

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial e/ou  
Diabetes Mellitus da ESF II de Alpestre/RS**

**Erick Lopes Planas**

**Pelotas, 2015**

**Erick Lopes Planas**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial e/ou  
Diabetes Mellitus da ESF II de Alpestre/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.

Orientadora: Andressa Hoffmann Pinto

Pelotas, 2015

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

P699m Planas, Erick Lopez

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da ESF II de Alpestre/RS / Erick Lopez Planas; Andressa Hoffmann Pinto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

68 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. Pinto, Andressa Hoffmann, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico em primeiro lugar, todo meu esforço e trabalho, a minha família por terem me apoiado em todo o momento.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a toda pessoa que de um jeito ou outro participou de meu desenvolvimento e realização do projeto de intervenção.

## Resumo

PLANAS, ErickLopez. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da ESF II de Alpestre/RS**. 2015. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são doenças crônicas altamente prevalentes e com alto impacto negativo social. A identificação precoce dos hipertensos e diabéticos para o tratamento eficaz repercute diretamente na evolução clínica da doença, evitando complicações. Realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família II de Alpestre, vinculado ao Programa Mais Médico Brasil, teve como objetivos ampliar a cobertura do programa e oferecer um atendimento de qualidade a usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Outro propósito foi diminuir os fatores de riscos modificáveis destas doenças e manter um controle daqueles não modificáveis. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2015 (três meses), através das fichas espelho e planilha de coleta de dados utilizados para o monitoramento da intervenção. Foram cadastrados 264 hipertensos e 23 diabéticos correspondendo 73,5% e 25,8% respectivamente. Nos três meses de intervenção mantemos 100% de proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado nas fichas de acompanhamento, com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia, com orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientações sobre prática de atividade física regular, orientações sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. Pretende-se continuar com ações de promoção e prevenção em saúde para evitar complicações e obter mudanças no estilo de vida dos usuários, através de atividades educativas. As principais contribuições do projeto são: para a unidade significa uma ferramenta para poder acompanhar, avaliar, continuar implementando o projeto no futuro; para a equipe o trabalho ficou mais organizado, melhorou a qualificação da equipe e aumentou a adesão dos usuários; para a comunidade, participação coletiva em promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	42
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	43
Figura 3	Gráfico de proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	44
Figura 4	Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	45
Figura 5	Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	46
Figura 6	Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	47
Figura 7	Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	48
Figura 8	Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	49
Figura 9	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	50

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	18
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores.....	27
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma .....	34
3 Relatório da Intervenção .....	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	38
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	38
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	39
4 Avaliação da intervenção .....	40
4.1 Resultados .....	40
4.2 Discussão .....	54
5 Relatório da intervenção para gestores .....	55
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	58
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	60
Referências .....	61
Anexos .....	62

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhoria a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da UBS/ESF II de Alpestres/RS. O volume está organizado em sete unidades de trabalho seqüenciais e interligados. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta sessão encontra-se o relatório para gestão. Na sexta parte apresentamos o relatório para comunidade e na sétima e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de novembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

Meu nome é Erick Lopes Planas, tenho 46 anos, natural de Cuba, formado em medicina, especialista em Medicina da Família e Comunidade. Atualmente trabalho na Equipe de Saúde da Família (ESF) V na cidade de Alpestre, cidade do interior do Rio Grande do Sul. Faço parte do Programa Mais Médico do governo brasileiro

Na ESF em que trabalho os usuários são atendidos individualmente, é realizado o exame físico e após se necessário a conduta médica.

A equipe de ESF é composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem agentes comunitários de saúde. Também há no mesmo prédio em funcionamento, a Secretaria Municipal de Saúde. Contamos com um dentista que atende á toda a população diariamente.

Temos durante a semana um dia reservado para a visita domiciliar aos doentes. São realizados grupos de Hipertensos e diabéticos, os quais são feitas aferições de pressão arterial e entrega de medicamentos os conforme a prescrição medica.

Atendemos em nosso território um total de 2359 pessoas, onde tem 1969 pessoas de 15 ou mais anos 615 mulheres de 10 – 49 anos. Temos 14 gestantes e 48 crianças menores de 2 anos. 373 hipertensos e 32 diabéticos.

Contamos também com uma equipe composto por:

Assistente Social e Psicólogo que nos dão suporte em alguns atendimentos.

Asdoenças predominantes são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus(DM)tipo 2, Hiperlipoproteinemias, obesidade, uma grande quantidade de dependentes de psicotrópicos.

O município é conhecido na localidade pelas plantações de fumo, agricultura, acho que o clima é frio e úmido o que aumenta a incidência das infecções respiratórias, sendo a gripe a doença mais freqüente dentro das doenças transmissíveis, também a água de consumo vem diretamente de poço sem tratamento prévio devendo portanto ser fervida ou filtrada e incentivar o uso de hipoclorito de sódio.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Alpestre é um município do estado do Rio Grande do Sul. Sua população é constituída por descendentes europeus: Poloneses, Italianos e Alemães. O município de Alpestre tem uma população de 7023 habitantes. É um município formado pelas águas do rio Uruguai e faz divisa fluvial com o estado de Santa Catarina. Tem uma superfície de 328,7 Km<sup>2</sup>. Pertence a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde. Conta com uma UBS urbana composta por quatro equipes de ESF, com disponibilidade de núcleo de apoio à saúde da família (NASF), não há disponibilidade de atenção especializada. Assim, esse nível de assistência é planejada por meio de convênios com o sistema único de saúde (SUS) e administração do município. Na cidade há um pequeno Hospital e dois laboratórios, sendo que um deles é perto do posto.

Atualmente trabalho no ESFII na cidade de Alpestre, antigamente eu atendia no ESF IV, por circunstâncias fora de minha vontade, fui remanejado. O número de trabalhadores de saúde que compõem nossa equipe número II são: dois médicos clínicos geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 5 agentes comunitários, duas farmacêuticas. Contamos também com uma equipe de NASF composta por: assistência social, Psicólogo que nos dão suporte em alguns atendimentos. Nesta Unidade de saúde não são desenvolvidas atividades de ensino.

Nossa UBS funciona em dois turnos (manhã e tarde). Na UBS não temos uma sala de reuniões. A sala de procedimentos é muito pequena, nela são feitos os curativos, atendimento de urgências, todos os procedimentos de enfermagem. Na sala de triagem se faz as mensurações e as nebulizações, contamos com uma sala de esterilização. Como mencionado anteriormente, na UBS há quatro equipes de

ESF, sendo que três equipes têm consultório odontológico na sede e a equipe 3 tem um consultório fora da sede. Esse último está localizado no interior de Alpestre e não apresenta as dimensões mínimas para realização dos atendimentos. A sala de espera comporta no máximo cerca de 30 pessoas. Não contamos com aparelho de raio-x, sendo que esses são realizados no hospital. Uma das salas de consulta não tem banheiro individual. Existem negatoscópios para a avaliação dos exames radiológicos. A estrutura da UBS em relação às barreiras arquitetônicas, pode-se dizer que o prédio da unidade de saúde é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, tem uma rampa de acessibilidade que é muito usada pelos idosos, pelos usuários com deficiências. As instalações sanitárias não são adaptadas. A calçada e as áreas próximas a UBS não são planejadas. Toda a nossa equipe de saúde realiza estratégias para que o acesso aos serviços de saúde seja o melhor possível, principalmente para as pessoas idosas e aos portadores de deficiências, como exemplo, os profissionais sempre acompanham usuários idosos e/ou cadeirantes e/ou com limitação física e buscamos acomodá-los de maneira confortável em nossa sala de espera e damos prioridade no atendimento.

Sobre a atribuição dos profissionais da equipe, podemos dizer que todos buscam trabalhar de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e de acordo com o que é atribuído para seu cargo. Nossa equipe trabalha em conjunto para definir os problemas e as prioridades de saúde de nossa região. Sempre buscamos dar solução aos problemas de saúde de maior complexidade, para assim realizar um levantamento estatístico em que seja permitido obter toda a informação na UBS sobre os usuários do serviço. A equipe organiza o atendimento a partir da organização da população por famílias, isso nos permite um melhor acompanhamento dos usuários. Nossa UBS realiza atividades de promoção e prevenção para os grupos todos mensalmente, com participação de todos profissionais da UBS, temos participação nos programas do Rádio para conversar sobre os temas de relevância em saúde na busca da qualidade de vida.

Atendo uma população de 2359 usuários. A população da área adstrita divide-se da seguinte forma: total de mulheres: 1.168, mulher em idade fértil: 615, total de homens: 1191, total de idosos 323, mulheres Idosas: 165 homens idosos: 158. Um total de 14 gestantes, 8 puérperas, 10 crianças menores de dois anos.

Sobre o acolhimento, contamos com uma sala de recepção, para a realização do mesmo, não é toda equipe que participa do acolhimento dos usuários,

somente o técnico e recepcionista. Em nossa UBS trabalhamos com agendamento, mas também atende à demanda espontânea. Também agendamos as visitas domiciliares, que são realizadas rapidamente conforme é solicitada, sempre o enfermeiro e médico realizam as visitas. Não são todos os dias que existem casos de que precisem atendimento rápido na UBS e sempre se dá prioridade a quem mais necessita. O dentista não tem recursos suficientes para realizar atendimentos especializados e tem que encaminhar os usuários a serviços fora da UBS para o tratamento. No município não tem excesso de demandas.

O atendimento às crianças de 0 a 12 meses é feito pelo médico e pela enfermeira, após essa idade, na faixa etária de 24 a 72 meses não é feito o acompanhamento. Pois as mães não trazem as crianças para a consulta, sendo que muitas vezes esquecem o agendamento, vindo à unidade apenas quando a criança apresenta outra patologia. É comum as agentes comunitárias terem que constantemente lembrarem as mães das consultas. Em um dia da semana é agendada a consulta de puericultura, pois não temos muitas crianças no município. Buscamos reunir as mães e fazer atividades de grupo educativas de promoção de saúde, sempre agendamos as reuniões no turno da manhã, mas ainda é muito difícil reunir as mães. Em relação ao número de crianças menores de 2 anos estima-se 28 crianças, e na UBS temos apenas 10 crianças cadastradas o que corresponde a 36% de cobertura estimada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP).

Sobre o pré-natal, estima-se o número de 35 gestantes, porém temos 14 gestantes cadastradas o que corresponde a 40%. De 28 puerperais estimadas temos na UBS apenas 8 puerperais cadastradas o que representa a cobertura de 29%. A atenção ao Pré-natal e puerpério da UBS é realizada só pelos médicos e enfermeira. As gestantes são avaliadas pelo médico ginecologista-obstetra, também temos uma nutricionista que avalia todas as mulheres. As consultas são de acordo com o protocolo do MS que temos disponível na UBS. Os profissionais que participam das atividades de puericultura são apenas enfermeira e os dois médicos da família, temos um pediatra que todas as terças férias atende se for necessário fazer uma avaliação de uma criança. Não existe um profissional que se dedique para a avaliação e monitoramento do programa de puericultura. Na UBS utilizamos o programa SISPRENATAL do MS. Nos grupos de gestantes participam os seguintes profissionais: assistente social; médico de atenção à família; enfermeiro; técnico enfermeiro; dentista; agentes comunitários de saúde da comunidade (ACS).

Realizam-se reuniões para planejamento da gestação e coordenação do programa pré-natal. Realizamos avaliação de risco da mulher grávida, exame ginecológico por trimestre, (feito pelo médico ginecologista). A equipe realiza reuniões periódicas para avaliação do programa.

Existe um arquivo para o monitoramento do programa de controle do câncer de colo de útero que não costuma ser revisado periodicamente pela equipe de saúde, é nossa prioridade programas atividades de educação e promoção de saúde com as mulheres consideradas dos grupos de risco, através do rádio, em atividades comunitárias e em lugares públicos. Das mulheres na faixa etária de 25-64 anos de idade estima-se 650 sendo que temos 385 cadastradas gerando uma cobertura de 59 % da área de abrangência da UBS em relação ao Caderno de Ações Programáticas. Realizamos atividades de educação e sobre a importância que tem a realização do exame citopatológico para prevenção do câncer de colo de útero. O exame citopatológico é realizado pelo médico e a enfermeira. As agentes de saúde aproveitam os contatos com as mulheres para falar sobre os temas de importância como o exame físico e citopatológico para a prevenção do câncer de colo e do útero. Trabalhamos de acordo com o que é preconizado pelo MS. O médico clínico geral e a enfermeira se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino. Ainda não se discutem os resultados dos exames em reunião da equipe para planejar ações de saúde, ou exigir as contra referências dos especialistas que fazem acompanhamento da usuária, nem realizamos visitas domiciliares das mulheres que tem exame alterado.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos registro de informações que permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Das mulheres na faixa etária de 50 - 69 anos é estimado que exista 244 na área, mas existem 198 cadastradas 81,14 % do que é estimado pelo CAP. Nosso município é pequeno e tem uma cobertura de todas as mulheres da área. Os Agentes de saúde agendam a consulta da mulher que está na data de realização do exame. Realizamos atividade em grupo para conversar sobre a importância da prevenção do Câncer de Mama e de realizar sistematicamente o exame físico de mama assim como realização da mamografia. Agora em nosso Município temos uma unidade móvel, que contém um laboratório para realização de exames como, mamografia, ultrassonografia, Raios-X, exames de sangue, colesterol, glicemia e triglicérides. Também fazem eletrocardiograma. As estratégias que se

utilizam na UBS para o controle e seguimento das mulheres com exame alterado são: um arquivo eletrônico preenchido a partir de um cartão pessoal de cada uma das mulheres dentro do programa com seus dados gerais e os resultados dos exames, agendamento das mulheres com exames alterados e exigir a contra referência do especialista que faz acompanhamento a usuária, realizamos as visitas domiciliares das mulheres que tem exame de mama alterado. Em nosso município carecemos de unidade móvel que oferece todos esses exames.

De 527 hipertensos estimados na área temos 373 cadastradas que equivale a cobertura de 71 % do estimado pelo CAP. Desse modo, temos que continuar as pesquisas de hipertensão na população, pois muitos não são diagnosticados. É realizado na UBS concomitantemente três grupos: Hipertensos, diabéticos e idosos. Nessas atividades realizamos atividades educativas de promoção e prevenção de saúde objetivando a mudança do modo e estilo de vida. Conversamos sobre a importância do exercício físico, alimentação saudável, consumo excessivo de sal, alimento que contém CO<sub>2</sub>, carnes embutidas com sal de nitro, e o hábito de fumar.

De 151 Diabéticos estimado na área temos 32 cadastrados o que gera uma cobertura de 21% do estimado pelo CAP, sendo baixa porcentagem de diabéticos. Temos que continuar a pesquisa na população explicar a população sobre a importância que tem o acompanhamento e controle metabólico. Estimulamos os usuários a realizarem prevenção das complicações vasculares, oftalmológicas (fazer o exame de fundo do olho), neurológicas, renais, cardíacas, da pele (evitar feridas, nos pés, a higiene e cuidado), a dieta é muito importante para o controle, explicamos a necessidade de realizar 6 refeições por dia e não consumo de alimento que contém carboidrato simples: Açúcar, suco, sorvete, doce em calda de açúcar ; não consumo de carne com gordura e fazer exercício físico ,manter um peso ideal . Como registro usamos apenas o prontuário, não tem um arquivo específico de registro, no prontuário não constam informações como histórico da família ou perfil bio-psicológico-social, não utilizamos agenda para agendar as próximas consultas, apenas se comunica ao usuário sua data de retorno e o agendamento é feito na recepção.

Sobre os idosos, de 323 idosos estimado pelo CAP na área se tem 323 cadastradas, sendo a cobertura de 100%. Todos tem caderneta da pessoa idosa, mas nós não temos ainda a avaliação da capacidade da pessoa idosa. Nas atividades com os idosos realizamos prevenção de acidentes em domicílio e na via



pública, conversamos sobre as barreiras arquitetônicas em sua casa e nos lugares públicos, sobre uma alimentação saudável, atividades físicas de acordo com as necessidades. Na UBS não temos registro específico para os usuários idosos só utilizamos prontuário e não estão organizados por família sendo difícil o controle do programa. Como sugestão para facilitar o trabalho, primeiro temos que organizar os dados por família e micro áreas na UBS e realizar o acompanhamento de acordo com o protocolo do MS e melhorar a saúde de os idosos fazendo ações de prevenção em reuniões grupais, agendar as consultas e visitas assim como indicação de exames de acordo com o previsto. Referente à saúde da pessoa idosa, os poucos indicadores de qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa não têm a melhor qualidade, falta realizar com os idosos a avaliação física e motora, biológico, sociais individual.

Como estratégias para melhor organizar o trabalho, temos que fazer uma avaliação das famílias, fazer um diagnóstico das doenças por área e famílias, organizar uma pasta com a lista dos moradores por casa e uma carteirinha com os meses do ano para agendar as consultas e visitas domiciliares. Criar um arquivo específico para cada programa e família na UBS para facilitar o trabalho dos agentes de saúde, e toda a equipe. Contratar uma podologista, fazer exame de fundo de olho, exames laboratoriais e fazer uma consulta de avaliação integral aos diabéticos ou hipertensos, sem precisar fazer acompanhamento por outro especialista diminuindo os encaminhamentos.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS: fazer um cadastramento de todos os usuários de mais de 60 anos na área de cobertura; em seu prontuário colar a caderneta para facilitar a avaliação física, motora, biológica, psicossociais, de acordo com o protocolo dos idosos; identificar as doenças que tem os usuários idosos e manter seu controle, registrar os medicamentos em uso em seu prontuário; agendar e programar as consultas e visitas de acordo com suas necessidades e doenças e que isso seja registrado no prontuário; encaminhamento aos especialistas correspondentes para fazer avaliação de suas doenças. Dar preferência às pessoas idosas nas filas de comércio, consultas, ônibus locais públicos; explicar a família os cuidados que precisam os usuários idosos, sobre os acidentes domiciliares e vias públicas; aumentar números

de participantes nos grupos e motivar seu acompanhamento através de atividades educativas/recreativas.

Os melhores recursos que tem na UBS são os recursos humanos que formam a equipe de saúde, pois todos buscam trabalhar com muito amor e cuidado frente as dificuldades. O objetivo é motivar a todos para que mantenham suas atividades com excelência e de acordo com o que é preconizado pelo MS.

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

Fazendo uma comparação entre o início e atualidade, com a realização da análise situacional, eu notava que nossa ESF o trabalho estava centrado em brindar uma atenção mais bem assistencial, que ainda enfatiza ações no âmbito curativo e na doença, percebia ausência total de atividades encaminhadas a promoção e prevenção da saúde, de ações educativas a melhorar a saúde coletiva, a melhorar os principais problemas de saúde que afetam a nossa comunidade. Também apreciava escassa informação dos dados estadísticos, sobre os problemas de saúde, características, morbidade, ou seja as principais doenças que afetam a nossa população. Depois de avaliar e estudar o análise situacional, baseado nas necessidades e expectativas das populações nosso equipe de trabalho tem boa vontade e convicção que a vasta maioria das pessoas que moram no interior. Onde localizavam-se a maior parte de pessoas com escassos recursos, com precárias condições de vida precisam de nosso maior apoio, de estimular uma participação ativa dessas comunidades com o objetivo de incrementar a qualidade de vida da população.

## **2Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa.**

A hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças crônicas que exigem um cuidado permanente, e acompanhamento contínuo do indivíduo com relação à sua saúde para manter as doenças controladas e evitar futuras complicações e incapacidades. No Brasil há um índice de 7,6% de diabéticos na população brasileira entre 30-69 anos, atingindo valores próximos dos 20% na população acima dos 70 anos. Sobre os hipertensos, em média de 30% não sabem que possuem a condição, sendo uma doença que gera alto custo social, e é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de faltas no trabalho (BRASIL, 2006).

Nossa unidade apresenta boa estrutura física o que facilita o trabalho, temos uma sala de procedimentos, sala de triagem, esterilização, 3 consultórios odontológicos, consultórios médico, acesso a usuários com necessidades especiais. Nossa equipe (número II), é composta por dois médicos clínicos geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, duas farmacêuticas. Contamos também com uma equipe de NASF composta por: assistência social, Psicólogo que nos dão suporte em alguns os atendimentos.

Nossa equipe atende uma população de 2359 indivíduos. Sendo estimado a presença de 527 hipertensos, porém temos 373 cadastrados, o que significa uma cobertura de 71% do estimado pelo CAP. Para diabéticos temos estimados 151 usuários, mas temos apenas 32 cadastrados, o que gera uma cobertura de 21% do estimado pelo CAP. A intervenção para esse foco foi escolhida, devido a não estar plenamente organizada e devido ao indicador de cobertura. Outro ponto a ser melhorado, relaciona-se com o registro desses usuários, pois se acredita que exista um sub registro de hipertensos e diabéticos.

Em nossa UBS é realizada atividades em grupo para idosos, diabéticos e hipertensos, quando fazíamos essas atividades com os grupos de diabéticos e hipertensos, sempre realizávamos palestras sobre cuidados, dieta, prática de atividades físicas, sobre higiene bucal, a dificuldade que mais nos afeta e transportação, dependemos da transportação do município, em específico dos carros da UBS. Outra das dificuldades foi a falta de organização de nossa equipe de trabalho, antes do análise da situação não existia uma boa articulação de nossa equipe, depois se logro acertar um bom trabalho pelo equipe, mais estruturado, onde cada qual sabe sua responsabilidade. Também outra das dificuldades podemos citar a mudança nos estilos de vida, como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, pois todos hábitos são difíceis de alterar, muitos usuários são idosos e estavam com a sua doença descompensada, muitos utilizavam de forma errada seus medicamentos, orientamos e informamos. Porém, é importante que mantenham o vínculo moram por isso a necessidade de trabalhar exaustivamente com educação em saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar da Atenção à Saúde de usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da ESF de Alpestre/RS

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

- 1) Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos
- 2) Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos
- 3) Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa
- 4) Melhorar o registro das informações
- 5) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares
- 6) Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### **Metas relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos**

Meta 1.1 – Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 - Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Metas relativas ao objetivo 2 – melhorar a qualidade da atenção:**

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 2.3 – Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.4 - Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.7 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.8 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

**Metas relativas ao objetivo 3 – melhorar a adesão ao programa:**

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 - Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Metas relativas ao objetivo 4 – melhorar o registro das informações:**

Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

**Metas relativas ao objetivo 5 – mapear hipertensos e diabéticos de risco:**

Meta 5.1 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

**Metas relativas ao objetivo 6 – promover a saúde dos hipertensos e diabéticos:**

Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.2 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.3 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7 – Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8 - Garantir orientação sobre higiene bucal à 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

**2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família II (USF) de Alpestre/RS. Participarão da intervenção todas as pessoas com mais de 20 anos de idade hipertensa ou diabética da área de abrangência da unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 40% 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 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação:** vamos coletar informações importantes semanalmente, por meio das planilhas de coletas de dados e ficha espelho, para acompanhar os hipertensos e diabéticos cadastrados, nesses documentos constam informações-chaves para as condutas clínicas, informações importantes para acompanhar o seguimento do usuário. O médico será o responsável por esta ação.

**Organização e gestão do serviço:** Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM, no dia que o usuário buscar a unidade será acolhido, cadastrado, será informado sobre o programa e se o caso não for urgente será feito seu agendamento, se for caso de urgência será atendido no mesmo dia. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. A técnica enfermagem medirá a pressão arterial de cada usuário, com a técnica adequada estabelecida.

**Engajamento público:** iremos informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, nas consultas, na sala de espera. Também iremos informar através das visitas domiciliares. Iremos informar a todos sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, realizaremos isso em reuniões do grupo de hiperdia, nas consultas e nas visitas. Todos membros da equipe serão responsáveis por informar a comunidade.

**Qualificação da prática clínica:** será programada uma capacitação antes do início da intervenção para todos membros da equipe sobre cadastramento, acolhimento

dos usuários. O médico será o responsável.

## Objetivo 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

**Monitoramento e Avaliação:**Semanalmente a enfermeira será a responsável por monitorar o cadastro dos hipertensos e diabéticos, atentando para a validade dos exames de rotina, prescrição dos medicamentos e realização de consulta odontológica. Será organizado um sistema de alerta, para aqueles com exames atrasados serão separados em uma pasta na cor vermelha. Será criado um fichário exclusivo para o grupo hiperdia.

**Organização e gestão do serviço:** O serviço se reorganizará para atender os usuários hipertensos e diabéticos detectados. Um dia da semana as consultas



médicas e de enfermagem serão destinadas à esses usuários. O médico organizará agenda, disponibilizando tempo suficiente para avaliação integral do usuário. A enfermeira atentará para os níveis pressóricos e juntamente com a técnica de enfermagem farão o registro adequado e as notificações quando necessário. O dentista também fará parte dessa reorganização, atendendo os usuários que necessitem de acordo com a disponibilidade de sua agenda.

**Engajamento público:** Os usuários serão informados sobre a nova rotina da UBS. Além disso, serão estimulados a comparecerem nos grupos e participarem ativamente das ações realizadas. Na rádio comunitária e através dos ACS será divulgado os horários de atendimento, direitos e deveres.

**Qualificação da prática clínica:** Serão feitas capacitações durante as reuniões de equipe, a cada semana um profissional será responsável por abordar um assunto relacionado ao tema da intervenção.

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

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

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

Ações:

**Monitoramento e Avaliação:** semanalmente identificaremos os faltosos, serão separados seus registros do resto dos hipertensos e diabéticos que foram às consultas, será criado um fichário exclusivo para o grupo hiperdia o que facilitará o acesso a esses registros.

**Organização e gestão do serviço:** o serviço se reorganizará para atender os usuários hipertensos e diabéticos faltosos detectados. Um dia na semana as consultas médicas e de enfermagem serão destinadas exclusivamente à esses usuários. Os ACS serão comunicados sobre os faltosos e farão a visita para agendamento.

**Engajamento público:** Os usuários serão informados sobre a nova rotina da UBS.

Além disso, serão estimulados a comparecerem nos grupos e participarem ativamente das ações realizadas. Na rádio comunitária e através dos ACS será divulgado os horários de atendimento, direitos e deveres. Os agentes comunitários serão os responsáveis de persuadir os faltosos para que assistam as consultas.

**Qualificação da prática clínica:** Serão feitas capacitações durante as reuniões de equipe, a cada semana um profissional será responsável por abordar um assunto relacionado ao tema da intervenção.

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

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

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

Ações:

**Monitoramento e Avaliação:** o médico semanalmente vai monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, através dos prontuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados.

**Organização e gestão do serviço:** Garantir as informações do SIAB atualizados, garantir o trabalho na ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, o médico será o responsável pelo monitoramento dos registros e cadastramento dos dados no SIAB. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Engajamento público:** Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Todos membros da equipe poderão informar.

**Qualificação da prática clínica:** Antes do início da intervenção faremos uma capacitação para capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros

necessário ao acompanhamento do hipertense  
Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O médico será o responsável.

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.

Ações:

**Monitoramento e Avaliação:** O médico vai monitorar semanalmente o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Utilizará a ficha espelho e prontuário para isso.

**Organização e gestão do serviço:** O serviço se reorganizará para priorizar o atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco. Um dia da semana as consultas médicas e de enfermagem serão destinadas à esses usuários. O médico organizará agenda, disponibilizando tempo suficiente para avaliação de risco cardiovascular.

**Engajamento público:** Os usuários serão informados sobre a nova rotina da UBS. Além disso, serão informados seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Serão estimulados a comparecerem nos grupos e participarem ativamente das ações realizadas, e explicar os usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, todos membros da equipe poderão informar. Na rádio comunitária e através dos ACS será divulgado os horários de atendimento, direitos e deveres.

**Qualificação da prática clínica:** Serão feitas capacitações durante as reuniões de equipe, a cada semana um profissional será responsável por abordar um assunto relacionado ao tema da intervenção, sobre estratificação de risco acorde o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe quanto a

estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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 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.

Ações:

**Monitoramento e Avaliação:** Semanalmente a técnica enfermagem será a responsável por monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, também a técnica enfermagem deve monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, aos hipertensos e diabéticos. Para isso irá avaliar as fichas espelho e prontuários.

**Organização e gestão do serviço:** Uma vez ao mês o médico organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável e práticas coletivas para orientação de atividade física, além disso demandar junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade, demandar ao gestor a compra de medicamento para o tratamento do abandono ao tabagismo.

**Engajamento público:** Os usuários serão informados sobre a nova rotina da UBS. Além disso, serão estimulados a comparecerem nos grupos e participarem ativamente das ações realizadas, para orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividades físicas regulares, tratamento para abandonar o tabagismo e da higiene bucal. Todos os membros da equipe são responsáveis. Na rádio comunitária e através dos ACS será divulgado os horários de atendimento, direitos e deveres.

**Qualificação da prática clínica:** Serão feitas capacitações durante as reuniões de equipe, a cada mês, um profissional será responsável por abordar um assunto relacionado ao tema da intervenção, sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de tabagistas e para oferecer orientação de higiene bucal. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus.**

Meta 1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção.**

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

**Indicador 1:** Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 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 3: Indicar a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:** 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 4: Indicar 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 no programa na unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** 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 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 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 8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos.**

Meta 1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:** 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 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

#### **Objetivo 4: Melhorar registros das informações.**

Meta 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 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

#### **Objetivo 5: Realizar estratificação de risco cardiovascular.**

Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** 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 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



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

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

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

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

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

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

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

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

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

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

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

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

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

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

Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

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

**Numerador:** Número de 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 atenção a saúde de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes irei utilizar o Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde e o Caderno de Atenção Básica nº 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão arterial sistêmica do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013).

Para realizar o cadastro dos usuários utilizaremos a ficha espelho de hipertensos e diabéticos, a planilha de coletas de dados, disponibilizados no site do curso. Os instrumentos prevêem a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde, exame físico, dados relativos a estratificação de risco Framingham,

exames laboratoriais, medicação de uso contínuo. O médico e a enfermeira irão preencher a ficha espelho disponibilizada pelo curso, estimamos alcançar. Utilizaremos esfigmomanômetro, hemoglicoteste, folders, computador, canetas. Precisaremos de 200 fichas espelhos hipertensos e 80 de diabéticos, faremos contato com o gestor municipal para dispor 280 fichas espelho necessárias e para imprimir as 280 fichas complementares que serão anexadas. Criaremos um arquivo específico para acomodar os registros.

O acolhimento dos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, assim como a toma das medidas antropométricas, aferição de pressão e glicose. Organizará por ordem de chegada os usuários. Aqueles com atraso ou não cadastrados serão atendidos no mesmo turno para ampliar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos. Aqueles com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento, todos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. O médico irá comunicar os ACS dos faltosos para que façam a busca ativa, com seus próprios meios de transporte e irão fazer o agendamento. Para agendar os provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana na agenda. Iremos disponibilizar 10 vagas por dia em dois dias (toda terça e quarta-feira), entre hipertensos e diabéticos, e na sexta-feira o médico avaliará os que apresentam dificuldades de transporte, ou outros problemas que impeçam o comparecimento na UBS, através de visita domiciliar.

O médico será responsável pela avaliação de risco cardiovascular, para isso precisamos de um notebook, para o cálculo de risco cardiovascular, mediante o escore de Framingham, o que nos permite agendar as consultas, em caso de alto risco a cada 3 meses, em caso de intermédio a cada 6 meses, e os de baixo risco a cada 1 ano. O notebook também servirá para a digitação dos dados do SIAB.

Iremos nos utilizar dos programas da rádio para divulgar o programa, a sala de espera, as consultas e visitas domiciliares. Os ACS irão informar a comunidade na rádio. Os agentes de saúde levarão consigo um cartão de citação nas visitas, onde tem informação geral sobre o usuário, como nome, sobrenome, data, assinatura, os usuários receberão este cartão para visitar o posto médico. Este cartão também ficará em nosso posto como prova de que os foram citados, em caso de que faltar será informado imediatamente à enfermeira. Serão impressos 200

cartões.

Será realizada a capacitação da equipe para que ocorra a intervenção, esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico (já disponível na UBS) e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre caderno de atenção básica para hipertensos e diabéticos, será realizada na UBS na quarta-feira durante a reunião de equipe, serão convidados todos os membros da equipe para participar. Para a discussão dos protocolos do MS precisamos de notebook e os protocolos impressos. A reunião acontecerá na sala do médico, pois não temos espaço de reunião. Serão impressas 100 cópias dos materiais explicativos, logo após breve discussão será aberta roda de conversa.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Planejamos realizar capacitações nas primeiras 3 semanas de aplicação do projeto e as capacitações foram realizadas sem dificuldades. Também objetivamos o cadastro dos usuários e ao final da ação contamos com 182 usuários hipertensos e 133 usuários diabéticos cadastrados na unidade. As ações de monitoramento propostas foram realizadas em relação ao exame clínico adequado, acesso aos medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, qualidade dos registros, estratificação de risco anual, orientação nutricional, realização de atividade física dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, orientação sobre tabagismo e higiene bucal. Essa atividade foi possível por meio da organização da equipe. A enfermeira não teve problemas na elaboração destes relatórios, os resultados destas monetarizações foram positivos porque tínhamos efetivado as capacitações previamente porém a equipe estava trabalhando com coordenação e disciplina. A busca ativa aos faltosos foi de grande sucesso, pois contamos com a ajuda de todos os membros da equipe, uma das estratégias adotadas foi o contato com alguns líderes comunitários o que facilita o acesso aos usuários. As agentes comunitárias de saúde se uniram e realizaram “mutirões”, sendo que umas auxiliavam as outras em suas respectivas áreas de atuação, agilizando o cadastro e a identificação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Um dos objetivos almejados era a participação dos familiares nos grupos de saúde, e isso nós conseguimos, ao longo das semanas os familiares vinham até a unidade e passaram a participar ativamente dentro do grupo. Foi planejada a pesquisa dos fatores de risco na comunidade, e isso foi realizado pelas agentes de saúde, elas foram previamente capacitadas, encontramos dentre os mais prevalentes a hipercolesterolemia, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e tabagismo.

Juntamente os médicos também realizavam essa pesquisa na unidade e encontraram os mesmos fatores de risco.

Os atendimentos aos usuários hipertensos e /ou diabéticos deveria ser priorizado nessas semanas, supúnhamos que isso atrapalharia o andamento dos demais atendimentos na UBS, porém com a ajuda de outro colega, nos dividimos e foi bem tranquilo atender a demanda da população tanto do foco de intervenção quanto só demais. Nas ações de educação em saúde garantimos quatro atividades na rádio local com diferentes temas: alimentação saudável, importância de atividade física regular alcoolismo e tabagismo. Estas atividades se realizaram adequadamente e foi um sucesso com a população. Para contemplar o eixo engajamento público durante a intervenção escutamos as estratégias da comunidade e programamos algumas delas. Todas as orientações e avaliações foram realizadas adequadamente. A equipe inteira participou e ao longo da intervenção olhamos que os usuários prestaram atenção, aprenderam e alguns até ajudaram. Realizamos atualização dos profissionais, o que considere importante e necessária e que devia ser feita mais vezes. Conseguimos semanalmente avaliar o estoque de medicamentos, ao longo da intervenção tivemos alguns problemas como a falta de alguns remédios, outros que vieram com uma dosagem maior. Mas felizmente tudo foi resolvido porque contamos com total apoio da farmácia municipal e a equipe sabe muito bem o que tem que

Tivemos uma conversa com a professora de educação física e combinamos enviar uma turma de 24 usuários todas as terças feiras à academia. Os usuários foram divididos em dois grupos de 12 sendo que o primeiro iniciaria as atividades às 13 horas e o segundo grupo às 15 horas. Os usuários aptos foram aqueles que não tiveram nenhum tipo de impedimento, ou capacidade física alterada. Aqueles que não apresentaram doenças cardiovasculares graves, como arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatias incompatíveis com os esforços físicos moderados, doenças crônicas não compensadas, e aqueles usuários que tiveram em sobrepeso, obesos, que mostraram problemas de dislipidemias. Também combinamos nova reunião com os agentes de saúde e demos indicações sobre os critérios de seleção para chamar mais usuários interessados em realizar atividade física.

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

Algumas ações foram previstas, mas infelizmente não foi possível realizá-las. Uma delas foi impossível priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100%, muitos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes estão distribuídos em ambos tipos de farmácias.

Também foi informada a secretaria de saúde sobre alguns exames complementares que não puderam ser realizados pelos usuários hipertensos e diabéticos por não ser gratuitos. Neste caso garantimos que todos os usuários tiveram a possibilidade de realizar os exames complementares mas, infelizmente não foi tão rápido como esperávamos porque o município tem muita demanda na área de exames complementares.

Mesmo com a ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, pois a área de abrangência é extensa e temos micro área sem agentes comunitários de saúde. Por esse razão não pudemos levar o projeto de intervenção a essa parte na comunidade que pertence a nossa área de abrangência, espera-se que o mais rápido possível seja feita a contratação de um profissional.

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

Inicialmente a equipe demonstrou certo receio e dificuldade na sistematização dos dados, porém ao longo da intervenção passou a ser adquirida confiança e o processo ocorreu naturalmente de forma mais acelerada. Semanalmente discutíamos nas reuniões utilizando os dados coletados na rotina, os relatórios auxiliaram muito nesses momentos.

O uso do material digital e as conversas periódicas foram as ferramentas essenciais para o sucesso e a facilidade dessa ação.



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

Embora a maioria das ações terem sido desenvolvidas pela primeira vez na unidade, algumas já faziam parte da rotina. Estas foram aprimoradas e ajustadas à realidade do grupo em questão. Assim, a idéia é manter cada vez mais organizada as atividades para que a qualidade da assistência prestada aos usuários seja cada vez melhor

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

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

Meta 1.1. Cadastrar 40% 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.

O número estimado de usuários hipertensos maiores de 20 anos na área de abrangência de atuação da equipe de ESF era de 359 usuários, assim no primeiro mês foram cadastrados 134 usuários o que corresponde a 37,3%, segundo mês chegamos a 221 usuários o que corresponde a 61,6% e no terceiro e último mês 264 usuários cadastrados o que corresponde a 73,5%.

A meta alcançada superou as expectativas iniciais, todo esse sucesso deve-se ao esforço intenso da equipe para garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa. O monitoramento da intervenção sempre foi realizado fundamentalmente nas terças e quartas-feiras, quando tivemos visitas e os grupos de hipertensos e diabéticos, a maioria dos cadastros ocorreram pela manhã, pois pela tarde visitamos os grupos de hipertensos e diabéticos.

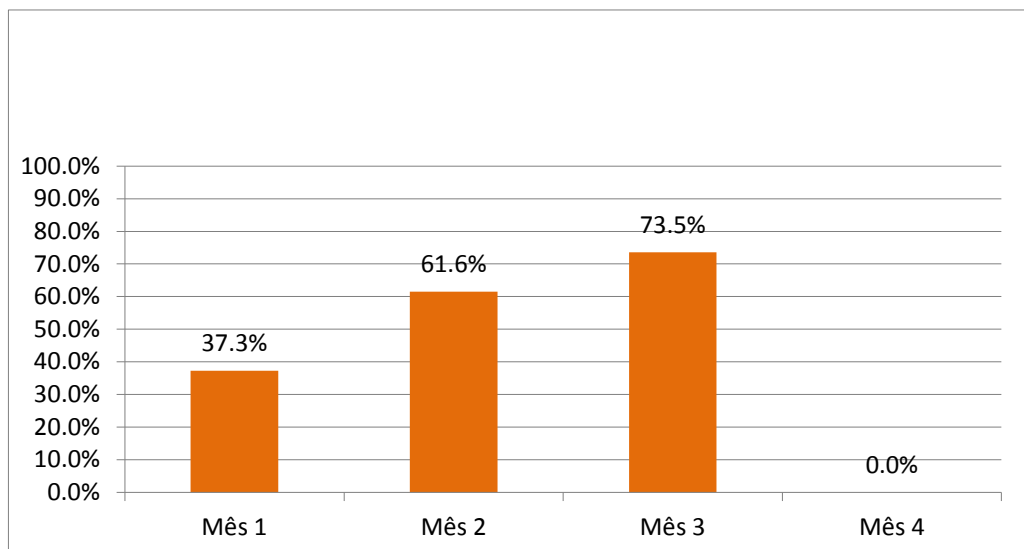


Figura 1- Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 40 % 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.

Tínhamos estimado o número total de 89 usuários diabéticos maiores de 20 anos, assim no primeiro mês alcançamos o indicador de 14,6% que corresponde a 13 usuários, no segundo mês 21,3 % que corresponde a 19 usuários e no último mês de intervenção finalizamos com 25,8% que corresponde a 23 usuários cadastrados.

A meta planejada de cadastrar um 40 % dos diabéticos da área de abrangência não foi cumprida, pois se alcançou apenas 25,8 %. Devemos tomar em consideração para poder entender a baixa proporção de usuários diabéticos cadastrados, que muitos usuários ficaram pendentes de realizar outros exames de laboratório para corroborar o diagnóstico de diabetes mellitus, por exemplo, alguns usuários sem antecedentes de diabetes quando foram realizados exames de glicemia em jejum ficaram com cifras de glicemia entre 110 e 120, o que torna necessário repetir os exames e indicar outros exames como determinação de curva glicêmica (2º dosagem). Digo todo o anterior porque lembra-se que o projeto de intervenção foi reduzido ficando um mês, por orientação da coordenação da

especialização, para poder avaliar adequadamente todos os usuários de nossa área de abrangência.

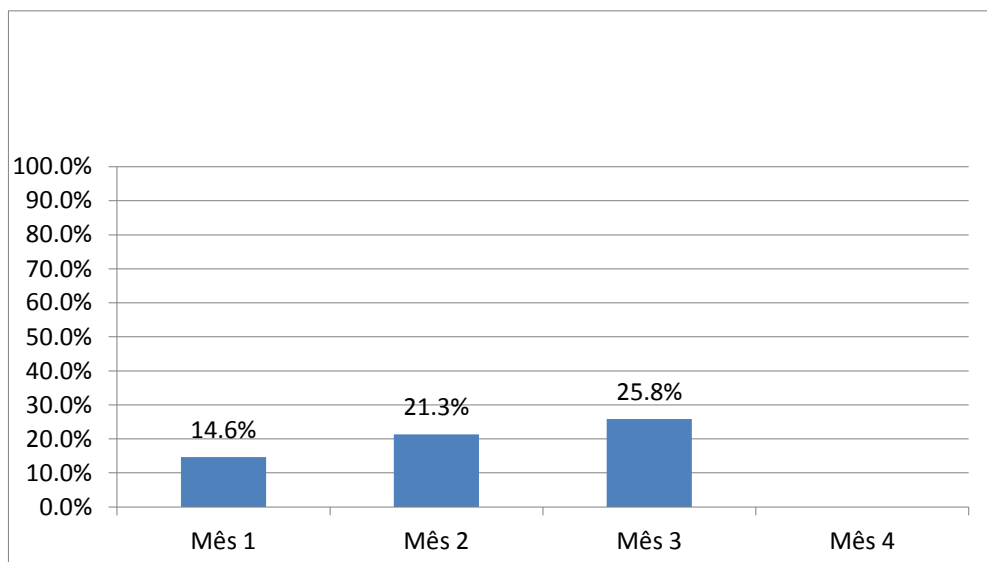


Figura 2 – Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Foi realizado o exame clínico apropriado em 98,5 % alcançado no primeiro mês, foram examinados 132 hipertensos, o segundo mês; se alcançou a porcentagem de 99,1 % para um total de 219 usuários examinados; no terceiro mês 99,2 % para um total de 262 usuários hipertensos examinados. Foram realizados os exames clínico apropriados a um total de 262 usuários hipertensos, dois usuários não foram examinados por encontrar se acamados. As metas ficaram muito perto da meta traçada previamente, alguns usuários não foram examinados por não estarem no município.

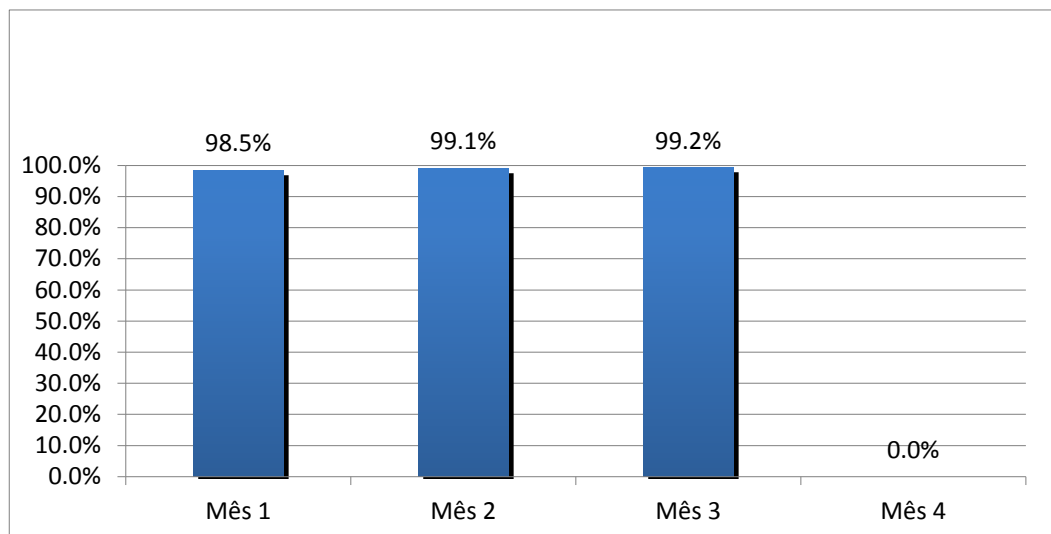


Figura 3-Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Ao longo da intervenção todos os usuários diabéticos acompanhados foram avaliados clinicamente. Essa avaliação foi feita pelo médico nas consultas individuais que ocorriam fundamentalmente nas terças e quartas-feiras ou quando fazíamos visitas. No primeiro mês se alcançou uma proporção de 100 % de usuários com exames clínico em dia de acordo com o protocolo, significando que de um total de 13 usuários residentes na área acompanhados na UBS, 13 estavam com os exames clínicos em dia. No segundo mês obteve-se uma proporção de 100% de um total de 19 usuários residentes na área acompanhados na UBS e com os exames clínicos ao dia. No terceiro mês também foi de 100% de usuários com exames clínicos em dia, de um total de 23 usuários residentes na área acompanhados na UBS e com os exames clínicos ao dia.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 98,5 % de usuários com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, de um total de 134

usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 132 deles estavam com os exames ao dia.

No segundo mês obteve-se uma proporção de 59,7 %, de um total de 221 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 132 deles estavam com os exames ao dia. O que ocorreu é que conseguimos cadastrar mais usuários, porém esses não estavam com os exames em dia.

No terceiro mês o indicador diminui mais ainda, chegando a 50%, pois novamente mais usuários foram cadastrados, um total de 264 e apenas os 132 iniciais estavam com os exames ao dia.

A meta não foi cumprida, pois existem cotas no município para a realização dos exames complementares, assim no período de intervenção foram possíveis poucas requisições e que não foram realizados até o final do estudo.

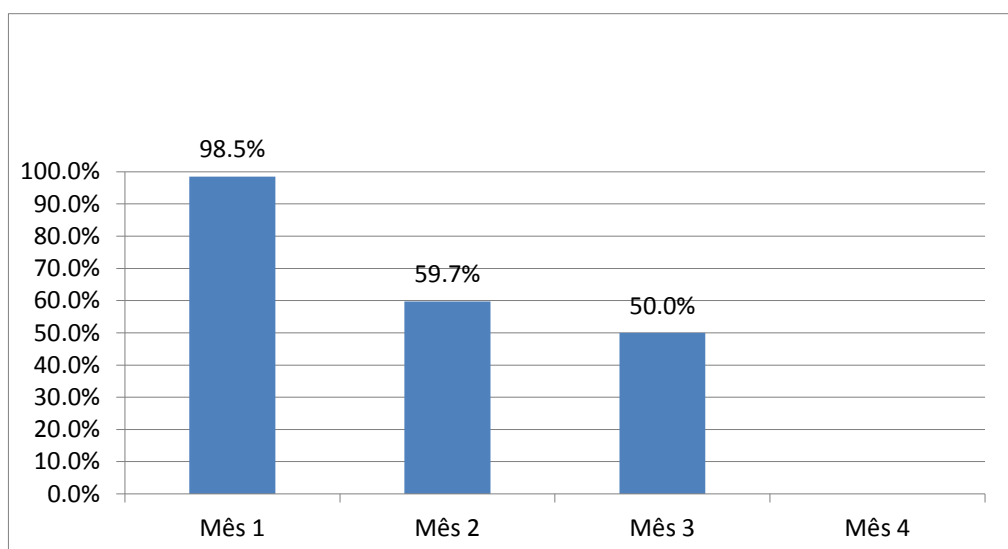


Figura 4 – Gráfico de proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 100 % de usuários com os exames complementários ao dia de acordo com o protocolo, de um total de 13 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 13 deles estavam com os exames ao dia.

No segundo mês se alcanço uma proporção de 68,4 %, de um total de 19 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 13 deles estavam com os exames ao dia. No terceiro mês se alcançou uma proporção de 56,5%, de um total de 23 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, também 13 deles estavam com os exames ao dia.

O motivo pelo qual esse indicador tornou-se decrescente se dá em razão das cotas disponibilizadas pelo município para a realização dos exames, assim como ocorreu com os hipertensos para os diabéticos, mesmo sendo o número bem menor, não foi possível solicitar os exames.

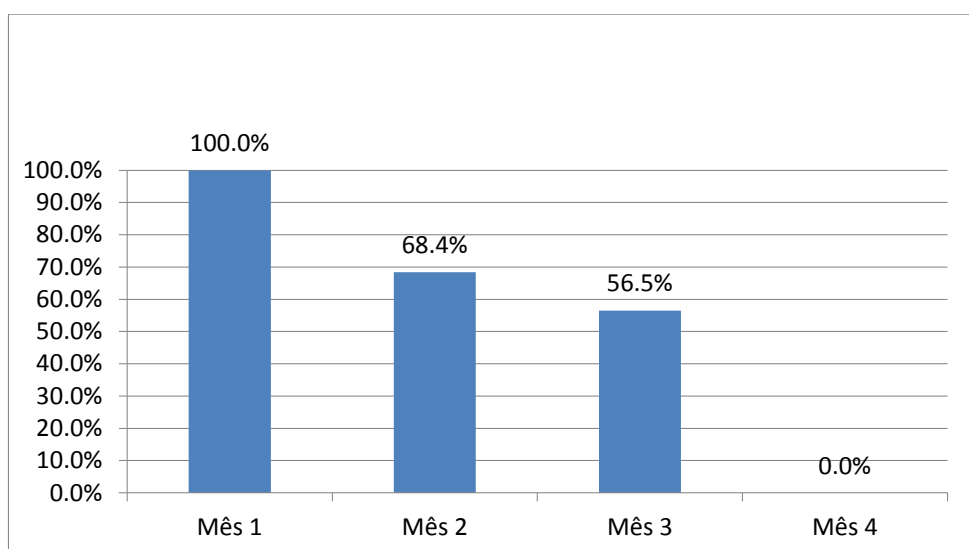


Figura 5 –Gráfico de proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 60,2 % de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular, de um total de 133 usuários com prescrição de medicamentos, 80 deles estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

No segundo mês se alcanço uma proporção de 59,7 %, de um total de 218 usuários com prescrição de medicamentos, 132 deles estavam com prescrição medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

No terceiro mês se alcanço uma proporção de 59,0%, de um total de 261 usuários com prescrição de medicamento, também 132 deles estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular /hiperdia.

Devido a que 154 usuários hipertensos e 17 diabéticos receberam todos os medicamentos que estão incluídos tanto na lista de hiperdia ou farmácia, popular foi impossível priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100%, muitos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes estão distribuídos em ambos tipos de farmácias.

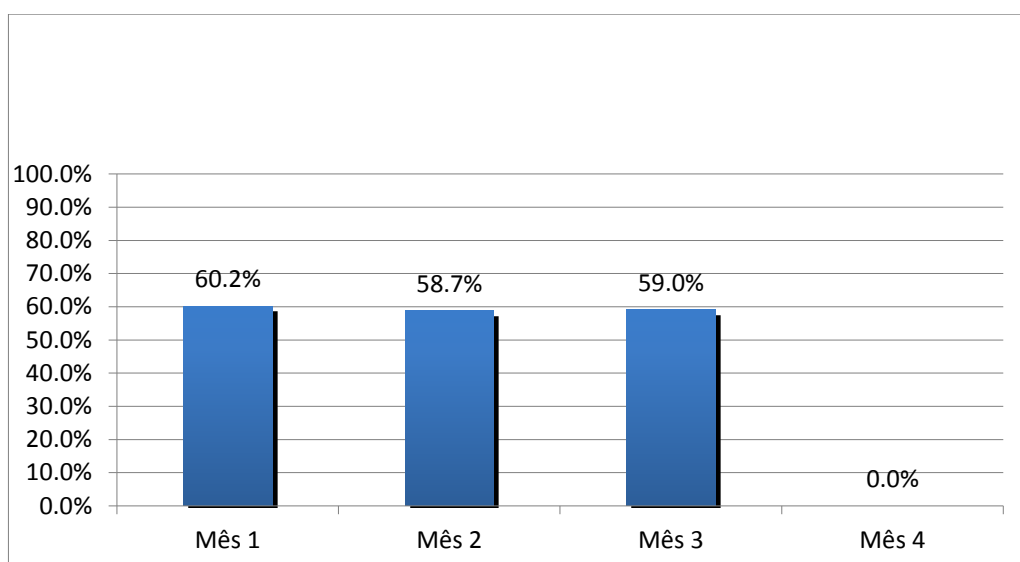


Figura 6 –Gráfico de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 61,5 % de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular, de um total de 13 usuários com prescrição de medicamentos, 8 deles estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia. No segundo mês se alcanço uma proporção de 68,4 %, de um total de 19 usuários com prescrição de medicamentos, 13 deles estavam com prescrição medicamentos da farmácia popular/hiperdia. O terceiro mês se alcançou uma proporção de 73,9%, de um total de 23 usuários com



prescrição de medicamento, 17 deles estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

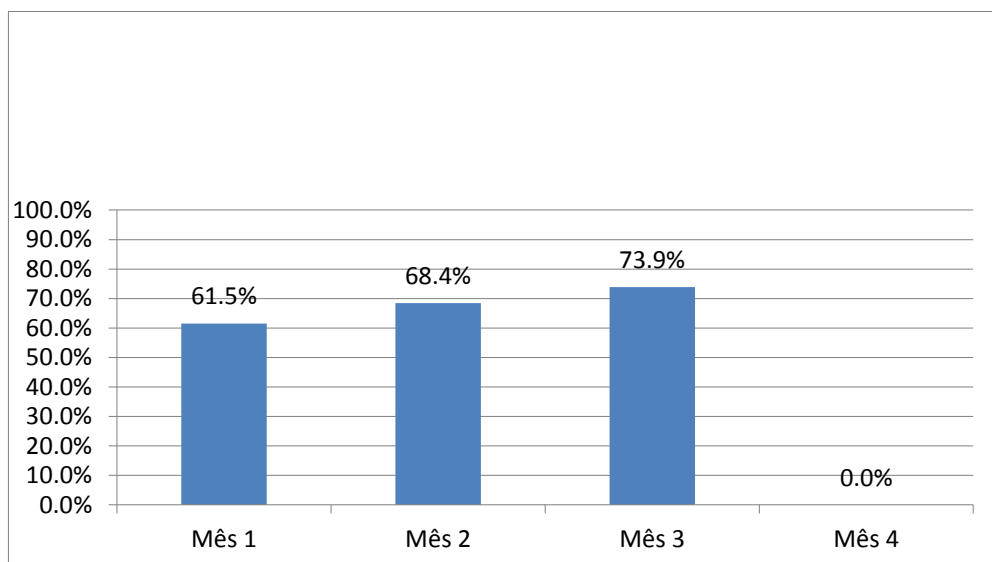


Figura 7 - Gráfico de proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 97,8 % de usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, de um total de 134 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 131 deles estavam com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. No segundo mês se alcançou uma proporção de 98,6%, de um total de 221 residentes na área, 218 deles estavam avaliação das necessidades de atendimento odontológico. No terceiro mês se alcançou uma proporção de 98,9%, de um total de 264, também 261 deles estavam com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Eu também fiz avaliação das necessidades de atendimento odontológico a um importante grupo de usuários hipertensos e diabéticos

As metas ficaram muito perto da meta traçada previamente, alguns usuários não foram examinados por não encontrar se no município, outros por encontrar se acamados.

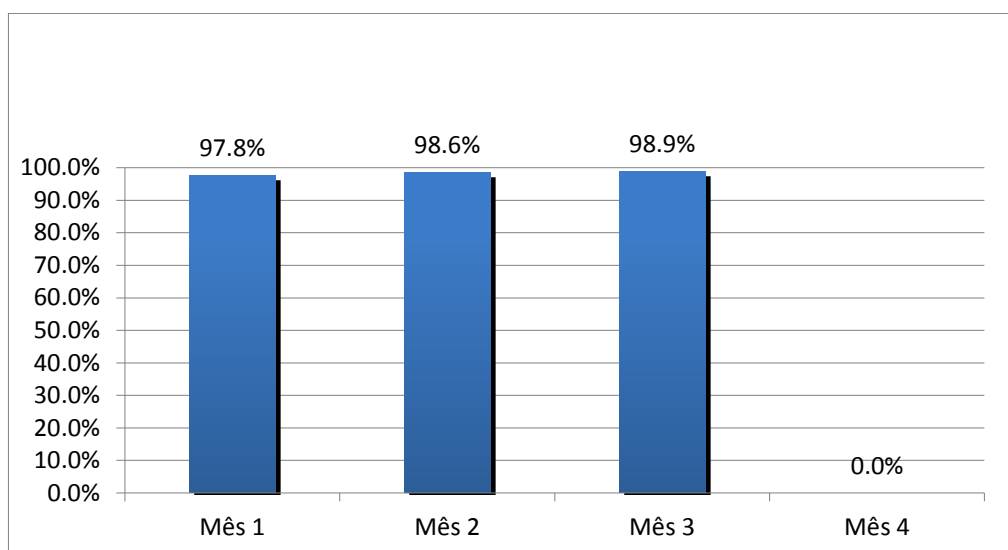


Figura 8 –Gráfico de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

No primeiro mês se alcançou uma proporção de 92,3 % de usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, de um total de 13 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, 12 deles estavam com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. No segundo mês se alcançou uma proporção de 94,7 %, de um total de 19 residentes na área, 18 deles estavam com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. O terceiro mês se alcançou uma proporção de 95,7%, de um total de 23, também 22 deles estavam com avaliação das necessidades de atendimento odontológico.

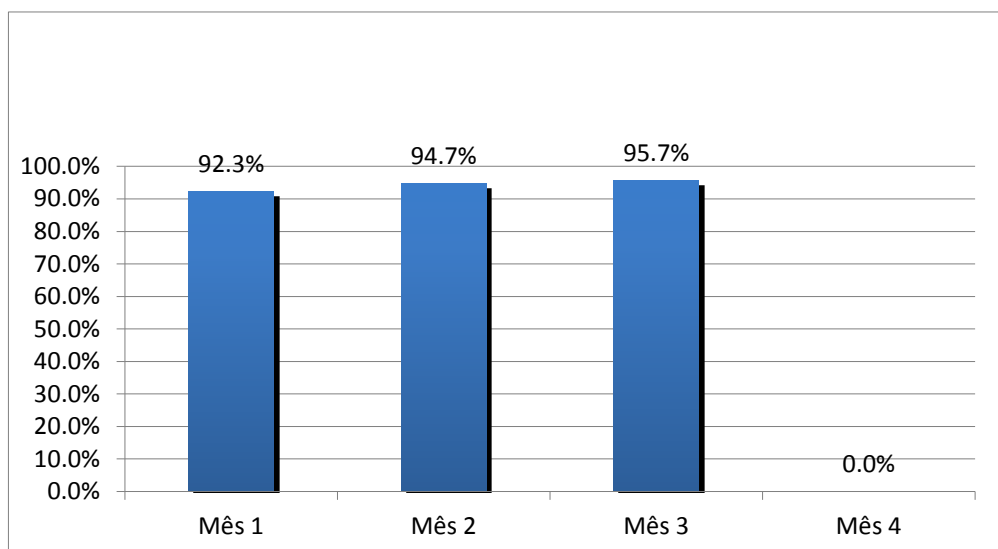


Figura 9 Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

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

Não apresentamos usuários hipertensos faltosos durante o período da intervenção, todos os usuários chamados foram examinados e avaliados em nossa consulta. Desse modo, nos três meses o indicador manteve-se em 0%.

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

Não apresentamos usuários diabéticos faltosos, todos os usuários chamados foram examinados e avaliados em nossa consulta.

### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcançou o 100 % de proporção de hipertensos com registro adequado nas fichas de acompanhamento.

Foram registrados nos prontuários eletrônicos e nas fichas espelhos o 100 % dos

usuários com um total de 264 usuários hipertensos. Depois de avaliar a cada usuário, incluído exame físico, exame da cavidade bucal, exame nos pés, exames complementários, eu preenchia toda essa informação nas fichas espelhos e os prontuários eletrônicos. Posteriormente preenchia todos os dados nas tabelas de coletas de dados. A princípio foi difícil pela maior quantidade de atendimento dos usuários hipertensos que vinham, as consultas demoravam demais e outros usuários que não eram nem hipertensos ou diabéticos queixavam-se. Por isso foi necessário reduzir a quantidade de atendimento dos usuários hipertensos no máximo de 10 usuários por turno, fundamentalmente nas terças e quartas-feiras.

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcanço o 100% de proporção de diabéticos com registro adequado nas fichas de acompanhamento. Foram registrados nos prontuários eletrônicos e nas fichas espelhos o 100 % dos usuários com um total de 23 usuários diabéticos.

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.

Todos os usuários (100%) com hipertensão acompanhados no período da intervenção foram mapeados em relação ao risco para doença cardiovascular. Em cada caso examinado eu fazia o cálculo de risco cardiovascular e a depender das porcentagens eu agendava as próximas consultas. Com risco cardiovascular acima de um 20% deve ser agendada uma consulta a cada três meses, entre um 10 e 20% a cada 6 meses, e menos de 10 % uma vez ao ano.

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcançou 100% de proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia. Foram registrados nos prontuários eletrônicos e nas fichas espelhos 100 % dos usuários com um total de 23 usuários diabéticos.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcançou o 100 % de proporção de hipertensos que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. As orientações ocorreram nas visitas que nossa equipe realizava nos grupos, nas terças-feiras pela manhã e quartas à tarde. Ali nossa enfermeira iniciava uma palestra sobre orientações nutricionais, alimentação saudável, depois eu falava sobre os benefícios da dieta no controle dos níveis de pressão arterial e níveis de glicemia. Também em cada consulta, de forma individual, indicava orientações nutricionais sobre alimentação.

Pretende-se imprimir folhetos com orientações sobre alimentação saudável e distribuir entre os usuários, seja na unidade de saúde e/ou os ACS em suas visitas rotineiras. Por enquanto só podemos dar os folhetos nas consultas a cada usuário hipertenso e diabético.

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

Nos três meses se alcançou 100 % de proporção de diabéticos que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Em um futuro vamos a imprimir folhetos com orientações sobre alimentação saudável e repartir para cada usuário diabético.

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcançou 100 % de proporção de hipertensos que receberam orientações sobre prática de atividade física regular. Combinamos enviar uma turma de 24 usuários todas as terças-feiras à academia. Os usuários foram divididos em dois grupos de 12, sendo que o primeiro iniciaria as atividades às 13 horas e o segundo grupo às 15 horas. Os usuários aptos foram aqueles que não tiveram nenhum tipo de impedimento ou capacidade física alterada, aqueles que não apresentaram doenças cardiovasculares graves, como arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatias incompatíveis com os esforços físicos moderados, doenças crônicas não compensadas, e aqueles usuários que tiveram em sobrepeso, obesos, que mostraram problemas de dislipidemias. Também combinamos nova reunião com os agentes de saúde e demos indicações sobre os critérios de seleção para chamar mais usuários interessados em realizar atividade física.

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

Nos três meses se alcançou 100 % de proporção de diabéticos que receberam orientações sobre prática de atividade física regular.

Também combinamos enviar uma turma de 24 usuários todas as terças-feiras à academia. Os usuários foram divididos em dois grupos de 12, sendo que o primeiro iniciaria as atividades às 13 horas e o segundo grupo às 15 horas. Os usuários aptos foram aqueles que não tiveram nenhum tipo de impedimento, ou capacidade física alterada, aqueles que não apresentaram doenças cardiovasculares graves, como arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatias incompatíveis com os esforços físicos moderados, doenças crônicas não compensadas, e aqueles usuários que tiveram em sobrepeso, obesos, que mostraram problemas de dislipidemias. Também combinamos nova reunião com os agentes de saúde e demos indicações sobre os critérios de seleção para chamar mais usuários interessados em realizar atividade física.

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

Nos três meses se alcançou 100 % de proporção de hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo. As orientações ocorreram nas visitas que nossa equipe realizava, nos grupos. Ali eu falava sobre os riscos do tabagismo, complicações mais freqüentes que podem ter os usuários fumantes. Também em cada consulta, de forma individual, dava orientações sobre os riscos do tabagismo.

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

Nos três meses também se alcançou 100 % de proporção de diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, através de diversos espaços, como os citados anteriormente, para os usuários com hipertensão.

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

Nos três meses se alcançou 100% de proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal. Ofereceram-se educação para saúde sobre os riscos e fatores que incidem na higiene bucal.

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

Nos três meses de aplicado o projeto se alcanço o 100 % de proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal. Se ofereceram educação para saúde sobre os riscos e fatores que incidem na higiene bucal.

## 4.2 Discussão

Logo após aplicar o projeto de intervenção, estudar e avaliar os resultados anteriormente descritos podemos ter alguns considerações da importância ou significado que representa para os distintos setores de nossa comunidade.

Em primeiro lugar tem um significado para nossa comunidade porque descreve e identifica um problema de saúde que afeta uma parcela importante da população. Uma vez que nossa comunidade reconhece o problema de saúde, os responsáveis direto e indiretamente por velar, cuidar da saúde do povo, ou seja UBS, prefeitura, escolas, poderão trabalhar unidos em implementar ações de promoção e prevenção da saúde.

No serviço significa uma ferramenta para poder acompanhar, avaliar, continuar implementando o projeto no futuro, e espero que outros colegas médicos se unam e também apliquem o projeto em seus respectivos ESF.

Para o profissional da saúde, também representa uma ferramenta importante no desenvolvimento de seu atuar médico diário no exercício de sua profissão. Além de que o médico tem um controle adequado e mais efetivo da população hipertensa e diabética, e um melhor seguimento, acompanhamento, também com a aplicação do projeto que avalia cada usuário individualmente, podemos monitorar mediante os exames complementários, e poder prever futuras complicações muito frequentes em os usuários hipertensos e diabéticos.

Considero muito importante que outros profissionais, como fisioterapeutas, professores de educação física, psicólogos, engajem-se no futuro com nosso projeto.



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

A aplicação de nosso projeto de intervenção partiu de uma linha do trabalho implementada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

Espero que o trabalho seja um instrumento importante de consulta de orientação na formulação de programas para promoção de saúde e prevenção de doenças, e contribua para a construção desta nova forma de se organizar a saúde no sistema de saúde brasileiro.

Durante doze semanas estivemos desenvolvendo e avaliando intervenção com os usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da unidade de saúde ESF II, do município de Alpestre. Teve como objetivos ampliar a cobertura do programa e oferecer um atendimento de qualidade aos usuários de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Começamos a intervenção no final do mês de maio de 2015 e seguimos até início de agosto de 2015. Nesse período a maioria das propostas planejadas em cronograma foi cumprida. Conseguimos ampliar a cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. Atingimos o cadastro de 73,5% (264) dos usuários hipertensos de uma meta inicial de 40%. Percebe-se que mais usuários têm utilizado o serviço após nossa intervenção. Já em relação aos usuários diabéticos atingimos meta de cobertura de 25,8% (23), a meta inicial era de 40%.

Percebemos que os usuários com hipertensão foram os que mais vieram a nossa consulta, aumentando significativamente a proporção de atendimentos dos usuários hipertensos. Embora todos os problemas e dificuldades que se apresentavam no desenvolvimento no projeto de intervenção, obtivemos vários resultados positivos, como a maioria dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados sobre a necessidade de atendimento odontológico e exames clínicos. Outros resultados positivos foram: registramos todos os usuários hipertensos e diabéticos em nas fichas de acompanhamento, nas fichas espelhos e nos prontuários eletrônicos; todos os usuários hipertensos e diabéticos foram avaliados com estratificação do risco cardiovascular; todos os usuários hipertensos e diabéticos

acompanhados receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática de atividades física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

A intervenção exigiu que equipe se capacitasse para seguir as recomendações das estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde, descritas no protocolo mais recente, o de 2013. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

A técnica enfermagem aferia a pressão arterial a cada usuário, com a técnica adequada estabelecida. Eu coletava informações importantes semanalmente, por meio das planilhas de coletas de dados e ficha espelho, para acompanhar os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na ação programáticas, informações-chaves para as condutas clínicas, informações importantes para acompanhar a ação programáticas. Semanalmente a enfermeira era a responsável por monitorar o cadastro dos hipertensos e diabéticos, atentando para a validade dos exames de rotina, prescrição dos medicamentos e realização de consulta odontológica.

Enfrentamos muitos obstáculos nesse período, um deles foi o inconveniente de alguns usuários obrigarem-se a pagar para realizar os exames necessários, (hemoglobina glicosada, microalbuminúrica, e proteinúria de 24 horas), além de isso, também os eletrocardiogramas foram limitados. Depois que nos reunimos com o gestor para analisar novas estratégias, com vistas a otimizar o manejo dos exames complementares tivemos que mudar a estratégia concebidas inicialmente, como a de atender no máximo 10 usuários hipertensos e/ou diabético por turno. Também dentro das mudanças das estratégias iniciais tivemos com os exames complementários. Avaliamos bem os casos, quem deles (usuários) poderia indicar os exames, então combinamos que eu avaliaria os casos mais críticos, em dependência de seu estado de saúde, e indicaria novos exames, outros casos avaliaria se o usuário já foi feito os exames complementários, e de acordo com seu qualificação do risco cardiovascular e seu estado de saúde indicaria novos exames.

Sei que não estava em suas mãos resolver esta limitante, porém devemos continuar tentando convencer as autoridades no município da importância do programa no projeto em toda sua integridade. Precisamos do apoio da Prefeitura com objetivo de manter aplicação da intervenção. Devemos priorizar que os usuários que se encontram descompensados em suas doenças crônicas tenham garantidas

as cotas de exames complementários do município, com objetivo de prover um bom acompanhamento e seguimento da evolução de suas doenças.

De modo geral, o resultado da intervenção mostrou uma qualificação muito positiva. Pela primeira vez foi feito um estudo dessa magnitude, com mais profundidade e foi de fundamental importância o apoio dos gestores. O empenho de vocês permitiu com o passar do tempo, por exemplo, que todos os usuários realizassem a maioria dos exames necessários, como hemoglobina glicosada, proteinúria de 24 horas e microalbuminúria, o que no início não era possível. Assim, afirmando a importância da gestão estar próxima aos profissionais da equipe, requisito que os gestores tenham esse contato de forma contínua, não apenas nos momentos em que a equipe solicita.

Torna-se interessante que a gestão coordene de acordo com a realidade de cada unidade de saúde, e essa programação poderia ser feita anualmente em conjuntos com os chefes das unidades, Esperamos que a atividade se mantenha e dentro de pouco tempo seja alcançado 100% dos usuários alvo da intervenção. Assim, contamos com o seu apoio e das outras autoridades no município para incentivar que os usuários venham à UBS para serem avaliados e receberem a assistência adequada.

Compartilhamos com os líderes da comunidade de nossa área de abrangência e devo confessar que fiquei um pouco decepcionado, porque eu esperava a participação de todos os líderes na comunidade. O objetivo foi cumprido apesar do pequeno número de participantes. Assim, também solicito o apoio dos gestores para que em um próximo momento em que seja solicitada a presença dos líderes e possamos ampliar nossa rede de contatos.

Ainda temos muito trabalho para fazer e a participação de vocês, para manter as informações e contatos com os representantes e autoridades da administração no município.

Espera-se que cada vez mais sejam realizadas ações de promoção e prevenção de saúde, estimulando e promovendo espaços em que haja troca de informação, experiências, dúvidas e costumes dessa comunidade.

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

Por 12 semanas, entre os meses de maio e agosto de 2015, desenvolvemos intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde ESF II do município de Alpestre. Esse projeto partiu de uma linha do trabalho implementada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

No período a maioria das propostas planejadas foi cumprida. Conseguimos ampliar a cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, não alcançamos a meta planejada, porém percebe-se que mais usuários têm utilizado o serviço após nosso projeto. Acredito que se tivéssemos realizado mais um mês de intervenção atingiríamos o almejado.

Enfrentamos muitos obstáculos nesse período, um deles foi o inconveniente de alguns usuários obrigarem-se a pagar para realizar os exames necessários, mas para que isso não ocorra novamente conversamos com a gestão sobre as cotas do município. Esperamos algum movimento no intuito de melhorar essa situação.

Outra situação vivenciada é que muitos usuários buscados pelos agentes comunitários de saúde não compareciam à consulta, desse modo pedimos à comunidade que atenda as chamadas dos ACS. Sabemos da dificuldade em disponibilizar um tempo para cuidar de nossa saúde, mas contamos com a compreensão de vocês.

Aos usuários que chegavam à UBS além do cadastro realizamos outras ações, como avaliação clínica, solicitação de exames complementares, dentro outras ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Havia planejada atender cerca de 10 usuários por turno, mas observando o descontentamento dos usuários em esperar, decidimos diminuir esse número. Esperamos que a atividade se mantenha e dentro de pouco tempo seja alcançado 100% de usuários.

Os usuários hipertensos foram os que mais participaram das atividades do projeto, desse modo com esse grupo alcançamos 99,1% de usuários avaliados. Aos usuários diabéticos atingimos 25,8% de cobertura, assim contamos com o apoio de vocês para que esses usuários venham à UBS para serem avaliados e receberam a

assistência adequada. Apesar da baixa cobertura, conseguimos realizar todas as ações com qualidade a 100% dos diabéticos cadastrados, o que confirma a importância desse projeto e a validade à comunidade.

Todos os usuários cadastrados tiveram suas informações registradas nas fichas de acompanhamento, foram avaliados quanto à estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia, de orientações nutricionais sobre alimentação saudável, de orientações sobre prática de atividade física regular, de orientações sobre os riscos do tabagismo e de orientações sobre higiene bucal.

Compartilhamos com os líderes da comunidade de nossa área de abrangência e devo confessar que fiquei um pouco decepcionado, porque eu esperava a participação de todos os líderes na comunidade. Assim, solicito o apoio de vocês para que em um próximo momento em que seja solicitada a presença dos líderes possamos ampliar nossa rede de contatos. O objetivo foi cumprido apesar do pequeno número de participantes.

Agradeço o espaço disponibilizado pela rádio local, pois nela que divulgamos nosso projeto.

Reforço aos senhores que durante a intervenção identifiquei que muitos usuários são idosos e estavam com a sua doença descompensada, muitos utilizavam de forma errada seus medicamentos, orientamos e informamos. Porém, é importante que mantenham o vínculo com a equipe para que o tratamento continue sendo dispensado.

Ainda temos muito trabalho para fazer e a participação de vocês para manter as informações é muito importante, espera-se que cada vez mais sejam realizadas ações de promoção e prevenção de saúde, estimulando e promovendo espaços em que haja troca de informação, experiências, dúvidas e costumes dessa comunidade.

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

Inicialmente devo confessar que tinha dúvida quanto a minha capacidade de superação frente à esse novo desafio. Primeiramente em virtude do idioma, o português apesar de similar ao espanhol, é extremamente complexo em sua gramática. Depois questões que me obrigaram buscar ajuda para compreender, como por exemplo, as tarefas do curso que eu não compreendia, passei muita dificuldade para realizá-las.

Sem dúvidas o curso superou minhas expectativas, eu supunha que seria fácil, visto que eu tenho experiência em outros países. Porém, o desenrolar da experiência não foi nada fácil, vivenciei muitas situações desconhecidas em que tive que buscar informação para lidar. Os protocolos médicos de atendimento aqui no Brasil são distintos do que eu estava acostumado a trabalhar, aqui o médico da unidade de saúde também é responsável por assistir usuários com transtornos mentais, o que em Cuba é realizado apenas pelo especialista.

Além desses obstáculos também enfrentei a questão do uso da internet, situação desconhecido e nunca antes vivida. Em nosso país não temos acesso à essa modalidade de ensino. Para mim foi muito difícil responder os teste de qualificação cognitiva.

Apesar de todos os obstáculos considero que esta nova experiência de aprendizagem via internet me permitiu conhecer, compreender e atualizar muito acerca da literatura médica. Proporcionando a qualificação de minha prática clínica que irei levar comigo para sempre.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006.(Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde. –. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.(Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.(Caderno de atenção básica n° 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.(Caderno de atenção básica n° 37)

## **Anexos**



## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da 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