividades foram promovidas em trabalho integrado da médica, enfermeira, dentista, auxiliar de odontologia, técnico de enfermagem, recepcionista e ACS (Agentes Comunitários de saúde). Além disso, uma equipe capacitada foi um fator fundamental para essa a intervenção e é uma exigência da Estratégia de Saúde da Família, para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, e monitoramento das ações, metas, objetivos, e indicadores, propostos para o acompanhamento e tratamento de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O serviço ganhou qualidade e eficiência, pois o monitoramento mais organizado e exposto de forma esquematizada viabilizou a realização das ações em tempo oportuno. A organização das informações pôde ser notada, o que facilitou o acompanhamento e bom andamento do serviço.

Uma maior segurança por parte dos usuários também foi percebido, pois os mesmos notaram uma maior presença dos profissionais em seu acompanhamento, incentivando a realização de algum exame, convocando para a consulta do mês/semana, lembrando sobre a vacinação, fortalecendo o elo de confiança com o serviço prestado e com os profissionais...

Os hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, para o que foi reorganizado o serviço na USF, pois precisam de maior divulgação e esclarecimento sobre as ações desenvolvidas nos programas de atenção. Toda semana temos realizado uma atividade como essa para a atenção dos usuários com hipertensão e diabetes. O monitoramento eficaz evita agravos, mau acompanhamento, insatisfação com o serviço oferecido e gera aumento da confiança na atenção prestada. A comunidade se sentiu parte do processo, no incentivo ao comparecimento para as consultas, na cobrança para realização de algum exame, e isso foi um ganho para a equipe e para a Estratégia Saúde da Família.



Se a intervenção fosse ser iniciada neste momento, seria de grande importância a intervenção ser levada à comunidade com mais facilidade. Procuraria uma maior participação, e interação dos familiares do grupo alvo estudado, principalmente por parte dos companheiros. Implementar reuniões na comunidade, para levar uma maior divulgação das ações de monitoramento e sua importância para todos.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinham sendo desenvolvidas com a equipe. Também faltou uma melhor articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

A incorporação da intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde já é uma realidade, para atenção do usuário hipertenso e diabético, já trabalhamos com este grupo. Avaliamos que; por exemplo, se tivéssemos tabletes para os ACS, eles poderiam, ainda durante a visita, preencher a tabela, colocando informações sobre imunização, frequência nas consultas etc., otimizando o serviço. Mais computadores na unidade, nos consultórios, para esse registro em tempo real, e monitoramento durante a consulta, para orientar melhor os usuários e para um melhor controle da qualidade da atenção prestada. A implantação do prontuário eletrônico também seria algo que ajudaria muito para a incorporação de nosso instrumento à rotina.

É importante, também, que a gestão veja, com esse trabalho, que há necessidades que precisam ser sanadas com certa urgência, e que há deficiências na prestação do serviço que comprometem a qualidade da atenção, mas que fogem a responsabilidade dos profissionais. Podemos citar a falta na oferta de alguns exames, medicamentos, insumos, transporte, dentre outros. etc. Logo, esse diálogo com a gestão se faz necessário para que possamos sanar as maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais diante de comunidades como a nossa, com um

grande número de pessoas com baixa condição econômica, com dificuldades em realizar exames solicitados. Isso deve ser visto e ações devem ser planejadas e executadas, para que uma nova avaliação seja feita e possamos ver a saúde funcionar como queremos e como deve ser.

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

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde 05 – Lagoa do Mato. A população da área adstrita é de 2.773, e a intervenção foi compreendida entre os meses de abril e junho de 2015.

Para o registro dos usuários no Programa de HAS e DM utilizamos a ficha espelho disponibilizada pela universidade para coleta dos dados e preenchemos, durante as consultas e atendimentos domiciliares. Essas fichas eram revisadas uma vez por semana, para complementação dos mesmos. Em seguida, os dados eram passados para uma planilha eletrônica e, com base nesses dados, toda a intervenção era acompanhada. Os usuários faltosos foram buscados e puderam ser percebidas melhorias quanto a maior frequência nas consultas, maior procura para o atendimento odontológico e ao serviço de imunização e acompanhamento em consultas em tempo oportuno. A intervenção também proporcionou uma ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção, uma vez que a monitorização eletrônica dos dados ajudou a evitar faltas no cumprimento de ações essenciais preconizadas nos protocolos ministeriais dos referidos programas, pois a exposição organizada em tabela de todos os dados referentes ao acompanhamento das rotinas de nossos usuários facilitou a visualização do que havia sido realizado e do ainda faltava, evitando, assim, que algo passasse despercebido pelos profissionais. Além disso, melhorias dos registros também foram alcançadas. O trabalho em equipe foi reforçado, uma consequência bem sucedida da intervenção, pois todos se sentiram responsáveis em contribuir para o sucesso dos registros, cientes de que isso refletiria na qualidade da atenção prestada.

Para a melhoria da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus, estabeleceu-se a meta de alcançar 100% de usuários cadastrados no

programa. Ao final da intervenção alcançou-se 93,1% dos usuários com hipertensão (393) e 100 % de usuários com diabetes (147). Nos três meses, foram cadastrados 393 hipertensos e 147 diabéticos. Assim, ao final da intervenção não tivemos a meta do de 100% superada, mas continuamos o trabalho para reforçar o acompanhamento de este grupo.

O monitoramento eficaz evita agravos, mau acompanhamento, insatisfação com o serviço oferecido e gera aumento da confiança na atenção prestada, e a comunidade se sentiu parte do processo, no incentivo ao comparecimento para as consultas, na cobrança para realização de algum exame, e isso foi um ganho para a equipe e para a Estratégia Saúde da Família.

A incorporação da intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde já é uma realidade, mas avaliamos que a implantação do prontuário eletrônico também ajudaria muito para a incorporação de nosso instrumento à rotina. Necessitamos de um maior número de computadores para melhorar o uso dos dados.

Ao longo da intervenção a gestão mostrou-se preocupada e colaborativa na realização da intervenção. Por isso, diante dos resultados positivos alcançados, avaliamos como fundamental que a gestão possa aperfeiçoar algumas das deficiências na prestação do serviço que comprometem a qualidade da atenção, mas que fogem a responsabilidade dos profissionais, como por exemplo, a falta na oferta de alguns exames, medicamentos, insumos, transporte etc., para viabilizar uma boa cobertura e atenção. Logo, esse diálogo com a gestão se faz necessário para que possamos sanar as maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais diante de comunidades como a nossa, com um grande número de pessoas com baixa condição econômica, com dificuldades em realizar exames solicitados.

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

Durante os meses de abril a junho de 2015 foi realizado o trabalho de intervenção com os usuários do Bairro de Lagoa do Mato, Monte Alegre-RN, com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade dos atendimentos por meio de um monitoramento mais fortalecido.

O monitoramento foi feito por meio do registro de todos os usuários com as doenças, onde colocamos informações sobre o acompanhamento, como exames, atendimento odontológico, médico e de enfermagem, exame hemoglico teste e vacinas. O acompanhamento adequado dos usuários foi realizado, com avaliação da saúde do corpo e mente se disponibilizamos de exames importantes nesse período, além disso, disponibilizamos exames importantes nesse período e tivemos um maior controle dos atendimentos oferecidos a cada um, evitando que houvesse a falta de alguma ação importante para a saúde.

Além do atendimento clínico aos Hipertensos e Diabéticos, foram realizados encontros nas diferentes micro áreas, por mês, e na sala de espera da UBS. No primeiro encontro falamos sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool; a importância da realização da vacinação completa; o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. No segundo encontro decidimos falar sobre os problemas que mais estavam nos afetando, que é a primeira consulta odontológica, sendo que a dentista falou dos ganhos de uma escovação adequada e quantas vezes por dia deviam ser feitas. No terceiro encontro falamos sobre a importância da prevenção e detecção precoce das cáries dentárias e dos principais problemas de saúde bucal. A enfermeira também falou sobre alimentação saudável.

Os dados do acompanhamento foram coletados durante as consultas e visitas, e registrados primeiramente em uma ficha específica, com identificação de cada uma, e depois colocadas em uma tabela no computador. O objetivo era ampliar

a Melhoria da atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus, com a meta proposta de 100% de usuários cadastrados no programa foi de, no primeiro mês, 24,6% total de hipertensos; 27,9% com diabetes. No segundo mês, 67,8% foram cadastrados com hipertensão e 73,5% com diabetes. No terceiro mês da intervenção possuíamos um 93,1% de hipertensos e 100 % de diabéticos. Nos três meses, foram cadastrados 393 hipertensos e 147 diabéticos. Com essas informações bem visíveis, nós pudemos ver quem estava em falta com algum serviço (consulta, vacinas, exames etc.) e conseguíamos resolver a falta em tempo oportuno, preservando, assim, a igualdade do cuidado e a qualidade, evitando riscos e ajudando a evitar possíveis complicações à saúde.

Para a realização deste propósito, nós contamos com a ajuda dos moradores do bairro, que são pessoas direta ou indiretamente interessadas no sucesso desse tipo de trabalho; primeiramente com a paciência durante a coleta dos dados, pois isso gera uma consulta mais demorada, e mais espera para o próximo atendimento, e depois nos ajudando por meio de alertas à equipe, sobre usuários com sintomas ou signo aparente sem realizar consultas, reforçando com a comunidade da importância de seguir bem as orientações dadas pelos profissionais e de comparecerem às consultas.

Ao final da intervenção, em três meses, conseguimos realizar o atendimento de 393 usuários com hipertensão, que corresponde a 93,1% do total, e a 147 usuários com diabetes, que corresponde a 100% do total. Além disso, pudemos ver melhoras importantes no acompanhamento, que reduzem, em curto e longo espaço de tempo, complicações resultantes de falta de alguma assistência os usuários, atendimento odontológico, e vacinas. Além disso, aumentamos o número de visitas domiciliares em tempo oportuno, com um maior comprometimento dos usuários para comparecer nas consultas de acompanhamento.

A incorporação da intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde já é uma realidade. Agradecemos a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela USF e destacamos que um maior comprometimento por parte dos moradores também tem que ser incentivado, para que seja cada vez melhor a atenção oferecida na unidade.

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

O curso é muito diferente e interessante, quando comparado ao processo de aprendizagem no nosso país de origem. O curso possui uma estrutura e permite a aprendizagem em horário livre na internet, dando a capacidade de interagir com nossos professores orientadores e colegas do curso, além disso, as informações são claras, as referências bibliográficas de estudo estão disponíveis, os vídeos nos guiam de como fazer as atividades solicitadas. É um curso muito programado e detalhado. A barreira foi o idioma, que tem algumas semelhanças, mas é bem diferente. A gramática portuguesa é bem mais complexa, por isso o papel do orientador é importante, além de sanar numerosas dificuldades durante o trajeto da intervenção.

Tentei ao máximo aproveitar as experiências e conhecimentos que puderam ser adquiridos durante o curso para assim poder contribuir com a melhoria na qualidade da atenção médica no ambiente onde me encontro trabalhando.

Inicialmente foi estressante, e ainda esta sendo, pois ficava distante do modelo costumado de ser trabalhado em Cuba, além do já relatado obstáculo do idioma, mas estas barreiras foram um pouco vencidas graças à organização, trabalho da equipe pedagógica e a organização da equipe de trabalho da USF. Com todas as ferramentas nas mãos para a coleta de dados do grupo alvo, seguindo um cronograma estabelecido e dando cumprimento a ele, se iniciou a coleta de informações de usuários hipertensos e diabéticos, com um trabalho intenso e entrosado de toda a equipe, ante a uma comunidade com uma população muito complexa, com baixo nível cultural, com costumes difíceis de mudar, déficit de tempo para os atendimentos, por conta da extensa demanda espontânea no início do meu

trabalho e, sem descuidar a atenção à população em sentido geral, mesmo assim foi possível uma boa qualidade nos atendimentos, para os hipertensos e diabéticos.

O curso dá a oportunidade de estar muito mais preparado cientificamente, com uma qualificação para atuar de forma mais segura e produtiva na Atenção Básica, o trabalho em equipe, a organização do trabalho, a qualidade na preparação da equipe da USF ajudando a prestar uma saúde de qualidade, com prevenção de agravos e melhora da qualidade de vida dos usuários.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240780&search=rio-grande-do-norte|monte-alegre>. Acesso em: nov. 2014.

BRASIL. Revista Brasileira de Hipertensão. Volume 21/numero2/2014  
<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014  
<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês					
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista da Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês					
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				



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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da USF:

Endereço de e-mail do orientador:

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

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante