

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Morada do Sol, Canabarro, Teutônia/RS**

**Yudiennys Acosta Pupo**

**Pelotas, 2015**

**Yudiennys Acosta Pupo**

**Melhoria da Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Morada do Sol, Canabarro, Teutônia/RS**

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

Orientador: Nívea Maria Silveira de Almeida.

Co-orientadora: Tatyara Feitosa Sampaio

**Pelotas, 2015**

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P984m Pupo, Yudiennys Acosta

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Morada do Sol, Canabarro, Teutônia/RS / Yudiennys Acosta Pupo; Nívea Maria Silveira de Almeida, orientador(a); Tatyara Feitosa Sampaio, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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. Almeida, Nívea Maria Silveira de, orient. II. Sampaio, Tatyara Feitosa, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*A minha família que sempre ficou perto de mim ainda estando longe, aos meus colegas de trabalho que fizeram possível a realização deste trabalho.*

## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente a minha orientadora que dedicou parte de seu tempo para garantir a realização deste trabalho.

## Resumo

Acosta Pupo, Yudiennys. **Melhoria da Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Morada do Sol, Canabarro, Teutônia/RS.** Ano. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano. 2015.

O projeto de intervenção foi realizado porque a situação com o atendimento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis na unidade de saúde estava bem difícil. No começo da intervenção o índice de cobertura da área era de 31% de usuários com Hipertensão Arterial e 23% de usuários com Diabetes Mellitus, o que quer dizer que a cobertura era muito baixa para a população total. Por isto o nosso projeto teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o trabalho apresentado trata de uma intervenção que foi desenvolvida nos meses de fevereiro, março e abril de 2015 (12 semanas), onde participaram os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Na área de abrangência temos 782 usuários hipertensos e 224 usuários diabéticos, entretanto a intervenção conseguiu o atendimento de 246 hipertensos e 51 diabéticos, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 31,5% de atendimento dos usuários hipertensos e 22,8% dos usuários diabéticos, apesar de não alcançar o cumprimento da meta desejada o trabalho foi encaminhado e com continuidade nos próximos meses. Com a intervenção melhorou a realização de exame clínico apropriado em um 98,8% dos hipertensos e 98% dos diabéticos. Quando analisamos a proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo temos que ao final da intervenção foi alcançado o 99,2% no caso dos hipertensos e 100% nos diabéticos. Foi alcançado no final da intervenção o 100% dos hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa foram alcançados 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, mesmo assim aconteceu com os usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento, na realização de estratificação de risco cardiovascular, a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, onde foram alcançados resultados satisfatórios. Os resultados da intervenção foram importantes para a comunidade, a equipe e para a unidade de saúde em geral: com a intervenção logramos a ampliação da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde, melhorou a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos com a realização de exame clínico apropriado e exames complementares periodicamente, melhorou a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia, aumentou a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, priorizou a busca ativa de pacientes faltosos às consultas médicas, melhorou o registro adequado nas fichas de atendimento e com isto a realização de estratificação de risco cardiovascular com a realização de mapeamento dos pacientes com risco para apresentar doença cardiovascular, foram organizadas palestras na comunidade periodicamente sobre orientação nutricional, sobre prática regular de atividade física, sobre fatores de risco para o desenvolvimento de

doenças crônicas não transmissíveis, sobre riscos do tabagismo e orientações sobre importância de manter uma boa higiene bucal.

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

## Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .....	51
Figura 2: Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde .....	51
Figura 3: Gráfico 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo .....	53
Figura 4: Gráfico 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.....	53
Figura 5: Gráfico 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo o protocolo.....	54
Figura 6: Gráfico 6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada .....	56
Figura 7: Gráfico 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	57
Figura 8: Gráfico 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	57



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

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CAPS -	Centro de Apoio Psicossocial
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAMI -	Programa de Atenção Materno Infantil
PIM -	Primeira Infância Melhor
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
2 Análise Estratégica .....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações .....	28
2.3.2 Indicadores .....	31
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão.....	63
5 Relatório da intervenção para gestores .....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências .....	74
Anexos .....	76

## **Apresentação**

O volume trata de uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde no bairro Canabarro, município Teutônia, Rio Grande do Sul. Na mesma foi realizado o projeto com o objetivo de melhorar a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pela situação que tinha o atendimento destes usuários na UBS. Tendo em conta a estruturação do volume, vamos encontrar nele a Análise Situacional: onde é feita uma descrição de toda a unidade de saúde, a localização dela, sua estruturação, os serviços que podem ter acesso toda a comunidade, a população total da área de abrangência; Análise Estratégica: onde é feita uma descrição e a justificativa da escolha da ação programática para a realização da intervenção, pela importância de melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade de saúde; Relatório da Intervenção: é feito o relatório da intervenção desde o começo até o final das 12 semanas do projeto, com os objetivos e ações desenvolvidas para garantir a realização da intervenção e a incorporação de toda a equipe no trabalho; Avaliação da Intervenção: depois de terminado o tempo da intervenção foi avaliado os resultados alcançados e a importâncias deles para a população em geral e como foi possível melhorar o trabalho em equipe e a situação do atendimento na UBS; Relatório da Intervenção para os Gestores: logo após terminada a intervenção na unidade de saúde foi realizado o relatório para ser apresentado para os gestores do município, onde foram expostos todos os resultados alcançados e a importância da continuidade das ações no trabalho diário; Relatório da Intervenção para a Comunidade: onde foi realizado o relatório para ser apresentado para toda a comunidade pela equipe de saúde, para que todos soubessem do trabalho realizado e a importância do mesmo para melhorar o atendimento na UBS e Reflexão Crítica sobre o Processo pessoal de Aprendizagem:

onde é feito o resumo de todo o aprendizado durante a realização da especialização e a importância da mesma para o trabalho no Brasil

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho no posto de saúde 2, Morada do Sol, do município Teutônia, Rio Grande do Sul, temos uma população de 3500 habitantes onde a maioria tem origem de alemães, mas agora as agentes de saúde estão fazendo o novo cadastro para o sistema novo digitalizado que vá a começar agora. Em nosso posto trabalhamos uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes de saúde, a secretária, a farmacêutica e eu como a médica. Temos o horário de atendimento de 7: 30 a 11: 30 da manhã e de 1: 30 a 5: 30 da tarde.

A Unidade Básica de Saúde tem uma boa organização para fazer o trabalho de atenção aos usuários o melhor possível, isso pode ser feito porque temos as principais coisas para a atenção primária no posto, como são: a sala de vacinas, a sala de observação, de curativos, de atendimento da enfermeira e do médico, de saúde da mulher, e também temos a farmácia no posto, onde os usuários podem ter a medicação no momento e começar a fazer o tratamento. Isso é muito importante porque temos usuários que não podem comprar os medicamentos nas farmácias populares porque não tem o dinheiro necessário para ter acesso a elas, mas no posto tem pelo menos os principais medicamentos para garantir a saúde e melhorar das principais doenças que temos todos os dias.

Até agora o atendimento á população é constante e todos os dias, pelo momento temos consultas de 30 a 34 usuários mais o menos ao dia para atendimento médico, mais o menos de 12 a 14 por turno de trabalho, nos dois horários de atendimento eles podem ter atenção medica na UBS, também temos as consultas das gestantes sempre nas terças-feiras de tarde, que são 29. Na área de saúde onde eu trabalho temos uma escola, ela tem estudantes de 5 a 14 anos de idade.

As pessoas que necessitam de um atendimento de maior complexidade são encaminhadas para o hospital que temos no município ou para o município mais perto que tem algumas outras especialidades se o paciente precisar. O tema das gestantes é outro que temos que trabalhar muito aqui no Brasil porque é muito o nível de gestação nas adolescentes e as cesáreas, mas é por isso que temos que fazer muitas palestras sobre o tema da gestação e as complicações de uma cesárea em mulheres que podem ter o bebê por o parto normal que é o fisiológico. Até agora o fluxo das pessoas ao posto é muito e constante, mas no momento nos tratamos de fazer as coisas o melhor possível para evitar encaminhamentos não necessários, e fazer tudo o que pode ser feito na unidade.

O objetivo da unidade é a promoção e prevenção de enfermidades para reduzir o número muito alto que temos de usuários com Hipertensão Arterial, Diabetes e outras, porque até agora são as principais doenças que temos na unidade, além de a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperuricemia, tudo isso por o estilo de vida das pessoas, a alimentação não saudável e a falta de exercícios físicos, mas porque a maior parte da população tem estilos de vida que favorecem todas estas doenças. É por isso que nos trabalhamos muito fazendo palestras educativas sobre o estilo de vida saudável, a prática de exercícios físicos, a dieta adequadas com prioridade nas frutas e vegetais, a redução de gorduras, frituras e outros alimentos que somente faz dano no organismo.

Acreditamos que até o momento a situação na unidade básica é muito boa, trabalhamos em equipe e juntos tratamos de fazer a principal coisa, brindar uma atenção médica de qualidade e logrando a satisfação da população, que até agora a opinião dos usuários é muito boa, que é o mais importante.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Eu trabalho no município de Teutônia, localizado na região do vale do Taquari, no estado Rio Grande do Sul. Possui localização privilegiada no estado, distante a 100 km de Porto Alegre e região metropolitana, segundo maior pólo econômico e de concentração urbana do Estado, possui uma área de 179,17 km<sup>2</sup>, e um número de habitantes de 27 797 na última pesquisa feita. (BRASIL, 2013).

O município possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e quatro UBS sem ESF. Não tem disponibilidade de

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Possui uma Unidade de Saúde Mental, que é o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), tem serviço de Fisioterapia e Programa Primeira Infância Melhor (PIM), tem disponibilidade de serviço hospitalar no Hospital Ouro Branco e para a realização de exames complementares, tem três laboratórios onde os usuários podem fazer seus exames pelo SUS: o laboratório Ouro Branco, Teutolab e Pinheiros. Possui uma Unidade Móvel de Saúde que atende no turno da manhã as localidades do interior do município, com atendimento médico e de enfermagem.

A UBS 2 Morada do Sol está localizada na região urbana do município, na Rua 16 de abril do bairro Canabarro. A mesma tem o vínculo exclusivo com o SUS e não tem vínculo com as instituições de ensino, tem modelo de atenção de ESF, tem uma equipe de saúde somente formada por uma clínica geral, uma pediatra, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma atendente de farmácia, uma recepcionista, 5 agentes comunitários de saúde e a agente de limpeza. A unidade oferece atividades como vacinação, coleta de material para exame citopatológico, visitas domiciliares, avaliação antropométrica, coleta de sangue para triagem neonatal, teste de glicemia capilar, teste rápido para sífilis e HIV, administração de medicamentos, nebulização, retirada de pontos, curativo, palestras na comunidade, acompanhamento das famílias por agentes comunitários de saúde e atendimentos na farmácia básica.

A UBS é nova, foi construída para o funcionamento como UBS em setembro de 2011, somente tem 3 anos, e por isso as características estruturais são boas, tem recepção para 15 pessoas, sala de reuniões, a farmácia onde o paciente pode ter acesso a muitas medicações gratuitas, o consultório médico e de enfermagem, a sala de acolhimento, a sala de vacinas, o ambulatório, a sala de observação, a cozinha, 3 banheiros, o almoxarifado.

Apesar de ter pouco tempo da construção da unidade e boas condições, também temos que falar das necessidades e limitações que temos e que afetam ou dificultam o trabalho: a UBS é bem pequena, temos pouco espaço em alguns locais como, por exemplo, na sala de espera, onde somente podem ficar 15 pessoas e temos dias que o fluxo é grande e dificulta o movimento dentro dela; temos dificuldade para o acesso das pessoas com deficiências a unidade, porque temos algumas barreiras que impedem a condução deles para chegar a porta e os

banheiros não têm condições para garantir o acesso; também a farmácia fica muito perto da sala de espera e os usuários têm acesso demais aos medicamentos, isso dificulta o trabalho da farmacêutica porque não tem privacidade para fazer o trabalho; o local onde ficam os prontuários é a recepção porque não temos um outro local para eles, mas também ficam perto dos usuários.

Não temos na unidade outras especialidades, além da pediatra e o clínico geral, o que também dificulta, às vezes, o trabalho porque temos que encaminhar muitas coisas que poderiam ser feitas na unidade se houvesse as condições necessárias. O fluxo de pessoas é constante e grande, todos os dias, e às vezes o tempo não é suficiente para atender a todos e temos que encaminhar para o hospital porque a população é grande e temos falta de médicos para garantir a atenção de todos. Dentre as necessidades e limitações que temos no serviço de maior relevância está o espaço limitado na sala de espera, mas quando acontece de termos maior fluxo de pessoas, os usuários ficam também na sala de reuniões que é perto e ali eles podem aguardar pela consulta também, e desta forma temos menos usuários na frente da unidade e fazem menos barulho que possa impedir o trabalho no posto. Também, como já mencionado, há a proximidade dos prontuários e da farmácia aos usuários. Para isso sempre fica uma pessoa da equipe à frente, para garantir o bom funcionamento destes.

E quanto aos usuários que tem deficiências e que tem dificuldade para chegar ao posto, temos um dia na semana que eu faço as visitas domiciliares, a fim de garantir a atenção, principalmente, dos usuários que não podem ter acesso ao posto. Esta é a estratégia que temos para melhorar neste aspecto.

Também temos uma escola perto do posto e ali as crianças fazem muito barulho, e é por isso que os consultórios sempre ficam com a porta fechada, mas porque também é a melhor forma de fazer as consultas com a maior privacidade para o paciente e o médico.

Na unidade de saúde onde eu trabalho, fazemos todas as coisas que sejam necessárias para garantir a atenção de qualidade, isto porque a UBS tem que estar capacitada para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

O bom funcionamento da UBS é muito importante porque disso também depende a garantia de uma boa atenção médica para todos os usuários, mas



também das condições que temos para garantir a assistência de qualidade, mas ainda temos algumas necessidades e limitações que podem ter conseqüências negativas para o bom funcionamento da unidade, isto lembrando que a atenção básica tem como fundamento: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011).

Ainda falando das necessidades e limitações que temos no serviço, as de maior urgência a serem melhoradas para garantir o bom funcionamento da unidade são as dificuldades para os atendimentos de urgência e emergência, mas, como clínica geral, eu dou para o paciente pelo menos os primeiros socorros, dependendo da doença que tem no momento, para depois encaminhar para o hospital. São feitas pequenas cirurgias e a estabilização do paciente. No caso das visitas domiciliares, quando o paciente precisa da consulta e esta não pode ser feita na casa, nós vemos como a pessoa pode vir ao posto para não perder a consulta e as coisas que precisa no momento para fazer os procedimentos. Quando o paciente precisa de encaminhamento para outra especialidade e a consulta é muito demorada, começamos o tratamento no posto para a doença que tem e depois ele pode consultar com o especialista porque, às vezes, é muito o tempo que tem que esperar pela consulta e o paciente fica esperando sem tratamento e com a descompensação da doença.

Para melhorar a situação que temos com os grupos, porque são muitas pessoas, agora temos mais dias ao mês e não tem que vir todos no mesmo momento e, desta forma, são menos os usuários e o trabalho fica melhor. Todas as ações são feitas sempre lembrando o trabalho do clínico geral, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral para a população.

A UBS Morada do Sol possui uma população de 3500 habitantes no último cadastramento feito, e somente uma equipe de saúde. A estrutura por faixa etária é a seguinte: menores de 1 ano temos 9 masculinos e 15 femininas, de 1 a 4 anos temos 81 masculinos e 87 femininas, de 5 a 6 anos temos 38 masculinos e 36 femininas, de 7 a 9 anos temos 69 masculinos e 65 femininas, de 10 a 14 anos temos 126 masculinos e 103 femininas, de 15 a 19 anos são 125 masculinos e 146 femininas, de 20 a 39 anos são 481 masculinos e 466 femininas, de 40 a 49 anos

temos 188 masculinos e 204 femininas, de 50 a 59 anos temos 160 masculinos 155 femininas, com mais de 60 anos são 127 masculinos e 157 femininas, do total da população são 1404 masculinos e 1434 femininas. Até agora todos os usuários podem ter atendimento médico e de enfermagem na unidade, onde é garantido atendimento todos os dias da semana, nos dois turnos de trabalho, das 7:30h às 11:30h e das 13:30h às 17:30h.

Na minha UBS o acolhimento é feito pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira. Elas têm uma sala que é somente para fazer o acolhimento todos os dias e nos dois turnos de trabalho que tem a unidade. Temos 4 vagas em cada turno de atendimento, que são para os usuários que precisam da consulta no momento, por apresentar doenças que precisam do atendimento imediato. Mas temos que lembrar que o tamanho da população é grande e que somente temos no posto uma pediatra que trabalha três vezes por semana e eu como clínica geral, é por isso que a demanda de usuários é grande e, às vezes, não temos como atender a todos, por isso temos que encaminhar alguns usuários para outra UBS, que tem mais médicos, e para o hospital Ouro Branco, que temos no município, para onde são encaminhados os usuários que precisam de atendimento de urgência e que, devido a quantidade de usuários que temos, não podem ser atendidos no posto nesse momento. Mas sempre a demanda apresentada pela pessoa é acolhida e escutada e sempre tem a solução que precisa.

A atenção à saúde da criança é um importante programa na atenção primária à saúde. A estimativa de crianças menores de 1 ano residentes na área é de 42 e a cobertura alcançada de crianças cadastradas e acompanhadas é de 25 (60%). Realizando um bom trabalho nesse sentido, é possível a redução da morbimortalidade e o desenvolvimento infantil com qualidade. Na UBS onde eu trabalho, a atenção às crianças é feita pela pediatra. Ela tem atendimento no posto três vezes por semana no turno da tarde, e nos demais dias, o atendimento às crianças que apresentam demandas agudas e precisam de atendimento no momento, é feita pela clínica geral, que sou eu. Até agora o trabalho é feito em conjunto e temos os protocolos de atendimento, os registros específicos e a realização de monitoramento regular para garantir atenção de qualidade para esse grupo etário. Todas as crianças têm as consultas em dia, não temos atraso das consultas agendadas em mais de sete dias, tem o teste de pezinho até sete dias, a primeira consulta de puericultura é feita nos primeiros sete dias de vida, é feito o

monitoramento do crescimento e do desenvolvimento nas consultas, tem as vacinas em dia e em todas as consultas é feita a orientação para aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a orientação para prevenção de acidentes. O trabalho feito com as crianças é de qualidade e as mães têm toda a informação necessária para o cuidado do bebê. Temos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na UBS onde eu trabalho. O primeiro é garantir o 100% da cobertura da área pelas agentes de saúde, porque é a forma de ter o cadastramento certo da população, também temos dificuldades para o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal porque não temos odontologista na unidade e os usuários são encaminhados para outra unidade que tem este profissional e, às vezes, a consulta é muito demorada pela demanda de usuários que tem. Temos que realizar atividades com grupos de mães das crianças que realizam puericultura, porque as orientações são feitas na mesma consulta e é bom que, além disso, faça-se grupos com elas para interagir mais e garantir o melhor entendimento e informações acerca das coisas que tem que saber para o melhor cuidado da criança nos primeiros meses da vida, porque é uma forma de ter um bom desenvolvimento do programa de atenção à saúde da criança nas unidades de saúde.

Um outro tema importante a ter em conta nas UBS é a atenção pré-natal. Nós como clínicos gerais, temos que conhecer bem tudo o que se relaciona com isto, lembrando que aqui no Brasil a atenção à gestantes é muito diferente a tudo o que fazemos em nosso país, porque por exemplo em Cuba temos o programa PAMI (Programa de Atenção Materno- Infantil), que é somente para atenção preferencial para gestantes e crianças que aqui no Brasil ainda não tem, mas um dos objetivos que temos aqui é a troca de conhecimentos com os médicos e a população brasileira, e fazer o trabalho nas unidades de saúde da melhor forma possível. Na UBS onde eu trabalho, a atenção a gestantes é feita todas as terças-feiras à tarde. A estimativa de gestantes residentes na área é de 52 e a cobertura alcançada é de 27 (51%) gestantes. Temos grupos com elas duas vezes por semana, onde são tratados todos os temas que tem a ver com a gestação e o nascimento da criança e todas as informações necessárias para ter uma boa gestação. Minha equipe de trabalho conhece bem todos os protocolos e o seguimento para prestar uma boa atenção à mulher grávida. Temos um registro específico e é realizado o

monitoramento regular destas ações. As gestantes tem pelo menos 10 a 12 consultas durante a gestação, a cada 2 meses tem consulta com o ginecologista, tem atendimento com o dentista, seguimento pela enfermeira e as técnicas de enfermagem na unidade e no domicílio se precisar e, ainda, se alguma apresenta alguma situação aguda, pode consultar na UBS sempre que precisar, também podem ser feitas algumas visitas a gestantes de risco.

Durante a primeira consulta, são solicitados todos os exames laboratoriais e a ecografia, dependendo da idade gestacional da paciente, e também durante o segundo e terceiro trimestre da gestação. Além disso, são feitas todas as vacinas preconizadas durante a gravidez. Também, como já dito, temos os grupos e as consultas para falar sobre aleitamento materno, o suplemento vitamínico, parto normal e todos os temas de importância para a mulher grávida. Temos alguns aspectos que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção pré-natal: Temos que trabalhar para melhorar o número de gestantes que participam dos grupos porque nestes são tratados temas muito importantes para a gestação, também não temos dentista na unidade e temos que encaminhar as usuários para outro posto e, às vezes, é muito demorada a consulta e temos que lembrar que o atendimento da saúde bucal é fundamental para a mulher grávida. As demais coisas são feitas na unidade de saúde e todas as gestantes têm o seguimento contínuo durante toda a sua gestação porque disso depende a diminuição das complicações e o nascimento do bebê adequado e sem riscos para a mãe e o filho.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Na minha UBS temos uma estimativa de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de 964 e a cobertura de mulheres cadastradas e acompanhadas é de 682 (71%); a estimativa de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos residentes na área é de 361 e a cobertura de mulheres cadastradas e acompanhadas é de 296 (82%). O processo de trabalho na unidade básica, onde eu trabalho, é bom nesse sentido. Mas ainda temos muito mais a fazer para garantir uma melhor atenção para todas as mulheres que tem risco de padecer com câncer de colo de útero e de mama. Tendo em conta que o principal é o trabalho com a promoção e prevenção de doenças, é necessário ter 100% das mulheres de 25 a 64 anos de idade com a prova citológica em dia e as mulheres de 50 a 69 anos com a mamografia feita, mas ainda temos

muitas que não tem o exame em dia ou não querem fazer. A equipe de saúde tem que trabalhar mais com as agentes de saúde a fim de ter todas as mulheres cadastradas, que é importante para manter o trabalho bem feito e planejar as ações

Temos alguns aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer do colo de útero na minha UBS, como por exemplo, realizar atividades com grupos de mulheres para falar mais sobre a doença e as suas complicações, a equipe tem que realizar mais reuniões para discutir o tema em questão, e temos que garantir o 100% de cobertura da população pelas agentes de saúde porque disso depende o cadastramento de todas as mulheres nestas idades. Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, temos que garantir na UBS as consultas de seguimento e as agentes de saúde têm que ter contato com elas, em suas casas, periodicamente, além da consulta com o ginecologista e exame citopatológico periódico.

Também temos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura do controle do câncer de mama na minha UBS, por exemplo, a realização de reuniões para o planejamento, gestão e coordenação do programa de controle do câncer de mama e para avaliação e monitoramento das ações de controle. Além disso, temos que garantir as consultas de seguimento para elas, as visitas pelas agentes de saúde na sua casa, periodicamente, a realização dos exames sempre que precisar, as consultas de seguimento com o ginecologista e a participação delas nos grupos que são feitos na unidade, mas todas têm que ter consciência da doença e do seguimento adequado. Todas as ações de atenção à prevenção do câncer de colo de útero e de mama estão estruturadas de forma programáticas, temos um registro específico e a realização de monitoramento regular destas ações.

As doenças crônico-degenerativas têm assumido muita importância no mundo inteiro e no Brasil. Assim, é imprescindível manter uma boa atenção para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Na área adstrita à UBS temos uma estimativa de hipertensos residentes na área de 782 e a cobertura de pacientes cadastrados e acompanhados com a doença é de 246 (31%), e a estimativa de pacientes diabéticos residentes na área é de 224 e a cobertura de pacientes cadastrados e acompanhados é de 51 (23%). Em minha unidade, o atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos é feito todos os dias da semana, é

garantido a realização de exames complementares a cada seis meses, a atualização de receita médica e a consulta de seguimento. Também é feito um grupo de Hipertensão na última quinta-feira do mês, quando tratamos de temas de orientação e a troca de idéias com os usuários. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na minha UBS são: alcançar 100% da cobertura da área pelos agentes de saúde, o que vai melhorar o cadastramento dos usuários com doenças crônicas (e que ainda não temos), e os indicadores da qualidade da atenção; garantir o máximo de presença dos usuários aos grupos de Hipertensão, que são feitos todos os meses; garantir a cobertura de todos os usuários com relação ao atendimento odontológico, o que agora é muito complicado porque não temos esse profissional na unidade.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Diabetes Mellitus (DM) na minha UBS são: alcançar uma maior adesão dos usuários aos grupos que são feitos na unidade para garantir o seu conhecimento sobre a sua doença, trabalhar para garantir a cobertura da área pelas agentes, garantindo 100% do cadastramento dos usuários com diabetes e que todos os usuários possam ter acesso à UBS para seu seguimento nas consultas e a realização dos exames complementares em dia. Também temos que fazer mais atividades de promoção e prevenção para que a população conheça sobre as doenças crônicas não transmissíveis e as suas complicações, os fatores de risco que podem ter e como trabalhar para garantir uma boa saúde, manter uma dieta saudável, a prática regular de exercícios físicos e a mudança dos estilos de vida. As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos não estão estruturadas de forma programática e não contamos ainda com um registro específico para a realização de monitoramento regular destas ações.

Também temos muitas pessoas com idade avançada: a estimativa de pessoas com mais de 60 anos residentes na área é de 477 e a cobertura de pacientes cadastrados e acompanhados é de 318 (67%), por isso é bem importante garantir atenção de qualidade para todos eles e manter o seguimento que precisam para manter a saúde e a compensação das doenças. O atendimento para os usuários dessa faixa etária é feito todos os dias da semana e nos dois turnos de atendimento que temos. As ações de atenção à saúde dos idosos não estão

estruturadas de forma programática, não temos protocolos ou manual técnico e não temos um registro específico para a realização e monitoramento regular destas ações.

Temos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na minha UBS, como: garantir 100% da cobertura da área pelas agentes de saúde para ter o cadastramento de todos os idosos que temos na área; melhorar a atenção à saúde bucal porque, como já citado, não temos dentista na unidade e é muito difícil para eles marcar consulta em outro lugar; garantir acompanhamento para toda a população idosa no posto para trabalhar mais com a promoção e prevenção de doenças e a realização de exames complementares em dia; organizar o protocolo de atendimento das pessoas idosas; organizar o arquivo específico; ter o estatuto do idoso na UBS; garantir a realização de grupos de idosos, pelo menos uma vez ao mês; ter profissionais para a realização de planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos. Assim, acredito que para ter uma boa atenção das pessoas idosas, temos que garantir o seguimento nas consultas e trabalhar mais com todos eles.

Até o momento, a minha UBS tem melhorado o trabalho porque já temos garantida atenção médica todos os dias da semana, que antes não tinha porque o médico ficava na unidade somente duas ou três vezes por semana e não tinha as visitas domiciliares. O nosso trabalho, como clínicos gerais e como médicos cubanos se baseia na troca de conhecimentos e fazer o trabalho nas unidades de saúde o melhor possível, sempre lembrando que a medicina que se faz em nosso país é diferente da que temos que fazer nos postos de saúde do Brasil porque aqui temos que garantir uma boa atenção médica também mas temos que acostumar com a burocracia e todos os papéis que tem que ser feitos para cada um dos usuários, mas que pouco a pouco fazemos e continuamos com a troca de conhecimentos que é o mais importante, por isso nosso trabalho tem que ser bom e voltado sempre à promoção e prevenção de doenças, atenção médica de qualidade e seguimento da população de nossa unidade de saúde.

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

Fazendo uma comparação com o texto escrito sobre qual a situação da ESF/APS em meu serviço da para conhecer a evolução positiva que temos na unidade, por exemplo agora o atendimento por dia é feito para um número maior de usuários porque já temos feito um melhor trabalho em equipe e eu como médica conheço muito melhor a forma de trabalho e a documentação que tem que ser feita todos os dias, o que diminui o número de encaminhamentos para outros serviços e outras especialidades.

Agora já temos todas as agentes de saúde que a unidade precisa, o que vai melhorar o trabalho de cadastramento dos usuários e os indicadores da qualidade do serviço. O trabalho com os grupos de hipertensos, diabéticos e as gestantes agora é melhor porque é feito regularmente e a assistência dos usuários vai aumentando. Até o momento a unidade tem encaminhado todo o trabalho e o principal é que fazemos o trabalho em equipe.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mm Hg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de morte no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da Hipertensão Arterial são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (Brasil, 2006).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativas de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de 6 milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (Brasília, 2006).

A ação programática que vai ser foco de minha intervenção na Unidade Básica de Saúde onde eu trabalho é Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Minha

equipe fez a escolha porque temos uma situação muito complicada com o atendimento, até o momento, dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, temos somente 31% do indicador de cobertura da área de usuários com Hipertensão Arterial e 23% da cobertura dos usuários com Diabetes Mellitus, o que quer dizer que a cobertura atual é muito baixa para a população que temos. Esta ação tem muita importância porque, com a realização desta intervenção, pretendemos melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, com a realização de exame clínico e exames complementares apropriados em 100% dos usuários com estas doenças e priorizar a prescrição de medicamentos das farmácias populares; Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, realizando a busca de usuários faltosos à consulta na unidade e melhorar o registro das informações, mantendo a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. O trabalho na unidade vai ser forte para poder alcançar os objetivos e metas propostos na ação programática, mas pode ser feito e ter continuidade depois dos quatro meses, é a única forma de melhorar o atendimento e a qualidade da atenção aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, neste caso os usuários com hipertensão e diabetes.

Na área da minha unidade básica de saúde, temos 246 usuários com hipertensão arterial e 51 usuários com diabetes mellitus, e a cobertura destas doenças, como já dito, é de 31 e 23%, respectivamente, o que quer dizer que a cobertura é muito baixa até o momento. Com a realização de consultas médicas todos os dias da semana e nos dois horários de consultas, o atendimento para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis é muito melhor, temos melhorado a realização de consultas de seguimento, a realização de exames complementares e, sobretudo, a realização de ações de promoção em saúde nos grupos de HIPERDIA, que são feitos todos os meses, onde os usuários podem ter muita informação sobre a sua doença, a modificação de estilos de vida e a realização de tratamento. Agora, um dos objetivos da equipe é melhorar o índice de cobertura destas doenças na unidade.

Temos uma equipe com disposição para fazer todo o trabalho e alcançar os objetivos propostos, o que vai garantir o melhoramento da atenção dos usuários com hipertensão e diabetes, que é o mais importante. A maior dificuldade que temos é o índice de cobertura muito baixo e pouco tempo para melhorar a situação, mas com a

organização do trabalho e a integração de toda a equipe pode ser melhorado em 4 meses e depois continuar com as ações para garantir 100% da cobertura da área. O objetivo principal da intervenção é garantir uma atenção de qualidade para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Morada do Sol em Teutônia, Rio Grande do Sul.

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

Objetivos 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Meta 1.1: Cadastrar 50% 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 50% 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 a hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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) Morada do Sol, no Município de Teutônia/RS. Participarão da intervenção os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde (UBS).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Monitoramento e avaliação:**

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: Garantir a cobertura da área pelas agentes de saúde para alcançar o cadastramento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis.

Ação 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Alcançar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos que vão à unidade e a realização do exame clínico que precisam no momento.

Ação 3: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Detalhamento: Garantir a capacitação de um membro da equipe para a realização do monitoramento de todas as consultas que são feitas todos os dias com os usuários hipertensos e diabéticos.

Ação 4: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Garantir a capacitação de toda a equipe para a realização de orientação nutricional para todos os usuários, levar estilos de vida saudáveis, e a pratica de exercícios físicos regularmente.

Ação 5: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Garantir a realização pela enfermeira do registro dos usuários todos os meses com avaliação de risco no ano.

Organização e gestão do serviço:

Ação 1: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Porta de entrada da UBS aberta para todos os usuários com estas doenças e garantir o seu atendimento no momento na sala de acolhimento.

Ação 2: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar reuniões com toda a equipe para orientar a cada um deles sobre a conduta a tomar quando chegam os usuários à UBS com estas doenças e os exames que cada um tem que fazer no momento.

Ação 3: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos a consulta.

Detalhamento: Garantir na agenda de trabalho os dias que são para a realização das visitas domiciliares para os usuários com hipertensão e diabetes, sobre tudo os que não conseguem chegar à UBS.

Ação 4: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Garantir a capacitação de uma pessoa da equipe para que seja a que vai realizar o registro de todas as informações que tem a ver com todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Ação 5: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Garantir vagas nos atendimentos do dia para os usuários que vão à unidade que tem fatores de alto risco de descompensação da sua doença para lograr o atendimento deles no momento e as consultas de seguimento.

**Engajamento público:**

Ação 1: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade com todos os usuários para a realização de promoção e prevenção de doenças, modificação dos estilos de vida e alimentação saudável.

Ação 2: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar palestras nos grupos de hiperdia e na comunidade para orientar aos usuários sobre as complicações da sua doença e a importância de manter consultas de seguimento e a realização de exames complementários periodicamente.

Ação 3: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Organizar palestras na comunidade uma vez por mês para falar sobre a importância que tem para todos acudir a consulta periodicamente.

Ação 4: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Fazer palestras com os usuários e a comunidade sobre os fatores de risco que podem ter de padecer uma doença crônica não transmissível, a importância de manter seguimento contínuo em consulta e manter o estilo de vida saudável.

Ação 5: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Organizar palestras na unidade e na comunidade com os usuários e seus familiares para orientar como levar uma dieta saudável e a importância da mesma para garantir a compensação da sua doença e evitar as complicações.

### **Qualificação da prática clínica:**

Ação 1: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar atividades educacionais com todos os ACS da unidade para falar sobre as doenças, fatores de risco, sintomas de descompensação das doenças.

Ação 2: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O clínico geral da unidade tem que garantir a realização de reuniões com a sua equipe para realizar ações de capacitação com eles sobre todo o que tem a ver com as doenças e o que tem que fazer para a realização do exame clínico apropriado para cada um dos usuários.

Ação 3: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Garantir a capacitação da equipe pela médica em todas as reuniões de cada mês na realização dos procedimentos clínicos dos usuários.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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



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

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

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 hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos 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.

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.

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.

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.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir 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: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o manual técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde. Utilizaremos as fichas destes usuários, as que não preveem a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira da unidade vai utilizar as planilhas de monitoramento disponibilizadas pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção o 50% da cobertura de hipertensos e diabéticos.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para consulta de seguimento nos últimos 3 meses. A enfermeira 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.

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Logística: precisamos a cobertura do 100% da área pelas agentes de saúde, Responsável: enfermeira da unidade, a ação acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do projeto na unidade de saúde depois da reunião de equipe nesses dias.

Ação 2: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Logística: precisamos da sala de acolhimento e as técnicas de enfermagem preparadas no acolhimento destes usuários. Responsável: técnicas de enfermagem, o que vai ser feito na primeira semana do projeto e mantido no resto das semanas na mesma UBS em todos os turnos de atendimento.

Ação 3: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Logística: precisamos do lugar onde serão feitas as palestras dentro da comunidade. Responsável: médica da UBS, o que acontecerá na semana 1,5,9,13 do projeto na comunidade com a realização de palestras.

Ação 4: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Logística: precisamos ter o 100% dos agentes da unidade e o local onde vai ser feita a capacitação. Responsável: médica da UBS, acontecerá na segunda semana do projeto na unidade com a realização de uma capacitação geral para todos os agentes de saúde.

Ação 5: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Logística: precisamos dos prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos que vão à unidade. Responsável: médica, o que acontecerá nas semanas 2,6,10,14 do projeto na unidade, uma hora por semana com a revisão dos prontuários dos usuários.

Ação 6: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Logística: precisamos de toda a equipe da unidade. Responsável: enfermeira, acontecerá na primeira semana do projeto na unidade, onde será orientado o que vai ser feito por cada membro da equipe.

Ação 7: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Logística: precisamos de pessoal capacitado para a realização de palestras para os usuários e a comunidade. Responsável: médica, acontecerá nas semanas 1 e 10 do projeto na comunidade com a realização de palestras para os usuários e a comunidade em geral.

Ação 8: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Logística: precisamos de toda a equipe e o local onde será feita a capacitação. Responsável: doutora da UBS, acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do projeto, na unidade, depois da reunião de equipe destas semanas com a realização da capacitação para toda a equipe.

Ação 9: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Logística: precisamos de um membro da equipe com a capacitação para a realização do monitoramento das consultas previstas no protocolo. Responsável: enfermeira, acontecerá nas semanas 2,6,10,14 do projeto na unidade, onde o membro da equipe fará o monitoramento das consultas.

Ação 10: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos a consulta.

Logística: precisamos garantir na agenda de trabalho do médico os dias para a realização de visitas domiciliares para os usuários faltosos a consulta. Responsável: doutora, acontecerá nas semanas 1,3,6,9,12,15 do projeto, na comunidade com a realização nessas semanas de visitas domiciliares para estes usuários.

Ação 11: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Logística: precisamos o lugar onde vai ser registrada toda a informação dos usuários. Responsável: técnicas de enfermagem, o que acontecerá na primeira semana do projeto na unidade, onde será definido onde vai ser registrada toda a informação da investigação.

Ação 12: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Logística: precisamos de vagas na agenda médica todos os dias da semana para priorizar o atendimento dos usuários de risco. Responsável: enfermeira, o que acontecerá em todas as semanas do projeto na unidade, onde a enfermeira tem que garantir 2 vagas por turno para o atendimento destes usuários de risco.

Ação 13: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Logística: precisamos da capacitação dos agentes de saúde para falar com os usuários e a comunidade sobre fatores de risco. Responsável: médica, o que acontecerá em todas as semanas do projeto com a realização de pequenas reuniões com os agentes para orientar sobre estes temas

Ação 14: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Logística: precisamos de uma nutricionista para a realização de palestras com os usuários. Responsável: enfermeira, o que acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do



projeto na unidade onde serão feitas palestras com os usuários pela nutricionista para falar sobre orientação nutricional.

Ação 15: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Logística: precisamos do local e pessoal capacitado para a realização de palestras sobre alimentação saudável. Responsável: enfermeira, o que acontecerá nas semanas 2,6,10,14 do projeto na unidade com a realização de palestras com usuários e familiares sobre alimentação saudável.

Ação 16: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Logística: precisamos a capacitação dos agentes de saúde sobre a importância de comparecer a todas as consultas. Responsável: enfermeira, o que acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do projeto na unidade com a realização de palestras para os agentes de saúde, os que são responsáveis de orientar à comunidade sobre a importância das consultas.

Ação 17: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Logística: precisamos de toda a equipe da unidade e o lugar onde serão registradas todas as informações. Responsável: médica, o que acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do projeto na UBS com a realização da capacitação de toda a equipe nas reuniões de equipe para garantir o registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Ação 18: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Logística: precisamos de toda a equipe da unidade e o lugar onde serão registradas todas as informações. Responsável: médica, o que acontecerá nas semanas 1,5,9,13 do projeto na UBS com a realização da capacitação de toda a equipe nas reuniões de equipe para garantir o registro dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.



alto risco.																
13- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.	X				X				X				X	X		
15- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.		X				X				X						
16- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.	X				X				X				X			
17- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	X	X			X				X				X			
18- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	X	X			X				X				X			

### **3 Relatório da Intervenção**

Depois de transcorrer três meses de trabalho forte na minha unidade de saúde, foi terminado o projeto de intervenção que tinha como objetivo principal melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Foram semanas de muitas tarefas e ações a serem cumpridas, mas o mais importante é ver como foi bom todo o trabalho realizado e como todos os nossos objetivos foram cumpridos, alcançar a satisfação da população em geral e a incorporação das ações à rotina de trabalho do dia-a-dia, para garantir a manutenção de tudo o que foi conseguido até agora. Inicialmente, a intervenção na unidade de saúde era para ser desenvolvida em 16 semanas, mas por alterações determinadas pelo, devido a grande quantidade de profissionais de férias nesse período, foi realizada em apenas 12 semanas. Porém, com os resultados esperados.

Fazendo um resumo das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas a cada semana da intervenção, podemos ver as principais ações durante todo o processo de realização do projeto de intervenção e durante um período de tempo de 12 semanas, pelo cronograma realizado.

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

-Definição de atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos: durante a primeira semana do projeto, na reunião da equipe, foi definido tudo o que tinha que ser feito por cada membro da equipe na realização da intervenção. Foram apresentadas dificuldades pela saída de férias durante esse período, mas sempre o resto da equipe se mostrava disponível para colaborar.

- Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS: ação que

tinha como objetivo recolher o número certo de usuários hipertensos e diabéticos e cadastrá-los no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A mesma foi desenvolvida durante toda a intervenção, sempre pela enfermeira e, às vezes pelas técnicas de enfermagem quando a enfermeira não estava na unidade, mas o importante foram os resultados alcançados no final da intervenção, onde foram cadastrados muitos usuários da área com hipertensão e diabetes.

- Melhoria do acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes: ação que está incorporada à rotina diária da unidade de saúde. Foi realizada na primeira semana do projeto e depois disso foi mantida durante toda a intervenção e vai continuar implementada na UBS. Todos os dias durante o horário do acolhimento dos usuários é feito um trabalho prioritário com aqueles que apresentam doenças crônicas não transmissíveis, com o objetivo de melhorar a atenção a eles na unidade e com isso a sua qualidade de vida.

- Orientação à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: ação que foi realizada durante toda a intervenção pelas agentes de saúde da unidade durante as suas visitas domiciliares. Nas primeiras semanas foi complicado a implementação desta ação porque não estavam todas as agentes na UBS e primeiro foi dada uma capacitação para elas sobre fatores de risco, mas logo após o trabalho foi feito e vai continuar implementada na rotina do dia-a-dia de trabalho como parte da agenda das agentes comunitárias de saúde.

- Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde: ação que teve lugar na reunião de equipe da segunda semana do projeto, quando foi feita uma capacitação para todas as agentes de saúde da unidade. A médica e a enfermeira falaram sobre as doenças e os principais sintomas, coisas essenciais para ser postas em prática durante as visitas domiciliares das agentes a cada semana, sempre lembrando que são elas as que ficam mais perto da população e tem que conhecer as coisas essenciais destas doenças. Ainda temos trabalho para fazer e incorporar na rotina do serviço, mas está se encaminhando neste sentido.

- Capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado: foi realizada uma capacitação na reunião de equipe para garantir a realização do exame clínico apropriado para os usuários acompanhados na unidade durante a intervenção. Feita pela médica e em alguns momentos pela enfermeira da UBS.

-Monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos: foi recolhida toda a informação dos usuários cadastrados no programa e foram acompanhados durante os três meses da intervenção, trabalho forte por parte de toda a equipe para acompanhar todos os usuários com hipertensão e diabetes e realizar o exame clínico apropriado.

- Orientação aos usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: tarefa que foi feita durante a intervenção pela enfermeira, a médica e as agentes de saúde, estas últimas com prévia capacitação feita durante as primeiras semanas da intervenção e esta foi incorporada na rotina de trabalho na UBS e as agentes de saúde são as que ficam mais perto da comunidade em geral.

- Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo: ação que foi feita além das dificuldades, porque às vezes existiam usuários faltosos à consulta e não podia ser mantida a periodicidade adequada, mas com o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos durante a intervenção, foi recolhida toda a informação pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem.

- Organização de visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos a consulta: ação que foi incorporada no cronograma das agentes de saúde porque são as que realizam visitas todas as semanas e pode garantir a busca ativa de todos os usuários faltosos à consulta para garantir o seu acompanhamento. Nas primeiras semanas, foi complicado cumprir com esta ação porque não estavam todas as agentes, mas depois, com a incorporação de todas, foi feito o trabalho o melhor possível, com resultados satisfatórios.

-Pactuação com a equipe do registro das informações: na reunião da equipe da primeira semana do projeto, foi feita toda a orientação necessária para toda equipe para que conhecessem o desenvolvimento do projeto e qual seria a responsabilidade de cada membro durante todas as semanas de intervenção, o que foi realizado a cada semana. Neste tempo, alguns membros da equipe saíram de férias, mas o trabalho foi realizado pelo resto da equipe, garantindo a realização de todas as ações em correspondência com as semanas do projeto.

-Priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco: ação que foi realizada durante os três meses do projeto e a cada semana, e que foi

incorporada na rotina diária de trabalho. Todos os dias durante o horário de acolhimento, a enfermeira e as técnicas de enfermagem têm orientação de priorizar todos àqueles usuários avaliados como de alto risco e que precisam de atendimento no momento pela doença que tem. Para isto foram criadas vagas em todos os turnos de atendimento para garantir que o paciente possa ter a consulta no momento que vai à unidade.

-Orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: ação que foi realizada durante todas as semanas do projeto, sobretudo pelas agentes de saúde, as quais têm toda a informação necessária para orientar toda a população sobre fatores de risco e a importância do acompanhamento regular.

-Monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos: foi recolhida a informação de todos os usuários que receberam orientação nutricional durante toda a intervenção. Toda a equipe tinha a informação necessária para orientar todos os usuários sobre a importância de modificar estilos de vida e garantir uma alimentação saudável.

-Orientação aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: durante a primeira semana do projeto, na reunião de equipe, foi realizada uma capacitação sobre alimentação dos usuários hipertensos e diabéticos e a importância da mesma para garantir a compensação das suas doenças, incorporada depois da intervenção no trabalho diário da equipe e, sobretudo das agentes de saúde, nas suas visitas domiciliares feitas a cada semana.

- Informação à comunidade sobre a importância de realização das consultas: foi garantida a realização de palestras na comunidade com o objetivo de informar todos eles sobre a importância do acompanhamento regular na UBS, sobretudo para os usuários hipertensos e diabéticos, os que foram acompanhados durante todo o projeto. Para garantir a participação dos usuários hipertensos e diabéticos no projeto foram realizadas palestras na comunidade duas vezes por mês e grupos de hiperdia duas vezes ao mês também na UBS, o que deu um total de 6 palestras e 6 grupos durante os três meses da intervenção, foram convidados os principais líderes da área de abrangência da comunidade e foram informados sobre todo o que estava acontecendo com a realização da intervenção na UBS. A adesão da comunidade foi ótima.

-Capacitação da equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: foram realizadas capacitações com o objetivo de garantir a coleta adequada de toda a informação sobre procedimentos clínicos que foram realizados durante a intervenção. Além de ter pessoal de férias durante este período, o trabalho foi feito pelo resto da equipe e garantido a coleta de toda a informação.

-Monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: foi recolhida toda a informação pela enfermeira e as técnicas de enfermagem sobre verificação de estratificação de risco de todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção.

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

Durante as 12 semanas da intervenção, todas as ações propostas pelo cronograma foram desenvolvidas. O projeto de intervenção realizado na minha unidade de saúde tinha um cronograma de 18 ações a serem realizadas durante os três meses da realização da intervenção na UBS. Temos a satisfação que todas as ações foram desenvolvidas como foi previsto no cronograma, com algumas dificuldades em alguns momentos pela saída de férias do pessoal da equipe, mas o mais importante foi a realização de todo o trabalho que era para fazer nesse tempo e o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade durante esse tempo, com resultados satisfatórios para a população em geral e para toda a equipe da UBS.

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

Sobre a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, foram encontradas dificuldades no momento de fazer a coleta da informação, porque em alguns momentos vários membros da equipe estiveram de férias e foi complicada a realização de todos os cálculos e o fechamento de planilhas. Também, às vezes, existiam usuários que não eram acompanhados na semana correspondente porque



não comparecia à unidade, mas com o passar das semanas, foi alcançada a alimentação de todas as planilhas e recolhida toda a informação necessária para fechar todos os dados correspondentes a todas as semanas da intervenção e foram alcançados todos os objetivos propostos pela intervenção, que é o mais importante.

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

Com a realização do projeto de intervenção na unidade e alcançados os objetivos propostos a cada semana e, sobretudo, depois de garantida a satisfação da população em geral, foram incorporadas na rotina diária de trabalho da unidade algumas ações que foram previstas no cronograma e que vão garantir o acompanhamento regular dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Mesmo com a finalização do curso, o trabalho vai continuar sendo realizado a cada semana durante os horários de atendimento na UBS. As ações que já estão mantidas na rotina da unidade são:

1. Melhoria do acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes: para a realização do acolhimento destes usuários foi garantido a realização do acolhimento diferenciado e em todos os horários de atendimento temos garantido vagas para garantir o atendimento destes usuários no momento.

2. Orientação da comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: ação incorporada na rotina das agentes de saúde da unidade durante a realização de suas visitas domiciliares, onde tem planejado a visita de usuários de risco para orientar sobre fatores de risco e sobre tudo sobre modificação de estilos de vida.

3. Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde: todas as semanas, durante a reunião de equipe são feitas capacitações para as agentes de saúde sobre temas diversos, com o objetivo de garantir o cadastramento de usuários com hipertensão e diabetes que não mantêm acompanhamento na unidade.

4. Orientação aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: ação incorporada na rotina diária de trabalho na UBS, sobretudo nos horários de visitas domiciliares da enfermeira, a médica e as agentes de saúde, todas com

informação adequada sobre complicações das doenças crônicas não transmissíveis e a importância do acompanhamento regular.

5. Organização de visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos a consulta: durante todas as semanas são organizadas visitas domiciliares para aqueles usuários que estão faltosos a consulta, orientação que é feita a cada semana durante a reunião da equipe e programada nas visitas feitas pela médica, a enfermeira e as agentes de saúde.

6. Priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco: ação incorporada no trabalho cotidiano da unidade, quando em todos os horários são garantidas vagas de atendimento para os usuários avaliados como de alto risco, com o objetivo de garantir o seu atendimento no momento e o seguimento da sua doença.

7. Orientação aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: ação incorporada na rotina de trabalho das agentes de saúde da UBS, as que possuem a informação necessária para orientar a cada semana, durante as suas visitas domiciliares, toda a população sobre importância de ter uma alimentação saudável.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Depois de doze semanas de trabalho forte na minha unidade de saúde, com a implementação do projeto de intervenção para garantir a melhoria do atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, garantimos resultados satisfatórios, tanto para a população em geral quanto para o pessoal que trabalha na UBS. Sempre lembrando que ainda temos trabalho para fazer porque, apesar dos bons resultados, não conseguimos alcançar o índice de cobertura esperado, uma vez que o tempo foi curto, somente três meses de projeto, e o mais importante é continuar com o trabalho e com a implementação das ações na rotina cotidiana na unidade para alcançar os objetivos propostos e garantir a melhoria do atendimento da população, que é o nosso principal objetivo na atenção primária de saúde.

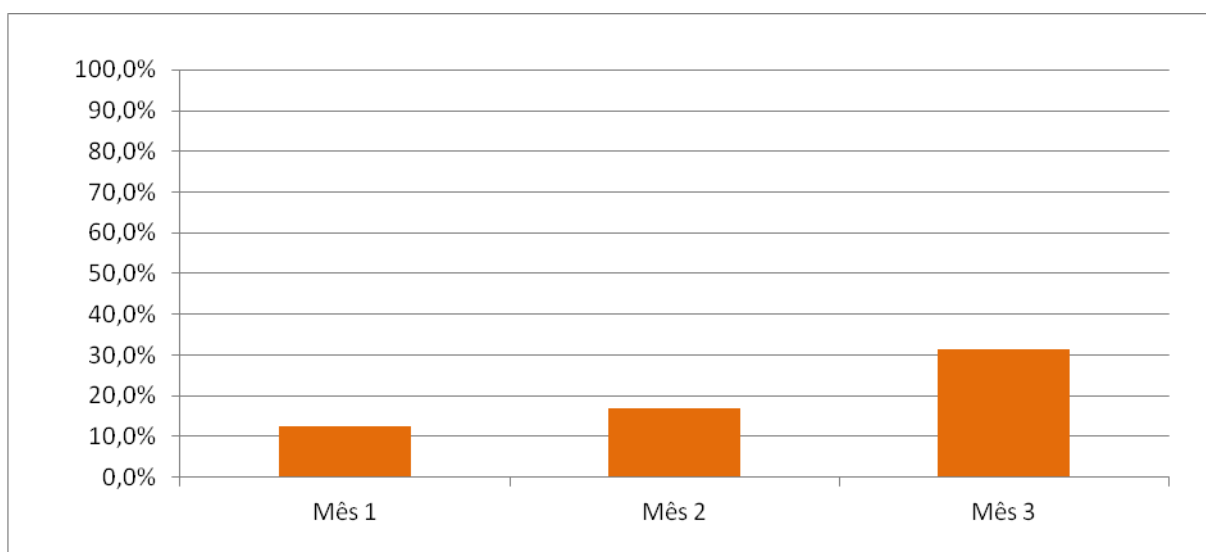
Fazendo a análise dos resultados alcançados, temos:

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

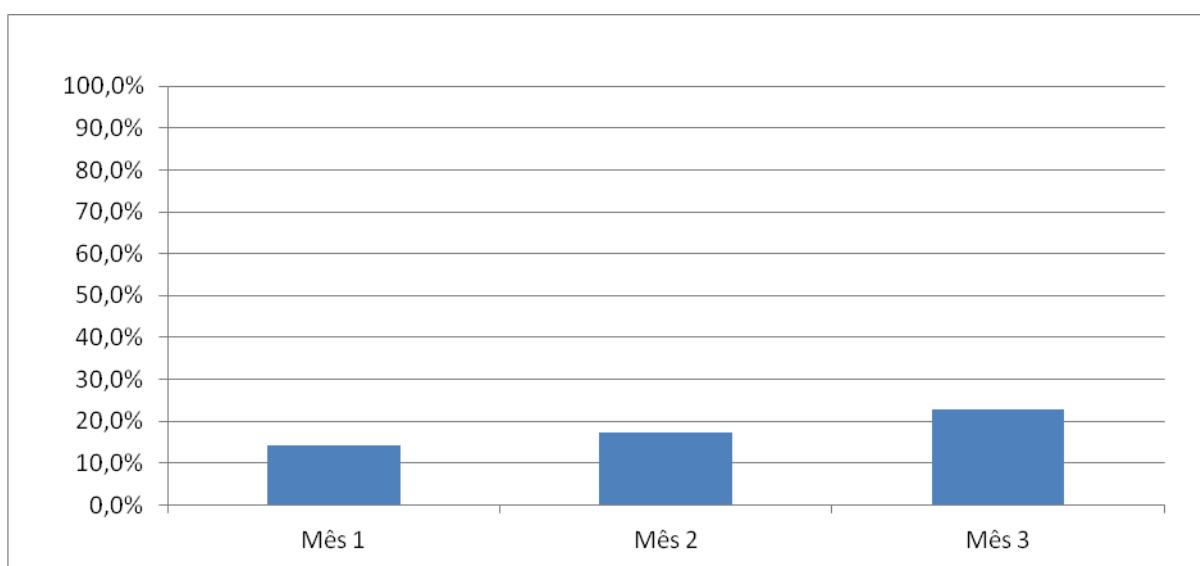
Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Temos 782 usuários com Hipertensão Arterial e 224 usuários com Diabetes Mellitus, entretanto a intervenção conseguiu o atendimento de 246 hipertensos e 51 diabéticos, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 31,5% de atendimento dos usuários hipertensos e 22,8% dos usuários diabéticos, conforme demonstrado nos gráficos 1 e 2, a seguir:



**Figura 1: Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde**



**Figura 2: Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde**

Como já dito, minha área de abrangência tem um total de 782 usuários com Hipertensão Arterial e 224 usuários com Diabetes Mellitus. No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 98 (12,5%) hipertensos e 32 (14,3%) diabéticos, no segundo mês aumentou a cobertura do programa de atenção ao diabético e hipertenso e foram cadastrados 132 (16,9%) hipertensos e 39 (17,4%) diabéticos, e no último mês da intervenção foram cadastrados 246 (31,5%) hipertensos e 51 (22,8%) diabéticos. Apesar de não alcançar o cumprimento da meta desejada, o

trabalho foi muito bom, lembrando que nas primeiras semanas não tínhamos toda a área coberta pelas agentes de saúde, só foram 12 semanas de projeto e ainda temos trabalho para fazer e que está encaminhado.

A ação que mais auxiliou para garantir o aumento da cobertura do programa de atenção ao paciente hipertenso e diabético, foi o cadastramento de toda a área de abrangência e o acompanhamento de todos os usuários pelas agentes comunitárias de saúde, as que realizavam suas visitas domiciliares semanalmente e procuravam os usuários para manter acompanhamento na unidade de saúde.

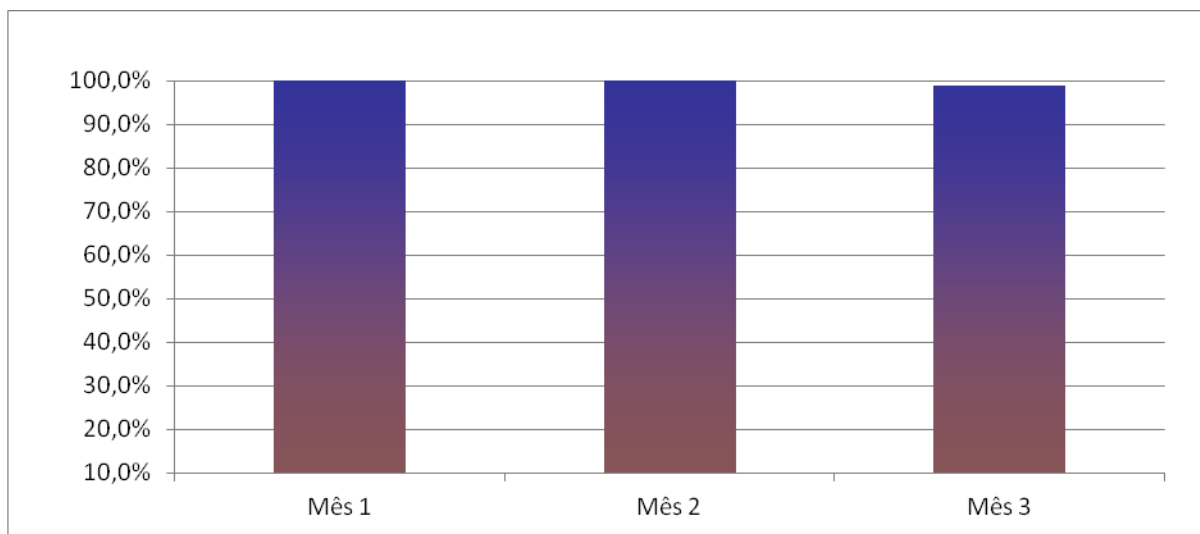
Temos usuários que ainda não foram cadastrados no programa, mas que estão sendo visitados pelas agentes de saúde e nos meses posteriores vão continuar o trabalho e a realização das consultas de seguimento para eles e o cadastramento no programa. A população de nossa área de abrangência é grande e o objetivo é continuar com as ações propostas no projeto para conseguir o cumprimento de todas as metas propostas.

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

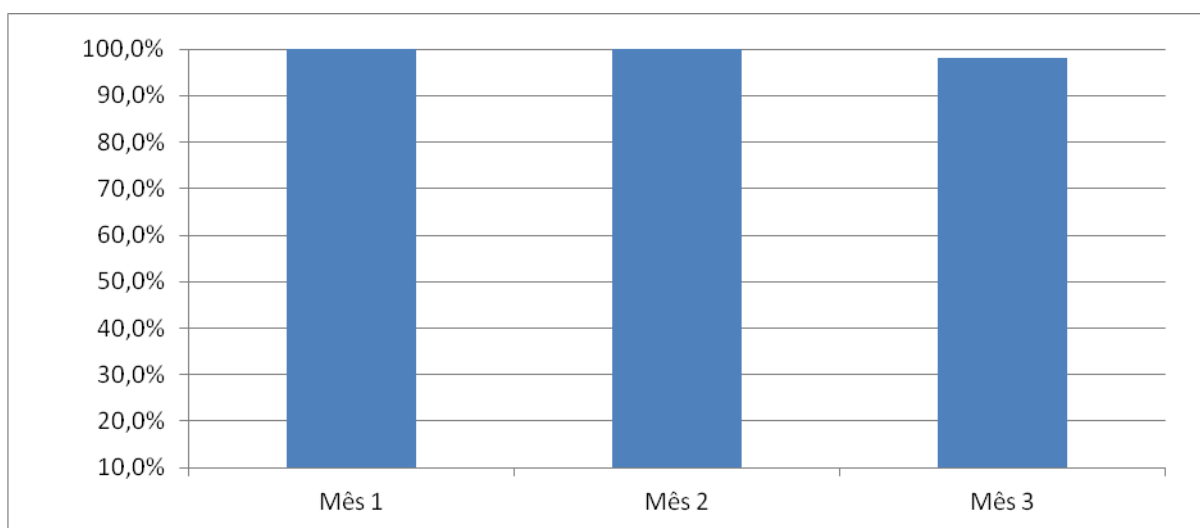
Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Para alcançar a melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, no primeiro mês da intervenção o total de hipertensos com exame clínico apropriado foram 98 (100%) e diabéticos 32 (100%), no segundo mês da intervenção foram 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e, no terceiro mês, foram 243 (98,8%) hipertensos e 50 (98%) diabéticos. Este comportamento está explícito nos gráficos 3 e 4, a seguir:



**Figura 3: Gráfico 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo**



**Figura 4: Gráfico 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo**

A ação que mais auxiliou para garantir a melhoria da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, foi a realização da monitorização da realização de exame clínico a todos os usuários hipertensos e diabéticos que foram atendidos durante a intervenção na unidade e a realização de palestras nas reuniões de equipe para garantir a realização do exame clínico apropriado. No último mês do projeto, foram muitas saídas de pessoal da unidade por férias, o que dificultou a realização da monitorização adequada, mas são ações que estão sendo cumpridas e que foram incorporadas na rotina de trabalho da UBS.

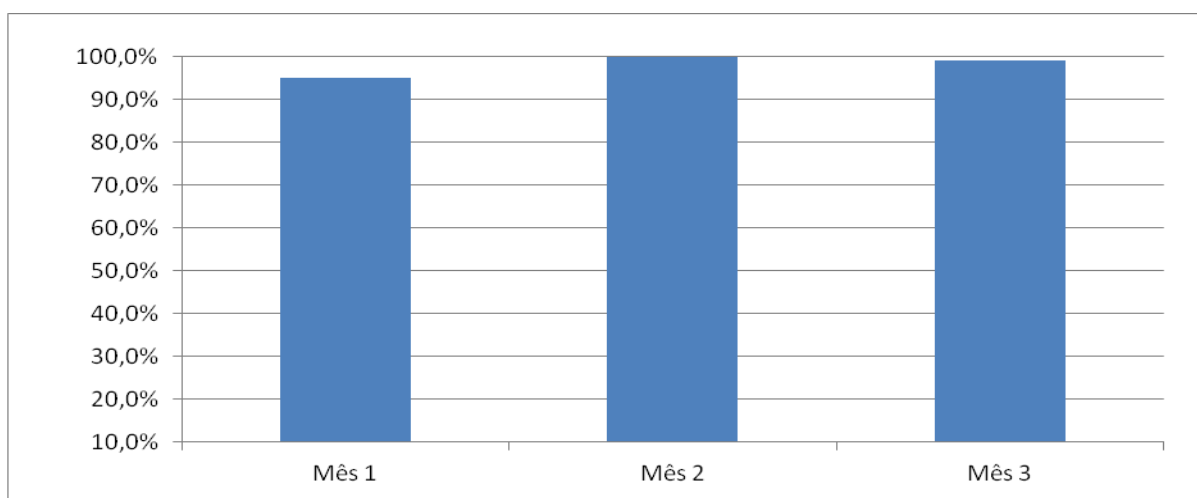
Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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.

Quando analisamos a proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, temos que ao final da intervenção foi alcançado o 99,2% no caso dos usuários hipertensos e 100% nos diabéticos.

Para alcance da melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, no primeiro mês da intervenção, o total de hipertensos com os exames complementares em dia foi 93 (94,9%) e diabéticos 32 (100%), no segundo mês da intervenção foram 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e, no terceiro mês, foram 244 (99,2%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos. Desta forma, com relação aos diabéticos, alcançamos 100% deste indicador nos 3 meses de intervenção. No caso dos hipertensos, apesar de não ter 100% nos 3 meses, foram resultados satisfatórios para o curto período de tempo da intervenção e ainda temos trabalho para fazer. Observe a proporção de hipertensos com exames complementares em dia, nos 3 meses da intervenção, no gráfico a seguir:



**Figura 5: Gráfico 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia, de acordo o protocolo**

A ação que mais auxiliou para garantir a realização dos exames complementares em dia, foi a organização das visitas domiciliares para aqueles usuários faltosos à consulta e o atendimento contínuo deles, o que ajudou ao cumprimento da realização dos exames complementares periodicamente.

Durante o projeto, foram alguns os usuários faltosos a consulta, por isso tem ainda usuários que não tem os exames complementares em dia, mas o trabalho com as agentes de saúde, a enfermeira e a médica, durante as visitas domiciliares, continua para alcançar a meta proposta.

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

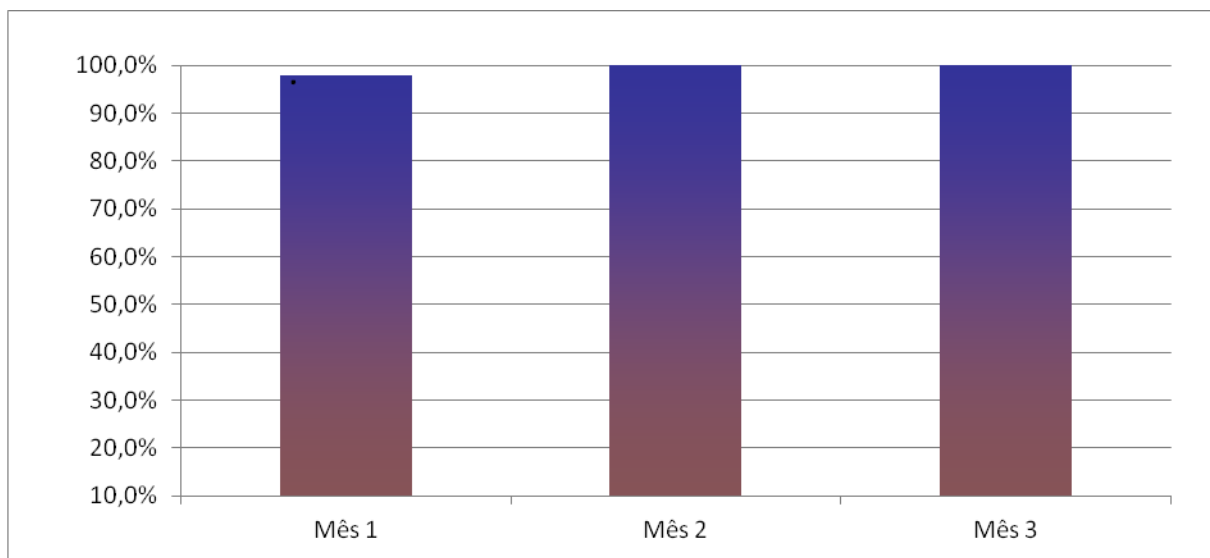
Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, foi alcançado ao final da intervenção 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

No primeiro mês da intervenção o total de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada foram 96 (98%) e diabéticos 32 (100%), no segundo mês da intervenção foram 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foram 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos. Foram logradas as metas propostas. Apenas no primeiro mês, não alcançamos a meta, deste indicador, para hipertensos, conforme exposto no gráfico 6, a seguir:





**Figura 6: Gráfico 6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada**

A ação que mais auxiliou para a obtenção da meta proposta, foi a monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. Com o registro de todos os usuários que são atendidos na UBS e o cumprimento da periodicidade das consultas, foi possível garantir o atendimento de todos os usuários que tinham consulta no período e avaliar a possibilidade de manter tratamento da farmácia popular e monitorar a eficácia dos mesmos e o controle das doenças. Temos usuários que mantêm acompanhamento em consultas particulares, o que dificulta manter o tratamento contínuo, porque são seguidos em outros lugares, mas a maioria vai à unidade.

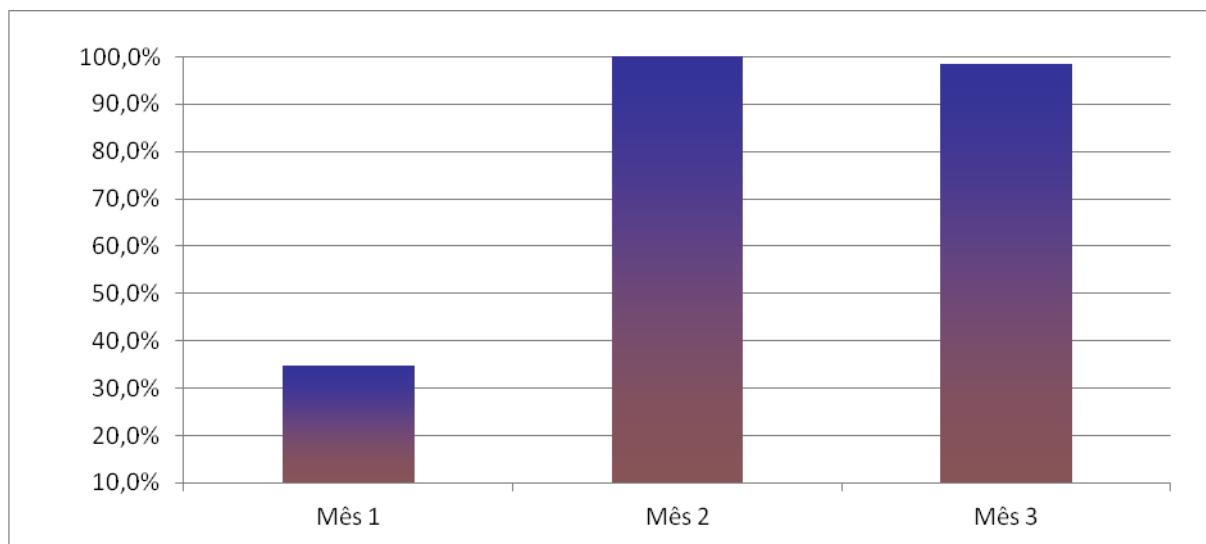
Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

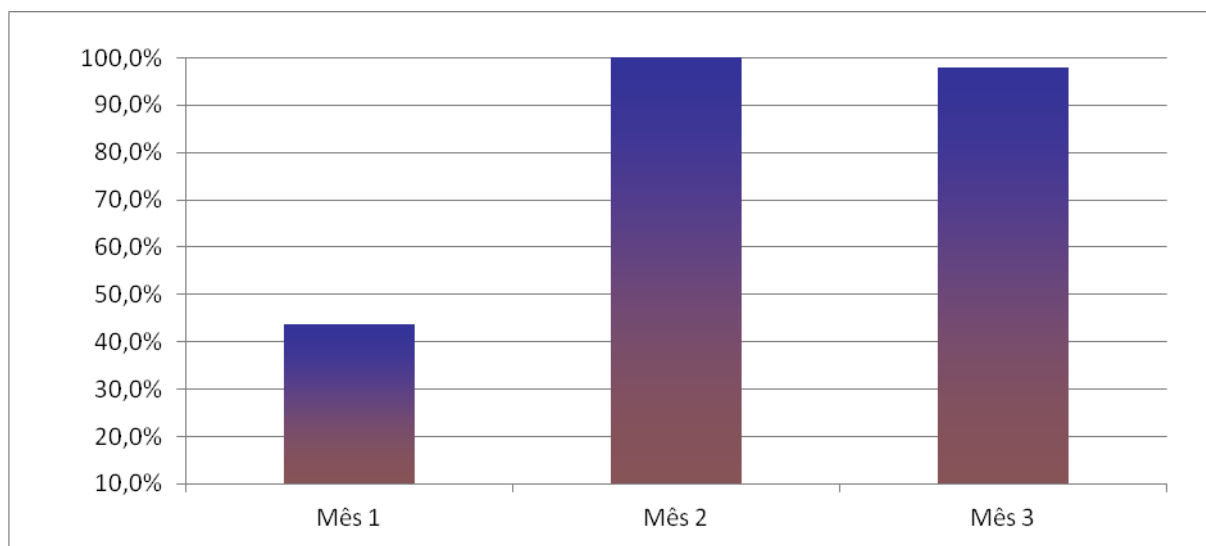
Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Analisando a proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no final da intervenção foi alcançado 98,4% dos hipertensos e 98% dos diabéticos. No primeiro mês da intervenção, o total de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi 34 (34,7%) e diabéticos 14 (43,8%); no segundo mês da intervenção, foi 132 (100%)

hipertensos e 39 (100%) diabéticos; e no terceiro mês, foi 242 (98,4%) hipertensos e 50 (98%) diabéticos. A meta proposta não foi cumprida, mas ainda temos ações incorporadas na rotina de trabalho para, em curto período de tempo, alcançarmos os objetivos propostos pela intervenção. Veja nos gráficos 7 e 8:



**Figura 7: Gráfico 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**



**Figura 8: Gráfico 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

A ação que mais auxiliou para o cumprimento desta meta foi a informação da comunidade sobre a importância de realização das consultas e a capacitação das agentes de saúde, as quais durante as suas visitas domiciliares informavam à

comunidade sobre a importância de manter atendimento odontológico periodicamente.

Porém, temos muitas dificuldades para o cumprimento desta meta porque no município temos somente uma UBS que tem a disponibilidade para o atendimento odontológico dos usuários e a quantidade é bem grande, o que dificulta que todos os usuários possam ter avaliação odontológica periodicamente, mas a população é encaminhada e atendida, só que as vezes demora o tempo para conseguir a consulta.

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

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

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

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, foi alcançado no final da intervenção 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Para melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa de atenção na unidade de saúde, uma das ações mais importantes foi garantir a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês da intervenção foi realizada a busca dos 13 (100%) hipertensos faltosos às consultas e dos 6 (100%) diabéticos; no segundo mês, foram 10 (100%) hipertensos e 3 (100%) diabéticos; e no terceiro mês, foram 10 (100%) hipertensos e 3 (100%) diabéticos. Todos foram encaminhados para a consulta de seguimento.

A ação que mais auxiliou para garantir o cumprimento da meta proposta, foi a organização de visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos à consulta. Durante todas as reuniões de equipe da semana foram organizadas visitas domiciliares para as agentes de saúde, a enfermeira e a médica da unidade para realizar esta busca e encaminhá-los para atendimento médico, o que garantiu o cumprimento da meta proposta na intervenção e o acompanhamento contínuo de todos os usuários.

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.

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, ao final da intervenção foi alcançado 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Para melhorar o registro das informações durante todo o tempo da intervenção na unidade de saúde, foi mantida a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. No primeiro mês da intervenção a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 98 (100%) e de diabéticos de 32 (100%); no segundo mês foi de 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos; e no terceiro mês foi de 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos, alcançando a meta proposta pelo projeto.

A ação que mais auxiliou para garantir o cumprimento da meta proposta, foi a monitorização do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS. Durante toda a intervenção foram recolhidas todas as informações pela enfermeira e as técnicas de enfermagem sobre todo o processo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos e o registro adequado nas fichas de atendimento. Com toda esta monitorização foi possível o cumprimento da meta proposta.

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.

No que diz respeito à proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, foi alcançado ao final da intervenção um 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Foi realizado o mapeamento dos usuários

hipertensos e diabéticos com risco para apresentar doença cardiovascular, com a realização da estratificação de risco cardiovascular nestes usuários. Durante o primeiro mês da intervenção foi realizada a estratificação de risco cardiovascular em 98 (100%) usuários hipertensos e 32 (100%) diabéticos; no segundo mês foi em 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foi em 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos, alcançando, portanto, a meta proposta pelo projeto.

A ação que mais auxiliou para o cumprimento desta meta, foi a monitorização do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Durante toda a intervenção foram recolhidas as informações sobre o número de usuários com verificação de risco pelo menos uma vez por ano.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Analisando a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, foi alcançado ao final da intervenção um 100% de hipertensos e 100% dos diabéticos. O último objetivo do projeto de intervenção implantado na minha UBS, foi bem importante porque foram realizadas ações para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, primeiro com a orientação nutricional sobre alimentação saudável durante toda a intervenção e no trabalho diário na unidade. No primeiro mês, foi realizada orientação nutricional em 98 (100%) usuários hipertensos e 32 (100%) diabéticos, no segundo mês foi em 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foi em 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos, alcançando a meta proposta.

A ação que mais auxiliou para o cumprimento desta meta, foi a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as reuniões de equipe foram dadas orientações para as agentes de saúde sobre alimentação saudável, o que elas orientaram depois para

toda a comunidade durante as suas visitas domiciliares. Ação que foi incorporada na rotina de trabalho da UBS e na agenda das agentes.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e 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.

Sobre a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, ao final da intervenção foi alcançado 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Para garantir a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, foram realizadas ações sobre orientação da prática de atividade física periodicamente. No primeiro mês foi realizada a orientação em relação à prática regular de atividade física em 98 (100%) usuários hipertensos e 32 (100%) usuários diabéticos, no segundo mês foi em 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foi em 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos.

A ação que mais auxiliou para o cumprimento da meta proposta, foi a orientação de toda a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Durante as visitas domiciliares feitas pelas agentes de saúde, a enfermeira e a médica da unidade, foram dadas orientações para toda a população sobre fatores de risco das doenças e a importância de realizar exercícios físicos periodicamente para evitar a obesidade e o sedentarismo como causas de hipertensão e diabetes.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e 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.

Analisando a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, ao final da intervenção foi alcançado 100% dos hipertensos e

100% dos diabéticos. Foram realizadas ações durante o projeto de intervenção de orientação sobre os riscos do tabagismo e as complicações do uso de cigarro. No primeiro mês da intervenção, a proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo foi de 98 (100%) usuários e 32 (100%) usuários diabéticos, no segundo mês foi em 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foi em 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos, alcançando a meta proposta pelo projeto.

A ação que mais auxiliou para o cumprimento da meta, foi a orientação para toda a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, entre eles sobre os riscos do tabagismo e as complicações do uso indiscriminado do cigarro. Ação esta, que foi realizada durante as visitas domiciliares agendadas durante o projeto e que é mantida na rotina de trabalho da UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e 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.

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal, ao final da intervenção foi alcançado o 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Foi garantida a orientação sobre a importância de manter a higiene bucal em todos os usuários que participaram do projeto durante toda a intervenção e sobre a importância de manter acompanhamento com o odontologista periodicamente. No primeiro mês da intervenção, foi realizada a orientação sobre higiene bucal em 98 (100%) usuários hipertensos e 32 (100%) usuários diabéticos, no segundo mês foi em 132 (100%) hipertensos e 39 (100%) diabéticos e no terceiro mês foi em 246 (100%) hipertensos e 51 (100%) diabéticos.

A ação que mais auxiliou O cumprimento da meta proposta, foi a orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, sobretudo sobre os riscos de não manter uma boa higiene bucal e a importância de manter acompanhamento odontológico periodicamente para evitar complicações das suas doenças.

Apesar de ter pouco tempo para o cumprimento de todas as metas e objetivos propostos, porque foram somente 12 semanas de projeto na UBS, o trabalho foi encaminhado e o mais importante é a incorporação das ações na rotina diária de trabalho na unidade para manter a intervenção por mais tempo e sobretudo para o cumprimento das metas que não foram cumpridas e garantir a melhoria do atendimento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis e a satisfação da população em geral, que é o nosso principal objetivo na atenção primária de saúde.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, teve resultados importantes, apesar de não ter cumprido todas as metas propostas, o trabalho está encaminhado para continuar com a realização das ações e garantir o cumprimento de todos os objetivos e metas com o trabalho diário na UBS. A mesma propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a melhoria dos registros de toda a informação, a melhoria da qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos com a busca ativa dos usuários faltosos às consultas e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do mapeamento dos usuários hipertensos e diabéticos com risco para apresentar doença cardiovascular e com a realização de orientação nutricional para toda a população, orientação sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

A realização da intervenção na minha UBS teve uma boa aceitação por toda a equipe de saúde da unidade, trabalhamos forte durante 12 semanas e as ações foram incorporadas na rotina de trabalho. Isto exigiu que a equipe se capacitasse para seguir todas as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem, das agentes comunitárias de saúde e o pessoal da recepção, o que garantiu o trabalho em equipe para conseguir a coleta de todas as informações e a implementação da intervenção na unidade. Também definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, o que foi realizado na reunião da equipe da primeira



semana da intervenção e que foi incorporado na rotina de trabalho, com a integração da equipe e garantia da melhoria do atendimento para toda a população na UBS.

Todo o trabalho realizado durante as 12 semana do projeto de intervenção, acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como, por exemplo, na melhoria do acolhimento para os usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a orientação da comunidade em geral sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, durante as visitas domiciliares das agentes de saúde, a médica e a enfermeira da UBS, a capacitação das agentes comunitárias de saúde a cada semana para manter o cadastramento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis, a organização de visitas domiciliares para buscar usuários faltosos às consultas e garantir a realização de consultas de seguimento, priorização do atendimento para usuários avaliados como de alto risco e a capacitação da equipe em todas as reuniões semanais.

A realização do projeto de intervenção na minha unidade básica de saúde teve boa repercussão para o serviço. Antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus eram todas concentradas na clínica geral da UBS. Com a implementação da intervenção e ações na rotina de trabalho da unidade, foi revista as atribuições de toda a equipe, viabilizando a atenção a um maior número de usuários durante cada jornada laboral, onde cada membro da equipe tem as suas funções na atenção da população, o que garantiu uma maior satisfação da população em geral e viabilizou a otimização da agenda para melhorar a atenção à demanda espontânea. Realizamos durante toda a intervenção na unidade e durante as visitas domiciliares, uma classificação de risco dos usuários hipertensos e diabéticos para alcançar a priorização do atendimento dos mesmos e para que aqueles que precisarem de consulta no momento, possam ter o atendimento e o seguimento pela equipe de saúde.

O impacto da intervenção para a comunidade é bom, mas ainda é pouco para o trabalho realizado e lembrando que temos coisas para fazer ainda. Somente temos o trabalho encaminhado e continuamos com a implementação das ações na rotina diária do trabalho na UBS. Os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa tem sido priorizados com o atendimento e as consultas de seguimento, mas temos que continuar com a implementação de intervenções para o resto da população que também precisa de atendimento contínuo. Apesar da ampliação da cobertura do programa para estes usuários, ainda temos muitos usuários

hipertensos e diabéticos que não foram cadastrados porque a área de abrangência não estava coberta pelas agentes de saúde, temos que garantir o melhor atendimento dos usuários pelo serviço de odontologia, continuar com a busca ativa dos usuários faltosos à consulta durante as visitas domiciliares para alcançar o índice de cobertura proposto. Temos, também, que garantir a realização de palestras na comunidade sobre alimentação saudável, realização de exercícios físicos periodicamente e, sobretudo, sobre fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, para garantir a diminuição destas na população. Com a continuidade das ações e o trabalho em equipe, pretendemos conseguir a satisfação da população em geral e melhorar o atendimento na UBS.

A intervenção poderia ter sido realizada muito melhor se desde o começo do trabalho na unidade todos os envolvidos tivessem conhecimento acerca de todas as ações a serem realizadas durante a intervenção, para garantir que toda a equipe fosse envolvida no cronograma e na realização de todas as ações, com conhecimento de tudo o que estava acontecendo na unidade. Também faltou uma maior informação para a comunidade e o tempo foi muito curto para que toda a população conhecesse sobre as ações que estavam sendo realizadas e a importância das mesmas para garantir um melhor atendimento na UBS. Além disso, foram muitos os profissionais de férias durante as 12 semanas de intervenção, o que deu um maior trabalho para o resto da equipe e a diminuição dos indicadores em algumas semanas. Agora que estamos fazendo um resumo da intervenção, temos garantido uma boa unidade de toda a equipe e, sobretudo, temos incorporado muitas ações na rotina diária de trabalho, o que vai melhorar a realização das ações e garantir o cumprimento de todas as ações e metas propostas e com isto alcançar a satisfação de toda a população, com a promoção e prevenção de doenças, que é o nosso trabalho principal na atenção primária de saúde.

A intervenção já foi incorporada na rotina de trabalho da unidade de saúde e temos ações que são realizadas no dia a dia nos horários de atendimento. Temos garantido a capacitação das agentes de saúde para realizar trabalho de conscientização na comunidade, durante as suas visitas domiciliares, para que conheçam sobre a importância de priorizar atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e que precisam manter acompanhamento periodicamente, sobre fatores de riscos para desencadear doenças e sobre a importância de comparecer as consultas. Temos garantido a realização de acolhimento prioritário para aqueles

usuários que precisam de atendimento no momento e cada membro da equipe conhece sobre a realização de exame clínico apropriado.

Notamos que temos falta de informações nos registros dos usuários hipertensos e diabéticos, o que em alguns casos prejudicava a coleta de informações, o que está sendo melhorado com a incorporação da intervenção na rotina do serviço e com o trabalho que cada membro da equipe tem que fazer.

A partir de agora, com a incorporação da intervenção no trabalho diário, pretendemos ampliar o índice de cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar o atendimento odontológico da população em geral, manter a capacitação de toda a equipe a cada semana para garantir que cada membro possa realizar o seu trabalho e, sobretudo, melhorar o atendimento a cada dia e com isto a satisfação da população.

Tomando este projeto de intervenção como exemplo e logo após de ter alcançado o cumprimento de todas as metas e indicadores propostos, também pretendemos implementar outros programas na UBS, como atenção as crianças e ao paciente com doenças cardiovasculares que precisam de acompanhamento contínuo.

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

Caro (a) Secretário de Saúde,

No período de 3 meses, a equipe de saúde da UBS 2 Morada do Sol desenvolveu atividades planejadas para a realização da intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte da Especialização em Saúde da Família que eu, Dra. Yudiennys Acosta Pupo, realizei por meio da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Queridos gestores, a nossa comunidade tem alcançado muitos benefícios com a implementação da intervenção na rotina de trabalho, como por exemplo: ampliação da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde, melhorou a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos com a realização de exame clínico apropriado e exames complementares periodicamente, melhorou a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia, aumentou a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, priorizou a busca ativa de usuários faltosos às consultas médicas, melhorou o registro adequado nas fichas de atendimento e com isto a realização de estratificação de risco cardiovascular com a realização de mapeamento dos usuários com risco para apresentar doença cardiovascular, foram organizadas palestras na comunidade periodicamente sobre orientação nutricional, sobre prática regular de atividade física, sobre fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, sobre riscos do tabagismo e orientações sobre importância de manter uma boa higiene bucal.

Com a implementação da intervenção melhorou o acolhimento na unidade para os usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis com a priorização do atendimento para os usuários avaliados como de alto risco e que

precisam de atendimento e avaliação no momento, o que evita a ocorrência de complicações e a compensação das doenças.

Com a realização da intervenção em nossa unidade de saúde foram alcançados resultados satisfatórios, além de não lograr ainda alguns indicadores, mas o trabalho está encaminhado e garantido a continuação dele no trabalho diário. Por exemplo: o índice de cobertura de atenção ao hipertenso na unidade de saúde foi aumentado um 31,5% e de diabéticos em 22,8%; a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de um 98,8% e de diabéticos de um 98%; a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de um 99,2% e de diabéticos de um 100%; a proporção de hipertensos com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada foi de um 100% e de diabéticos foi de um 100% também; em quanto a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de um 98,4% e de diabéticos de um 98%; a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de um 100% e de diabéticos também de um 100%; a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de um 100% e de diabéticos de um 100% também; em quanto a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de um 100% e de diabéticos foi de um 100% também; a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de um 100% e de diabéticos também de um 100%; a proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de um 100% e de diabéticos de um 100% também; em quanto a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo foi de um 100% e de diabéticos foi de um 100% também e a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de um 100% e de diabéticos de um 100% também. Até o momento são satisfatórios todos os resultados alcançados e pretendemos aumentar todos os indicadores que não foram cumpridos nos próximos meses de trabalho.

Para garantir o cumprimento de todas as ações propostas pela nossa intervenção, aumentar o índice de cobertura, cumprir os objetivos propostos que ainda não temos cumprido e, sobretudo, alcançar a incorporação de novos projetos de intervenção na unidade de saúde, é preciso melhorar aspectos da gestão, que poderiam contribuir para ajudar a qualificar ainda mais a realização do trabalho realizado na unidade. Precisamos garantir manter 100% da área de abrangência

coberta pelas agentes de saúde, que é a melhor forma que temos para lograr os objetivos propostos, sobretudo o cadastramento de todos os usuários e a busca ativa dos usuários faltosos às consultas. É preciso manter todos os medicamentos na unidade e nas farmácias populares para garantir o tratamento contínuo dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, lembrando que temos usuários que não têm condições para pagar tratamento e que precisam destes. Precisamos buscar uma alternativa para garantir o atendimento odontológico dos usuários, periodicamente, porque temos uma população grande e pouco serviço de atendimento por profissionais da área.

Para garantir a realização de exames complementares periodicamente, precisamos diminuir o tempo de espera dos usuários nos laboratórios porque, às vezes, é muito o tempo que tem que esperar e não é possível ter o resultado dos exames no momento que se precisa.

Até o momento, temos todo o nosso trabalho na unidade bem encaminhado, a população conhece, sobretudo, o que está acontecendo e sobre os benefícios que tem para a comunidade em geral. Ainda temos trabalho para fazer, mas o mais importante é manter o trabalho em equipe e lograr a satisfação da população e com isto garantir o cumprimento dos objetivos e metas propostos, aumentar o índice de cobertura de usuários incorporados ao projeto e, o mais importante, melhorar o atendimento na unidade que é o nosso trabalho diário.

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

Bom dia para todos, eu sou a Dra. Yudiennys Acosta Pupo, clínica geral da UBS 2 Morada do Sol, que estou trabalhando no Brasil pelo programa Mais Médicos desde março de 2014. Hoje vou falar com vocês sobre o projeto de intervenção que foi realizado na unidade de saúde para melhorar o atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e sobre tudo, dos resultados alcançados depois de três meses de trabalho e sobre todas as ações que foram incorporadas na rotina de trabalho do dia a dia da UBS para garantir a melhoria do atendimento da população em geral e a sua satisfação.

Depois de doze semanas de trabalho forte na unidade de saúde Morada do Sol, onde vocês pertencem, com a implementação do projeto de intervenção para garantir a melhoria do atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, foram alcançados resultados satisfatórios, tanto para a população em geral quanto para o pessoal que trabalha na UBS.

Com a implementação da intervenção e ações na rotina de trabalho da unidade, foram revistas às atribuições de toda a equipe, viabilizando a atenção a um maior número de usuários durante cada jornada laboral, onde cada membro da equipe tem as suas funções na atenção de toda a população, o que garantiu uma maior satisfação da população em geral e viabilizou a otimização da agenda para melhorar a atenção à demanda espontânea.

Todos vocês, que são a comunidade de nossa UBS tem adquirido muitos benefícios com as ações que foram incorporadas na rotina de trabalho, como por exemplo: ampliação da cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde, melhorou a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos com a realização de exame clínico apropriado e exames complementares periodicamente, melhorou a prescrição de medicamentos da farmácia

popular/hiperdia, aumentou a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, priorizou a busca ativa de usuários faltosos às consultas médicas, melhorou o registro adequado nas fichas de atendimento e com isto a realização de estratificação de risco cardiovascular com a realização de mapeamento dos usuários com risco para apresentar doença cardiovascular, foram organizadas palestras na comunidade periodicamente sobre orientação nutricional, sobre prática regular de atividade física, sobre fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, sobre riscos do tabagismo e orientações sobre importância de manter uma boa higiene bucal.

Com a implementação da intervenção melhorou o acolhimento na unidade para os usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis com a priorização do atendimento para os usuários avaliados como de alto risco e que precisam de atendimento e avaliação no momento, o que evita a ocorrência de complicações e a compensação das doenças.

Todos vocês tem que conhecer que com a implementação de novas ações na unidade vai melhorar o atendimento de todos e que temos previsto a incorporação de ações para o resto da população paulatinamente. O mais importante é garantir atenção de qualidade e fazer o nosso principal trabalho na atenção primária de saúde, que é a promoção e prevenção de doenças e com isto manter o acompanhamento dos usuários, sobre tudo aqueles com fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e garantir as consultas de seguimento para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis.



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

Com o início do curso de especialização em saúde da família, depois da chegada ao Brasil e o começo do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, nos primeiros momentos foi bem complexo porque foram muitas coisas acontecendo no mesmo momento, primeiro a chegada a um país que não conhecia, começar a falar um idioma diferente ao de meu país e começar o trabalho que além de ser na atenção primária de saúde, tinha muitas coisas diferentes e burocracia que foi necessário começar a conhecer.

As primeiras semanas da especialização foram bem cansativas e difíceis, tarefas em idioma português que ainda não dava para entender muito bem, mas na verdade, com o passar do tempo foi sendo mais fácil, comecei a ver o curso como uma ferramenta muito boa para o trabalho na unidade e sobre tudo para melhorar a saúde e o atendimento da população em geral.

Agora, depois de terminado o projeto de intervenção e com os resultados obtidos é muito maior o meu interesse por manter o trabalho na UBS e garantir a melhoria do atendimento a cada dia, e sobre tudo, garantir a satisfação da população que é bem importante.

O meu desenvolvimento no curso foi bom, realizando as tarefas a cada semana, vinculando todo o trabalho com o meu serviço na unidade e compartilhando com toda minha equipe de saúde que ficou perto com a implementação do projeto de intervenção na rotina diária de trabalho.

O curso de pós graduação em saúde da família do Brasil influenciou bastante no meu desenvolvimento como clínica geral e no meu trabalho na unidade de saúde. Foram muitas as coisas aprendidas no dia a dia e a cada semana com a realização das tarefas, o desenvolvimento de casos clínicos que muitas vezes foram motivo de consultas de muitos usuários e com a informação garantida pelos coordenadores do

curso. Lembrando que o sistema de saúde brasileiro tem diferenças com o nosso sistema de saúde e que ainda estamos conhecendo como é feito todo o trabalho na atenção primária de saúde no Brasil. Até agora o trabalho é bom e a satisfação da população brasileira com o programa é notável, muito tem a ver com a realização da especialização.

Foram muitos os aprendizados decorrentes do curso, sobre tudo com a realização do projeto de intervenção que para mim foi de muita ajuda no meu trabalho na minha UBS. Além de não ter alcançado todos os objetivos e metas propostas, com a realização da intervenção e a incorporação de muitas ações no trabalho diário da unidade, foi melhorado o atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, logramos melhorar o trabalho na UBS e com isto a satisfação da população aumentou. Ainda temos muito trabalho para fazer, mas o mais importante é que temos todo encaminhado e uma equipe que tem muita disposição para trabalhar e melhorar a saúde da população.

Eu acho que a realização da pós graduação em saúde da família do Brasil foi uma ferramenta bem importante para meu trabalho e ajudou a melhorar meus conhecimentos em relação ao sistema de saúde brasileiro. O curso foi desenvolvido com muita qualidade e com documentação suficiente para garantir o nosso processo de aprendizagem. Fico feliz de ter chegado até o final dele e ter sido parte deste processo.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.2.ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006<sup>1</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica\_Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília, 2006<sup>2</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Abordagem nutricionar1 em diabetes mellitus. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. diabetes mellitus: Guia básico para diagnóstico e tratamento. 2.ed, Brasília, 1997

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia 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 D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante